

F D A J O U R N A L

อาหารและยา

วารสารวิชาการ คຸ້ມครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 / 2540



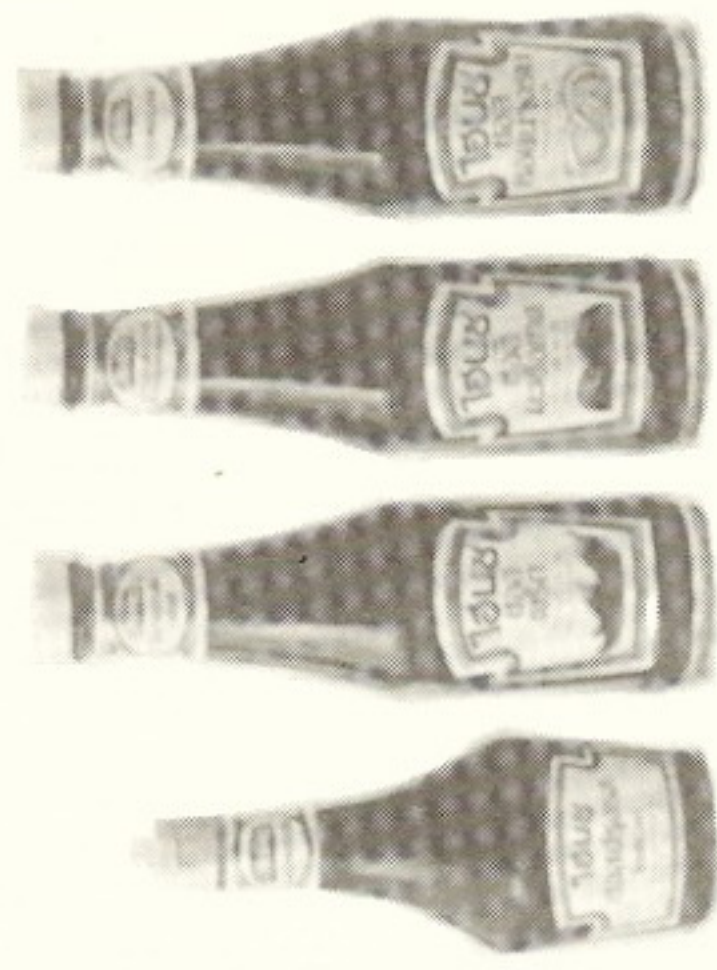
● แนะนำโรงงานต้นแบบน้ำบริโภค

● การแปรรูปยางหรือยางธรรมชาติ

● เกษตรกรชุมชน และการวัด
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
บทบาทใหม่ที่ทำนาย

Angkor

Angkor



ได้

ได้รสชาติ

อาหารและยา

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1/2540 มกราคม - เมษายน 2540

ISSN 0859-1180 Vol. 1 JAN - APR 1997

วัตถุประสงค์

- เพื่อใช้เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและเป็นเวทีทางวิชาการของนักวิชาการคัมครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งเป็นสื่อในการเสนอข่าวสาร บทความ ตอบปัญหาวิชาการที่น่าสนใจด้านอาหารและยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย วัตถุเสพติด และสารระเหย ของนักวิชาการ ที่สนใจทั่วไป ทั้งภาครัฐและเอกชน

ที่ปรึกษาด้านบริหาร	ที่ปรึกษาด้านวิชาการ	คณะบรรณาธิการ
- เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา - รองเลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา - ผู้อำนวยการกองทุกกอง - คณะกรรมการกองทุนพัฒนาวิชาการ คัมครองผู้บริโภค - มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	- ศ.ภก. ดร.ภักดี โพธิศิริ - ภญ.ฉันทนา จุติเทพารักษ์ - ภญ.สมพร จันทศรี - ภก.ทวีศักดิ์ จันมณี - ภญ.ปราณี ธนสิทธิ์ - ภญ.นฤมล โกมลเสวิน - รศ.นพ. ดร.วิจิตร พุ่งลัดดา - รศ. ดร.นิรัตน์ อิมามิ - รศ. ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร - ผศ.ภญ. ดร.จุฑามณี สุทธิศรีสังข์ - รศ. ดร.อรอนงค์ นัยวิกุล	- ภญ.สุบุญญา หุตงคบดี บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา - ภก.วิศิษฎ์ ประวิณวงศ์วุฒิ บรรณาธิการอำนวยการ - ภก.พ.ต.ท.ดร.นภดล ทองนพเนื้อ บรรณาธิการวิชาการ - นางจงกลนี วิทยารุ่งเรืองศรี บรรณาธิการบริหาร - น.ส.วิไลลักษณ์ ชินบุรณ์ บรรณาธิการผู้ช่วย - ภญ.พรทิพย์ เจียมสุขน บรรณาธิการผู้ช่วย
ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย		
- นายศานิต ศรีสังข์		

กองบรรณาธิการ

- ภญ.สุมาลี พรภิฑยประสาน • ภญ.สุสว่าง ฐิติสัตยากร • ภญ.วรสุดา ยุงทอง • ภญ.ยุวดี พัฒนวงศ์ • ภก.วินิจ อัสวากิจวิรี • ภญ.ศศิพร พัทธไพศาล • ภญ.ธีรธร มโนธรรม • ภญ.ยุพา เตียงธวัช • ภญ.พรพรรณ สุนทรธรรม • ภก.สมชาย ปรีชาทวีกิจ • ภญ.สุนันทา พันธุ์วรรณ • ภญ.วนิดา แก้วผณีกรังษี • ดร.ัททยา กองจันทิก • น.ส.จิตรา เศรษฐอุดม • ภญ.นิภาภรณ์ จัยวัฒน์ • นายยุทธนา นรภูมิพิทักษ์ • นายนิรัตน์ เตียสุวรรณ • น.ส.เดือนเพ็ญ ภิญโญนิธิเกษม • ภญ.นุชนาฏ เรืองศิลาสิงห์ • นางฉวีวรรณ ศรีโกมล

ฝ่ายการเงินและทะเบียนสมาชิก

- น.ส.อุบลวรรณ เจริญผ่อง • น.ส.อารีย์ กุลเขมานนท์ • นางจิราวดี เวียงสงค์

สำนักงานวารสาร

กองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000
โทร. 590-7255, 590-7264 โทรสาร. 591-8457

เจ้าของ

- โครงการวารสารวิชาการเพื่อการคัมครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และกองทุนพัฒนาวิชาการ เพื่อการคัมครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยดำเนินการภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

วารสารอาหารและยา เป็นวารสารเพื่อสนับสนุน พัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ด้านสาธารณสุข ดำเนินการโดยไม่มุ่งหวังผลกำไร ทางด้านการค้า บทความที่ลงในวารสารยินดีให้นำไปเผยแพร่เป็นวิทยาทาน โดยไม่ต้องขออนุญาต แต่ไม่อนุญาตให้นำไปเผยแพร่ในลักษณะธุรกิจ

สารบัญ

	หน้า
บันทึก บ.ก.	1
บทความ	
- มาบรีโคคน้ำมันปลากันเถอะ	2
- เกสัชกรชุมชน และการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ บทบาทใหม่ที่ท้าทาย	7
นิพนธ์ต้นฉบับ	
- การวิจัยโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารทางสื่อสิ่งพิมพ์และนิตยสาร	18
- พฤติกรรมการเสพยาบ้าของนักเรียนในจังหวัดสมุทรสงคราม	35
- การสำรวจการแสดงฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอาง	48
แนะนำงาน คบส.	
- แนะนำโรงงานต้นแบบน้ำบริโค	62
ข่าววิชาการ	
- การแพ้ยาหรือยาธรรมชาติ	67
ไขข้อข้องใจทางวิชาการ	69
แนะนำหนังสือที่น่าสนใจ	74



บันทึก บ.ก.

ผลิตภัณฑ์สมัยนี้มีมากมายเหลือเกิน โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ทำให้เลือกใช้ เลือกบริโภคไม่ถูก ไม่แน่ใจว่าผลิตภัณฑ์ใดคุ้มค่า คุ้มค่า มีประโยชน์ต่อสุขภาพจริงเท็จเพียงไร

ปัจจุบันหลาย ๆ ผลิตภัณฑ์ได้มีการพิสูจน์และพบว่ามีความประโยชน์ต่อสุขภาพจริง โดยอาศัยหลักวิชาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ อธิบายได้ เช่น น้ำมันปลา (fish oil) Evening primrose oil ฯลฯ แต่ผลิตภัณฑ์บางอย่างยังมีราคาแพงอยู่

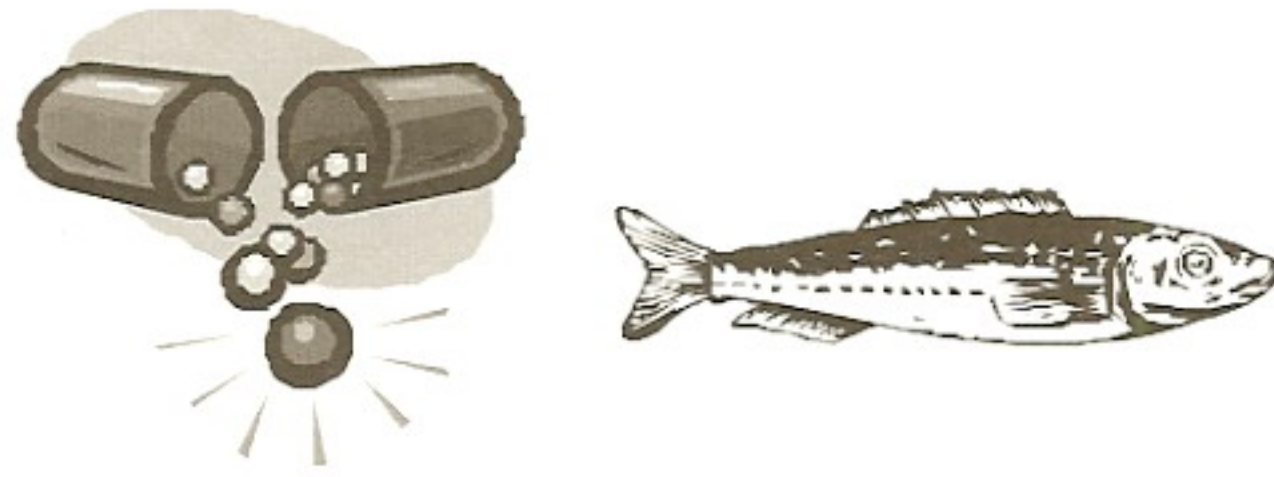
ฉบับนี้ วารสารอาหารและยาได้รับเกียรติจาก ศ.นพ.เสก อักษรานุเคราะห์ ซึ่งเป็นเจ้าแห่งสุขภาพอนามัย ใครเห็นตัวจริง จะเข้าใจว่ายังไม่เกษียณอายุ แต่ทว่าอาจารย์เกษียณมาหลายปีติดๆ และยังทำประโยชน์แก่สังคมอีกตั้งมากมายหลังเกษียณอายุแล้ว ได้เสนอเรื่อง "มาบริโภคน้ำมันปลากันเถอะ" อ่านดูแล้วคงตัดสินใจได้ว่าควรบริโภคหรือไม่

เภสัชกรทั้งหลาย จงตื่นขึ้นมาเถอะ และฟังคุณไกรสร ชัยโรจน์กาญจนา แนะนำว่า ควรปรับเปลี่ยนบทบาทอย่างไร ก่อนที่เจ้าหุ่นยนต์เภสัชกรจะเดินทางมาถึงเมืองไทย

งานวิจัยในฉบับนี้จะเป็นการยืนยันในสิ่งที่เราข้องใจไม่ว่าจะเป็นการโฆษณาอาหารที่มีการโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง การเสพยาบ้าของนักเรียน การแสดงฉลากภาษาไทยในเครื่องสำอาง ซึ่งสำหรับเจ้าหน้าที่เองก็คงทราบว่า มีการแสดงไม่ถูกต้องมากพอสมควร

อ่านแต่ละเรื่องแล้ว อย่าลืมไปเล่าให้ผู้อื่นทราบหรือนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์นะค่ะ

เภสัชกรหญิงสุบุญญา หุตังคบดี
บรรณาธิการผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา



มาบริโภคน้ำมันปลากันเถอะ

โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์เสก อักษรเบญจรงค์

ไขมันชนิดไม่อิ่มตัวมีกรดไขมันจำเป็น

กรดไขมันมีความสำคัญต่อร่างกาย ได้แก่ โอเมก้า 9 หรือโอเลอิกซึ่งมีใน monounsaturated fats. โอเมก้า 6 หรือไลโนเลอิก และโอเมก้า 3 หรือไลโนเลนิก ซึ่งมีใน polyunsaturated fats (PUFA). ในน้ำมันปลานั้นจะมีเอลฟาเลโนเลอิก ซึ่งมี อีพีเอ (Eicosapentaenoic acid) และดิวคอสเฮกซะอิก (docosahexaenoic acid) เป็นส่วนประกอบ แต่ก็เป็น PUFA เช่นกัน

ถ้าร่างกายขาดกรดไขมันจะทำให้

1. การเจริญเติบโตของเด็กจะหยุดหรือช้าลง
2. โรคภูมิแพ้เป็นง่าย
3. เป็นหมันได้ บางรายความต้องการทางเพศลดลง หรือบางรายประจำเดือนเลื่อนไม่ตรงตามกำหนดหรือขาดไปเลยได้
4. ผิวหนัง ขน หรือผมแห้งกรอบ
5. บวมตามข้อเท้าหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
6. ความทนทานต่อความเครียดลดลง
7. หิวน้ำ ตื่นน้ำมาก
8. แพ้ทุกสิ่งทุกอย่างได้ง่าย
9. เด็กมักจะอยู่นิ่งไม่ได้

อาหารประเภทต่างๆ

ที่มีกรดไขมันชนิดอิ่มตัวและมีความจำเป็นต่อร่างกายเป็นส่วนประกอบ ได้แก่ อาหารตามตารางที่ 1 อาหารเหล่านี้ควรปรุง โดยการต้มหรือนึ่ง ไม่ควรทอดเพราะจะทำให้ไอทีเอและดีเอชเอไม่ถูกทำลาย อันตรายจากกินไขมันไม่อิ่มตัวชนิด PUFA มากเกินไป

1. $PUFA + O_2 \rightarrow$ free radicals

Free radicals จะไปทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ RNA และ DNA และนิวเคลียส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปเซลล์ จนสุดท้ายกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ free radicals จาก PUFA นี้มี 2 ตัว คือ hydroxyl และ

superoxide

การที่น้ำมันพืชถูกความร้อนจนเดือด เช่น การทอด จะทำให้ PUFA รวมตัวกับ oxygen กลายเป็น free radicals ฉะนั้นการทอดอาหารไม่ควรทอดด้วยน้ำมันพืชชนิด PUFA ควรทอดด้วยน้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันเนย หรือพอกน้ำมันโกลีฟก่อน เมื่อทอดสุกแล้วดับไฟปล่อยให้เย็น แล้วจึงค่อยเติมน้ำมันพืชชนิด PUFA ลงไป, ทั้งนี้เพื่อจะได้โอเมก้าที่ไม่ถูกเปลี่ยนเป็น free radicals และจะได้ประโยชน์เต็มที่โดยไม่มีโทษ

2. PUFA อาจจะแตกตัวกลายเป็น dienes ซึ่งสามารถทำลายและเปลี่ยนรูปของเซลล์อันเป็นสาเหตุให้เกิดเซลล์มะเร็งได้

3. ถ้ากิน PUFA เป็นประจำอาจจะต้องการอาหารบางชนิดเพื่อไปยับยั้งการรวมตัวของ PUFA กับออกซิเจนมิให้กลายเป็น free radicals ในร่างกาย เช่น วิตามิน E วิตามิน C ส้ม กล้วย ฝรั่ง หอม ผัก บรอกเคอรี่ มันสำปะหลัง ต้ม ไข่ปลาทูน่า และธาตุซีลีเนียม (ซึ่งได้จากกระเทียม), แต่ถ้ากินมากเกินไปก็เกิดโทษได้เช่นกัน ดังนั้นขอแนะนำให้รับวิตามิน C ร่วมกับวิตามิน E

4. โรคที่จะเกิดขึ้นได้จากการบริโภค PUFA มากเกินไป ได้แก่

- ◆ มะเร็ง
- ◆ แก่ก่อนกำหนด เช่น ผิวหนังเหี่ยวแห้ง มะเร็งผิวหนัง
- ◆ โรคโลหิตจาง
- ◆ โรคตับ และนิ่วในถุงน้ำดี
- ◆ ลำไส้เล็กถูกทำลาย และอุดตันได้
- ◆ ความดันเลือดสูง
- ◆ หลอดเลือดตีบตัน
- ◆ เพิ่มระดับ uric acid ในเลือดได้

ตารางที่ 1 ส่วนประกอบของกรดไขมันชนิดต่างๆ ในอาหาร (กรัม/100 กรัม ของกรดไขมันทั้งหมด)

ปริมาณ ไขมันอิ่มตัว	ปริมาณกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว				
	โอเลอิก	เลโนเลอิก	เลโนเลอิก	อีพีเอ	ดีเอชเอ
ประเภทสารอาหาร					
ข้าวบาร์เลย์ 24	11	57	6	-	-
ข้าวสาลี 20	15	59	4	-	-
นมวัว 61	37	1	1	-	-
เนื้อแกะ 52	38	2	2	Trace	-
เนื้อไก่ 35	39	13	1	0	1
ถั่วเหลือง 25	3	28	40	-	-
ถั่วลิสง 46	36	10	3	-	-
ผักสปีนแนช 13	7	12	62	-	-
แอปเปิ้ล 28	6	54	10	-	-
น้ำมันพืช					
น้ำมันเมล็ดฝ้าย 26	21	49	2	-	-
น้ำมันข้าวโพด 17	30	50	2	-	-
น้ำมันดอกทานตะวัน 10	13	75	1	-	-
น้ำมันถั่วเหลือง 14	25	52	7	-	-
น้ำมันเมล็ดนุ่น 9	19	24	47	-	-
ประเภทอาหารทะเล					
ปลาเนื้อขาว					
- ปลาคอด 28	11	1	Trace	17	33
- ปลาแฮตดอก 29	14	2	1	12	24
ปลาแมว					
- ปลาเฮอริง 22	15	2	1	7	6
- ปลาอินทรี, ปลาทู 27	18	2	1	7	13
ประเภทสัตว์น้ำที่มีเปลือกหุ้ม					
- ปู 16	16	3	4	21	10
- กุ้ง 21	18	2	2	21	15
ประเภทหอย					
- หอยแมลงภู่, หอยกาบ, หอยกระพง 24	7	2	2	11	4
- หอยนางรม 31	5	1	2	15	17
- หอยแครง 28	5	1	2	11	8

ตารางที่ 2 แสดงชนิดส่วนประกอบและหน้าที่ของกรดไขมันไม่อิ่มตัวแต่ละชนิด

ชนิด	ส่วนประกอบ	หน้าที่
โอเมก้า 9	Oleic acid	ลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด
โอเมก้า 9	linoleic acid (น้ำมันถั่วเหลือง)	1. ลดระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ แต่เพิ่มระดับ HDL ในเลือด 2. เปลี่ยนเป็น arachidonic acid ซึ่งจะถูกนำไปสร้างเป็น prostaglandins-2 ซึ่งจะทำให้เกล็ดเลือดไม่จับเกาะกัน ฉะนั้น ถ้า 2 ตัวนี้ อยู่ในสมดุลก็จะลบล้างกันไปเอง
โอเมก้า 3 100 มิลลิกรัม	alpha-linolenic acid (น้ำมันปลา) - EPA 180 มิลลิกรัม - EPA 120 มิลลิกรัม	1. เปลี่ยนเป็น EPA (eicosapentaenoic acid) ซึ่งลดโคเลสเตอรอล ลดไตรกลีเซอไรด์และเพิ่ม HDL ในเลือดได้ 2. เปลี่ยนเป็น DHA (docosahexaenoic acid) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของเซลล์สมอง จึงเท่ากับบำรุงสมองด้วย 3. EPA นำไปสร้าง prostaglandins-3 ซึ่งทำให้เกล็ดเลือดไม่เกาะกัน และนำไปสร้าง Thromboxan-3 ซึ่งมีผลต่อการเกาะของเกล็ดเลือดน้อยมากผลรวมจึงทำให้เกิดเลือด ไม่จับเกาะกันเลือดไม่แข็งตัวง่าย

ข้อควรปฏิบัติ

1. เก็บในขวดแก้วสีน้ำตาล
2. ไม่ควรซื้อน้ำมันพืชในขวดพลาสติกชนิด PVC (polyvinyl chloride) เพราะ PVC จะถูกน้ำมันพืชละลายเกิดเป็นสารก่อมะเร็ง
3. ควรเติมวิตามิน E 1000 IU ลงในน้ำมันพืชเพื่อป้องกันไม่ให้ PUFA รวมตัวกับออกซิเจน
4. เก็บขวดน้ำมันพืชในตู้เย็นไม่มีแสงเข้าได้

5. อย่าเก็บน้ำมันพืชไว้นานเกินไปให้ดูวันหมดอายุที่ขวด
6. ยื่อน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร แล้วเก็บเอาไว้และนำมาใช้ใหม่ เททิ้งจะปลอดภัยกว่า ฉะนั้นจะเห็นว่า น้ำมันพืชชนิด PUFA ยังมีข้อเสียเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคได้, ส่วนน้ำมันปลาซึ่งมีแอลฟาเลโนเลนิกถึงจะทำให้เกิดอันตรายดังกล่าว แต่เนื่องจากบรรจุในเม็ดเจลนุ่ม ๆ

การกินจึงเป็นการรับแบบยา ไม่สามารถนำไปหุง
อาหารได้ จึงเกิดความปลอดภัยส่วนหนึ่ง และ
น้ำมันปลายังมีคุณประโยชน์มากกว่าจึงควรบริโภค
น้ำมันปลาดีกว่า

น้ำมันปลา

น้ำมันปลา (marine fish oil) เป็นน้ำมันที่
สกัดจากเนื้อปลาทะเล เช่น ปลาทู ปลาโอ ปลา
ซาบะ ปลาทูน่า, มีปลาน้ำจืดชนิดเดียวคือ ปลา
แซลมอน ที่ให้น้ำมันปลาที่ดี น้ำมันตับปลาไม่ใช่
น้ำมัน ปลาที่เราต้องการเพราะในระดับของสัตว์
ทุกชนิด มีโคเลสเตอรอลสูง

น้ำมันปลาให้พลังงานกับร่างกายคล้ายกับ
ไขมันทั่วๆ ไป, แต่ยังมีคุณภาพพิเศษที่ทำให้สุขภาพ
ของเราดีขึ้นได้อีกด้วย

การตีบตันของหลอดเลือดหัวใจเป็น สาเหตุ
ของการตายอันดับหนึ่ง ซึ่งสาเหตุของการ ตีบตัน
จะประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง

1. กรรมพันธุ์
2. ความอ้วน
3. ความดันสูง
4. ไขมันในเลือดสูง
5. เบาหวาน
6. ความเครียด
7. บุหรี่ เหล้า กาแฟ
8. ขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ

**ไขมันสูงในเลือดที่จะทำให้เกิดการตีบตัน
ของหลอดเลือดนั้น เกิดจากสาเหตุ**

1. ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง
2. ระดับโคเลสเตอรอลชนิด HDL (high density lipoprotein) ในเลือดต่ำ

3. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง

ทั้งโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์จะเกาะ
ที่ผนังหลอดเลือดแดงทำให้ผนังหลอดเลือดแดง
ตีบลงจนตีบตันได้ นอกจากนี้กรดไขมันในเลือด
ยังมีผลต่อการเกาะตัวของเกล็ดเลือด ในหลอดเลือด
ทำให้เลือดแข็งตัวง่าย

LDL - cholesterol เป็นตัวเกาะผนังเลือด
ให้ตีบตัน

HDL - cholesterol เป็นตัวเกาะให้หลุด
เลือดสะอาดไม่ให้
คอเลสเตอรอลเกาะ

Triglycerides เป็นตัวเกาะให้หลุด
เลือดตีบตัน เช่นเดียว
กับโคเลสเตอรอล

น้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร มี 2 ชนิด คือ.

1. กรดไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันหมู น้ำมัน
มะพร้าว น้ำมันปาล์ม กรดไขมันอิ่มตัวนี้ทำให้
ระดับคอเรสเตอรอลในเลือดสูง

2. กรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันปลา
น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันข้าวโพด น้ำมัน
ถั่วเหลือง เป็นต้น กรดไขมันไม่อิ่มตัวนี้มี 3 ชนิด
คือ โอเมก้า 9, โอเมก้า 6, โอเมก้า 3 แต่ละชนิด
มีส่วนประกอบและหน้าที่ตามตารางที่ 2

น้ำมันปลาและเนื้อปลาทะเลมีกรดไขมัน
ไม่อิ่มตัวชนิด โอเมก้า 3 นี้มาก จึงสามารถป้องกัน
การตีบตันและเลือดแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ
ได้ดีกว่าน้ำมันชนิดอื่น แต่การบริโภคปลาทะเล
หรือน้ำมันปลามากเกินไปก็มีโทษเช่นกัน จะทำให้
เลือดออกง่าย เลือดหยุดยาก จึงควรระมัดระวังใน
ตระกูลที่มีโรคเลือดไหลไม่หยุด

น้ำมันปลา (marine fish oil) เป็นน้ำมันที่
สกัดจากเนื้อปลาทะเล เช่น ปลาทู ปลาโอ ปลาซาบะ ปลาทูน่า,
มีปลาน้ำจืดชนิดเดียวคือ ปลาแซลมอน ที่ให้น้ำมันปลาที่ดี
น้ำมันตับปลาไม่ใช่ น้ำมัน ปลาให้พลังงานกับร่างกาย
คล้ายกับไขมันทั่วๆ ไป, แต่ยังมีคุณภาพพิเศษ
ที่ทำให้สุขภาพของเราดีเยี่ยมได้อีกด้วย

ขนาดที่พอเหมาะ คือ.

ปลาทะเล วันละ 30 กรัม.

น้ำมันปลาวันละ 3 กรัม.

(1000-3000 มิลลิกรัม) ปลาทูคูไทย

◆ อี พี เอ (EPA) 12.24%

ของไขมันทั้งหมด

◆ ดี เอส แอล (DHL) 14.96%

ของไขมันทั้งหมด

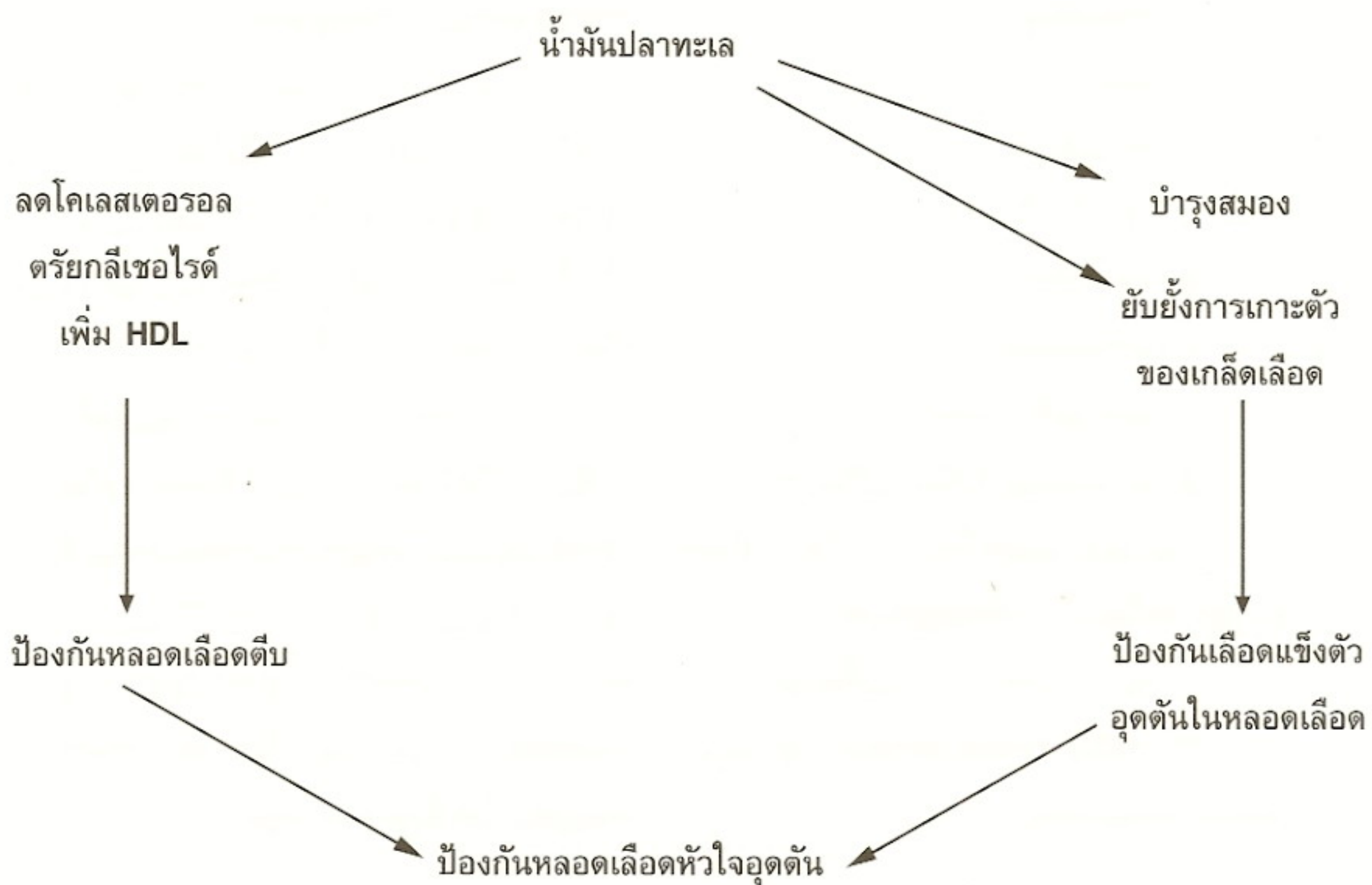
ถ้าร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

เป็นประจำ วันละ 30 นาที, ควบคุมน้ำหนักตัว

ให้อยู่ในสมดุล และไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มกาแฟ มาก

เกินไปจะทำให้ท่านปลอดภัยจากโรคหลอดเลือด

หัวใจอุดตัน





เภสัชกรชุมชน และ การวัดคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ บทบาทใหม่ที่ท้าทาย

Dr. Sam Salek ,Welsh School of Pharmacy,
University of Wales,Cardiff, UK. บรรยาย
กนก.อ. ไกรสร ชัยโรจน์กัญญาภา แปลและเรียบเรียง

ส่งที่ผมกำลังจะพูดต่อไปนี้หวังว่าจะเป็นภาระกระตุ้นเตือนใจของเภสัชกร ชุมชนในเมืองไทย ว่าท่านสามารถที่จะขยายบทบาทใหม่ที่น่าท้าทายอันหนึ่งท่านเชื่อหรือไม่ว่า ในอนาคตที่ไม่นานเกินรอนี้บทบาทของเภสัชกรที่กระทำกันมานานนับปีจะต้องถูกแทนที่ด้วยหุ่นยนต์ ท่านจะเชื่อหรือไม่ก็ตามแต่มันได้เกิดขึ้นจริงแล้วในบางส่วนของยุโรป และ อเมริกาบางรัฐ แต่เภสัชกรสามารถกระทำบทบาทใหม่ให้แตกต่างจากหุ่นยนต์ได้ก็คือ การทำ PHARMACEUTICAL CARE ให้แก่คนไข้ของเขา รวมไปถึงการจัดการด้าน DISEASE MANAGEMENT ต่อให้ท่านไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลงบทบาทของท่านด้วยตัวท่านเอง ท่านก็ต้องถูกบีบบังคับจากรัฐบาลทางอ้อม หรือจากประชาชนโดยรวมของท่านนั่นเอง และในการที่ท่านปรารถนาจะอยู่รอดในสังคมนี้ หรืออยู่รอดในฐานะบทบาทหนึ่งในทีมงานสุขภาพแล้วละก้อ ท่านก็ต้องพัฒนาบทบาทของท่านให้ทันสมัยต่อโลกที่เปลี่ยนไปทั้งด้านความรู้ใหม่ๆ บทบาทใหม่ๆ

รวมถึงบุคคลิกภาพที่สำคัญ เพื่อจะได้สอดคล้องกับบุคคลากรสายวิชาชีพอื่นๆ ในการสนองตอบต่อความต้องการของคนไข้และประชาชนได้อย่างกลมกลืน

ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะโน้มน้าวให้ท่านได้เห็นความสำคัญของบทบาทใหม่นี้และให้ท่านตระหนัก ถึงปัญหาของเภสัชกรไทยซึ่งไม่ได้แตกต่างจากเภสัชกรทั่วโลกที่ไหนเลย ไม่ว่าจะเป็น อังกฤษ อเมริกา เนเธอร์แลนด์ฯลฯ สิ่งที่ข้าพเจ้ากำลังจะร่วมสังคายนากับท่านนี้ไม่ใช่สิ่งที่ต้องลงทุนลงแรงมากมาย แต่เป็นสัญญาติญาณที่เภสัชกรสามารถทำได้อย่างแน่นอนซึ่งหุ่นยนต์กระป๋องไม่สามารถจะมาแทนที่ได้

ข้าพเจ้าจะพูดในหัวข้อดังต่อไปนี้

HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE MEASUREMENT IN COMMUNITY PRACTICE

(การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในร้านยา)

OUTLINE OF PRESENTATION

- ◆ BASIC CONCEPT OF QUALITY OF LIFE
หลักการพื้นฐานของคุณภาพชีวิต
- ◆ IMPORTANCE AND BENEFITS
ความสำคัญและประโยชน์
- ◆ METHODOLOGICAL ISSUES
วิธีการ
- ◆ PRACTICALLY IN COMMUNITY PRACTICE
การปฏิบัติจริงในร้านยา

MESSAGE TO TAKE HOME

(สิ่งที่ข้าพเจ้าอยากให้ท่านได้ไปเมื่อจบการบรรยาย)

- ◆ HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IS AN IMPORTANT THERAPEUTIC OUTCOME MEASURE. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการวัดผลการรักษาที่สำคัญประการหนึ่ง
- ◆ HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE MEASUREMENT IS PRACTICAL IN COMMUNITY PRACTICE SETTINGS. การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติได้จริงในร้านยา

ความสำคัญของ **PHARMACEUTICAL CARE** คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนไข้ ดังที่ **HEPLER AND STRAND** ได้ให้นิยามของ คำๆ นี้ว่า

PHARMACEUTICAL CARE

THE PURPOSE OF PHARMACEUTICAL CARE (IN ALL PRACTICE SETTING) IS TO PROVIDE DRUG THERAPY INTENDED TO ACHIEVE DEFINITE OUTCOMES THAT WILL IMPROVE A PATIENT'S QUALITY OF LIFE.

ซึ่งนับได้ว่าสองท่านนี้เป็นผู้บุกเบิก หรือ เป็นบิดาของบทบาทใหม่นี้ทีเดียว และแน่นอนเป็นที่ยอมรับ

รับกันแล้วทั่วโลกบทบาท ใหม่ก็คือสิ่งที่ ข้าพเจ้ากล่าวเมื่อตอนต้นว่าเป็นบทบาทที่หุ่นยนต์ ไม่สามารถทดแทนได้

ในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมานี้ ได้มีการพูดถึง QUALITY OF LIFE เป็นอย่างมาก ด้วยเหตุว่า

EXPLOSION OF INTEREST (จุดระเบิดแห่งความสนใจ)

- ◆ THE COST OF HEALTH CARE ค่ารักษาพยาบาลที่แพงขึ้น
- ◆ TECHNOLOGY ASSESSMENT มีเทคโนโลยีใหม่ๆ มาให้ใช้อยู่ตลอดเวลา
- ◆ THE EVALUATION OF TREATMENT OUTCOME การประเมินผลการรักษาที่ทำๆ กันอยู่ เริ่มเป็นที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์
- ◆ THE QUALITY OF HEALTH CARE คุณภาพของการรักษาพยาบาล
- ◆ QUANTITY VERSUS QUALITY OF LIFE ปริมาณ กับ คุณภาพ ประชาชนเลือกที่จะอยู่นานขึ้นพร้อมกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย
- ◆ RESOURCE ALLOCATION AND RATIONING DECISIONS ด้วยทรัพยากรที่เหลือน้อยทุกวัน และ เศรษฐกิจที่ย่ำแย่ของแต่ละประเทศ สิ่งแรกที่รัฐบาลเลือกในการประหยัดงบประมาณก็คือ การตัดงบด้านยา เนื่องจากเป็นสิ่งที่กระทำได้ง่ายที่สุด แต่ท่านทราบหรือไม่ว่างบประมาณด้านยาเป็นเพียงแค่ 10% ของงบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด 90% ก็คือการดูแลรักษาสุขภาพด้วยวิธีต่างๆ ต่อไปนี้รัฐบาลเริ่มเข้ามา มีบทบาทมากขึ้นในการตัดสินใจว่าการรักษาวิธีใดเหมาะสมที่สุด ประหยัดที่สุด ได้ผลคุ้มค่ามากที่สุด และแน่นอนคุณภาพชีวิตจะเป็นตัวตัดสินร่วมด้วยเสมอ

ก่อนที่จะข้าพเจ้าจะลงมือลงไปก็อยากที่จะกล่าวอ้างถึง

ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เป็นจริง นั่นก็คือ การเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมากมายของผู้สูงอายุ

ELDERLY POPULATION DURING PAST TWO DECADES ผู้สูงอายุใน 2 ทศวรรษ ที่ผ่านมา

- ◆ MARKED INCREASE IN OVER 65 YEARS
- ◆ 18.4% OVER RETIREMENT AGE
- ◆ TO 84 YEARS OLD AGE GROUP - 3.9% (1971)----- 5.4% (1991)
- ◆ YEARS AND OVER AGE GROUP - 0.9% (1971)-----1.6% (1991)

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเองปรากฏชัดเจนในการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึง อายุขัย โดยเฉลี่ยที่สูงขึ้นด้วยและแน่นอน ผู้สูงอายุเหล่านี้ย่อมต้องการการดูแลสุขภาพที่มากขึ้นเป็น เกตามตัว

FUTURE ELDERLY POPULATION AND HEALTH NEEDS YEAR 2010

- ◆ MORE PEOPLE OF WORKING AGE GROUP THAN IN 1993
- ◆ MORE AGED OVER 75
- ◆ INCREASED USE OF MEDICINES BY THE ELDERLY AND MORE DEMAND ON RESOURCES (eg. 18% (1985)---.39% OF RX)
- ◆ MORE FREQUENT ADVERSE DRUG REACTION THAN YOUNGER GROUPS
- ◆ FUTURE HEALTH NEEDS

สิ่งที่ตามมาอย่างเลี่ยงไม่ได้ก็คือ ADR หรือ ผลข้างเคียงของยา และมีผู้ประมาณไว้ว่า ตัวเลข เหล่านี้จะกลายเป็น 2 เท่า ในปี 2010

(1) PRESENT AND FUTURE HEALTH CARE

ความต้องการของการดูแลสุขภาพในอนาคตที่ดีขึ้น

สูงขึ้น ย่อมต้องเกิดขึ้นแน่ เพียงแต่จะช้าเร็วต่างกันตามสถานการณ์ของที่ต่างๆ ประเทศต่างๆ เท่านั้น

HEALTH OF THE NATION WILL BE PLACED IN THEIR OWN HANDS

การตัดสินใจการรักษาการดูแลสุขภาพค่อยๆ เริ่มที่จะเข้าไปอยู่ในมือของประชาชนมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ในประเทศอังกฤษ ได้มีการพยายามผลักดันยาหลายตัวให้เปลี่ยนสถานะจากที่ต้องใช้ใบสั่งยา มาเป็นเรียกหาได้ในร้านยามากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องเสียไป (ในประเทศอังกฤษ รัฐตรวจรักษาพยาบาลฟรี ทุกประการ แต่ค่ายาคิดเหมาจ่ายไม่ ว่ายาถูกหรือแพง คิดเป็นรายการๆ ละ 5.50 ปอนด์ แต่ก็ให้ฟรีในคนสูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี สตรีมีครรภ์ และผู้มีรายได้น้อย)

COMMUNITY CARE

เริ่มเปลี่ยนนโยบายการรักษาจากให้คนไข้มาที่โรงพยาบาล มาเป็นให้เป็นการรักษาที่ชุมชนแทน และเภสัชกรชุมชนก็ต้องเริ่มถูกเรียกร้องให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

◆ MULTIDISCIPLINARY APPROACH

ทุกๆ วิชาชีพเริ่มหันเหไม่ตั้งรับแล้ว แต่จะรุกไปทำ PRIMARY CARE (สาธารณสุขมูลฐาน) ในชุมชนให้มีคุณภาพมากขึ้น (ในประเทศอังกฤษ ประชาชนจะต้องลงทะเบียนกับคลินิกใกล้บ้าน เมื่อเวลาเจ็บไข้ได้ป่วยก็ไปหาแพทย์ที่คลินิกนั้นๆ ไม่ต้องไปโรงพยาบาล พุดอีกนัยหนึ่งคือไม่สามารถไปได้โดยตรง ต้องมีการ REFER จากแพทย์ประจำตัวเสียก่อน) แม้ในปัจจุบันคนไข้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาล เขาก็พยายามที่จะให้คนไข้อยู่โรงพยาบาลน้อยวันที่สุด แต่ไปรับการดูแลต่อที่ชุมชนของตนเอง (COMMUNITY CARE)

PREVENTION AND EARLY TREATMENT

เริ่มให้ความสำคัญในการระวังป้องกันและการรักษาแต่เนิ่นๆ โดยจะไม่ปล่อยให้คนไข้เป็นโรคแล้วค่อยรักษา เช่น การทำ PAP SMEAR ในผู้หญิงที่มีอายุใกล้ 40 ปี เพื่อเป็นการระวังป้องกันมะเร็งปากมดลูก

(2) COMMUNITY CARE AND HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE MEASUREMENTS◆ **PRIMARY CARE**

ถ้าเราสามารถ ทำได้ดีก็จะเป็นการประหยัดเงินงบประมาณของรัฐได้มาก โดยคนไข้ไม่ต้องมาโรงพยาบาลถ้าไม่จำเป็นจริงๆ และก็สามารถทำได้จริงแล้วในบางประเทศ

◆ **SOCIAL CARE AND CAREGIVER**

สังคม และ ญาติของคนไข้ในฐานะผู้ช่วยดูแลคนไข้ เริ่มเข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษาพยาบาลมากขึ้น เริ่มมีการจัดตั้งกลุ่มคนไข้โรคต่างๆ ขึ้นในประเทศทางแถบตะวันตกเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเภสัชกรในฐานะที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนน่าจะมองเห็นความสำคัญของตนได้มากขึ้น

◆ **EVALUATING EFFECTIVENESS OF COMMUNITY CARE SERVICES** ควรที่จะมีการประเมินประสิทธิภาพการให้บริการของแต่ละสาขาวิชาชีพ◆ **ENSURING THE SUCCESS AND IMPROVEMENT OF COMMUNITY CARE SERVICES** เพื่อเป็นการทำให้แน่ใจว่าคนไข้จะได้รับการบริการที่ดีที่สุดในด้านเภสัชกรรมจากเภสัชกร

ข้าพเจ้าอยากจะเสนอว่า การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จะเป็นการประเมินความสำเร็จได้ดีที่สุด

(3) THE ROLE OF MEDICAL AND PHARMACY PRACTITIONERS◆ **NEED FOR COMMON THREAD**

บุคคลากรทางสาธารณสุขต่างก็ต้องการอะไรสักอย่างที่จะมาประเดิมร่วมกัน

◆ **HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AS A COMMON THREAD**

และข้าพเจ้าก็ขอบอกว่า การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก็คือสิ่งนั้นนั่นเอง มากไปกว่านั้นคือยังสามารถเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลากรทางสาธารณสุขด้วย

◆ **HOW CAN HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE BE MEASURED IN COMMUNITY** ปัญหาที่คือเราจะวัดได้อย่างไร ในชุมชน ตรงนี้ยากให้เภสัชกรทั้งหลายได้ลองหยุดคิดดู

ก่อนอื่นข้าพเจ้าอยากให้พิจารณาการตัดสินใจในสิ่งต่อไปนี้

OUTCOMES (ผลาริทธิ)◆ **CLINICAL**

เป็นการพิจารณาที่มีมาแต่ดั้งเดิม มีมานาน และก็เป็นเพียงอย่างเดียวเท่านั้นที่ใช้ในการตัดสินใจในการให้การดูแลสุขภาพและการบริการ เช่น คนไข้ความดันโลหิตสูง แพทย์จ่ายยา ความดันลดลง ก็ถือว่า ผลการรักษาดีแล้ว

ปัจจุบันนี้หากจะพูดถึง OUTCOME เราจะไม่มองเฉพาะแค่ CLINICAL OUTCOME เท่านั้น เราจะมองถึงอีก 2 ด้าน คือ

◆ **HUMANISTIC**◆ **ECONOMIC**

หากเปรียบกับการต่อภาพ JIGSAW เราก็จะได้ภาพที่ครบสมบูรณ์กว่าแต่ก่อนที่พิจารณาแต่เพียง CLINICAL OUTCOME แต่เพียงอย่างเดียว นั้น

หมายความว่าต่อแต่นี้ไป การวัดประเมินการรักษา เราจะไม่มองเพียงแค่ 2 มิติ เท่านั้น เราจะมองให้ทะลุไปถึง 3 มิติให้ได้

*DECISION SHOULD NOT BE MADE ON 2 DIMENSIONAL BASIS

ข้าพเจ้าจะขอยกตัวอย่างว่า หากข้าพเจ้าถือแบงค์ 500 บาท ในมือซ้าย และ แบงค์ 100 บาท ในมือขวา แล้วถามท่านว่าท่านจะเลือกมือข้างใด คนสมองปกติธรรมดาแน่นอนย่อมต้องเลือกมือซ้ายที่ถือ แบงค์ 500 บาท นั่นเอง นั่นเป็นเพราะเราใช้มุมมองแค่ 2 มิติ มาพิจารณาเท่านั้น แต่เมื่อเราพิจารณาในมิติที่ 3 คือ ความหนาของแบงค์ที่ข้าพเจ้าถือ ท่านก็จะเห็นได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ตัดสินใจได้ดีขึ้น เพราะมือซ้ายที่ถือแบงค์ 500 บาท มีความหนาเพียง 1 ใบ เท่านั้น แต่ในมือขวาที่ถือแบงค์ 100 บาท มีความหนาร่วมนี้คือประมาณ 100 ใบเห็นจะได้ ดังนั้นการเลือกที่ชาญฉลาดคือเลือกมือขวาที่ถือแบงค์ 100 บาท นั่นเอง

แต่เราจะเลือกอย่างชาญฉลาดนี้ได้ในเรื่องของสุขภาพได้อย่างไร นั่นคือเราจะต้องไม่พิจารณาแต่เฉพาะ CLINICAL OUTCOME เท่านั้น แต่จะต้องมองเรื่องของ HUMANISTIC OUTCOME และ ECONOMICS ควบคู่ไปด้วยเสมอ นั่นเอง อะไรคือ HUMANISTIC OUTCOME

HUMANISTIC OUTCOME คือส่วนประกอบ

- ◆ **QUALITY OF LIFE** คุณภาพชีวิตของคนไข้
- ◆ **PATIENT PREFERENCE** การตัดสินใจเลือกของคนไข้
- ◆ **PATIENT SATISFACTION** ความพึงพอใจของคนไข้

เอาละท่านจะให้ยาแก่คนไข้ไปได้อย่างไร หากท่านไม่พิจารณาถึงว่า อะไรสำคัญที่สุดแก่คนไข้ และอะไรที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่เขา ข้าพเจ้าอยากจะขอบอกว่า หากท่านไม่ได้พิจารณาความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้แล้วไซ้ ท่านเพียงแค่ทำการ

รักษาแต่ตัวโรค และอาการเท่านั้น ท่านไม่ได้รักษาคคน

และเป็นที่น่าเสียดใจว่า การรักษาพยาบาลส่วนมากในโลก เมื่อคนไข้เดินเข้ามาในห้องตรวจ เขาจะถูกมองเหมือนโรคๆหนึ่ง หรือหลายโรคเดินเข้ามาให้แพทย์ทำการรักษา

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเริ่มต้นมาได้อย่างไร ?

ข้าพเจ้าขอให้ท่านดูนิยามของคำว่า **HEALTH** หรือ **สุขภาพ** ที่องค์การอนามัยโลกได้นิยามไว้อย่างน่าฟังว่า

HEALTH

WHO DEFINITION

~A STATE OF COMPLETE PHYSICAL, MENTAL AND SOCIAL WELL-BEING & NOT MERELY THE ABSENCE OF DISEASE OR INFIRMITY~

สุขภาพ คือ สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี ไม่หมายรวมเฉพาะการปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น มีการเคลื่อนไหวของสังคมกลุ่มต่างๆทั่วทุกมุมโลก ที่ร่วมกันผลักดันให้รัฐบาลประเทศต่างๆได้ตระหนักถึงการให้ความสำคัญในการดูแลด้านคุณภาพชีวิตมากขึ้น ซึ่งดูได้จากนิยามของ HEALTH ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไป หลังมีการเคลื่อนไหวในปี 1960 ถึงต้น ปี 1970 นิยามได้สมบูรณ์มากขึ้นคือ เมื่อก่อน พิจารณาแค่ PHYSICAL แต่ได้รับการแก้ไขโดยเพิ่ม จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมเข้ามาด้วย

ด้วยเหตุผลข้างต้น **คุณภาพชีวิต** จึงมีนิยามดังนี้

QUALITY OF LIFE

DEFINITION

A CONCEPT ENCOMPASSING A BROAD RANGE OF PHYSICAL AND PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS AND LIMITATIONS WHICH DESCRIBE AN INDIVIDUAL'S ABILITY TO FUNCTION AND TO DERIVE SATISFACTION FROM DOING SO.

HOW A PERSON FEELS AND FUNCTIONS IN HIS EVERYDAY LIFE.

คือ แนวคิดที่รวมเข้าไว้ด้วย สภาวะโดยรวมของร่างกาย และ บุคลิกภาพด้านสังคมและจิตใจ รวมถึงข้อจำกัดซึ่งอธิบายถึงความสามารถส่วนบุคคลที่จะกระทำในสิ่งที่ตนเองปรารถนา เมื่อเรานำ นิยามทั้งสองมารวมกัน ก็จะได้ นิยามใหม่ของ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หรือที่เรียกว่า

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (HQOL)

DEFINITION

THE LEVEL OF TOTAL WELL-BEING AND SATISFACTION ASSOCIATED WITH AN INDIVIDUALS LIFE AND HOW THIS IS AFFECTED BY DISEASE AND TREATMENTS.

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ ระดับของความสมบูรณ์ และความพึงพอใจที่ผูกพันกับชีวิตแต่ละบุคคล และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วย หรือได้รับการรักษา

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IS IT A RELEVANT OUTCOME MEASURE ?

THE ABILITY

- ◆ TO MANAGE EVERYDAY ROUTINE
- ◆ TO INTERACT WITH OTHERS
- ◆ TO PARTICIPATE AND CONTRIBUTE TO SOCIETAL ACTIVITY

IS MUCH MORE ACCURATE MARKER OF WHAT PATIENTS CAN DO OR CANNOT DO.

หากถามว่า การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำเป็นหรือไม่

ข้าพเจ้าก็ตอบว่า จำเป็น เนื่องจากเราจะวัดความสามารถจากกิจวัตรประจำวันที่เขากระทำอยู่ก่อนเจ็บป่วย หรือได้รับการรักษา เช่นเขาตื่นเช้าขึ้นมา

ล้างหน้าแปรงฟันได้ด้วยตัวเองหรือไม่ จากนั้นอาบน้ำแต่งตัว ไปจ่ายกับข้าว สังสรรค์เพื่อนฝูง ร่วมทำกิจกรรมกับสังคม

สิ่งนี้จะเป็นตัวชี้วัดที่แม่นยำตัวหนึ่งที่จะบอกได้ว่า คนไข้สามารถทำอะไร หรือ ไม่สามารถทำอะไร ตัวอย่างหนึ่ง เช่นเรารักษาคอนไซท์ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงคนหนึ่ง คนไข้จะไม่เพียงต้องการแค่ให้ความดันโลหิตของตนลดลงเท่านั้น แต่เขาจะถามว่าเขาจะทำทุกสิ่งทุกอย่างเหมือนอย่างที่เขาเคยปฏิบัติมาแต่ก่อนได้หรือไม่ ฉะนั้น ในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขย่อมมองแค่ลดความดันโลหิตของเขาได้เท่านั้น แต่ให้มองว่าชีวิตเขามีการเปลี่ยนแปลงที่แย่งหรือไม่ คุณภาพชีวิตของเขาต่ำลงหรือไม่

สิ่งที่ข้าพเจ้าพูดมาทั้งหมดนี้มีใครคิดเห็นเป็นเช่นที่ข้าพเจ้าพูดมาหรือไม่

บางคนเห็นด้วย แต่ก็มีหลายคนที่ไม่เห็นด้วย ไม่เป็นไร เพราะท่านอาจจะเป็นหนึ่งในพวกนี้

ATTITUDINAL BARRIERS

SCEPTICISM

"CANNOT BE MEASURED"

มนุษย์เจ้าปัญหา

วัดไม่ได้หรอก

NEGATIVISM

"IT IS NOT WORTH DOING"

พวกมองโลกในแง่ร้าย ไม่คุ้มที่จะทำหรอก

INERTIA

"TOO BUSY" "TOO MUCH TROUBLE"

พวกเข้าขามเย็นขาม วุ่นวายไปทำไม มากเรื่อง ปล่าวๆ

ROLE FUNCTION

"NOT MY JOB"

พวกเถรตรงทำ-

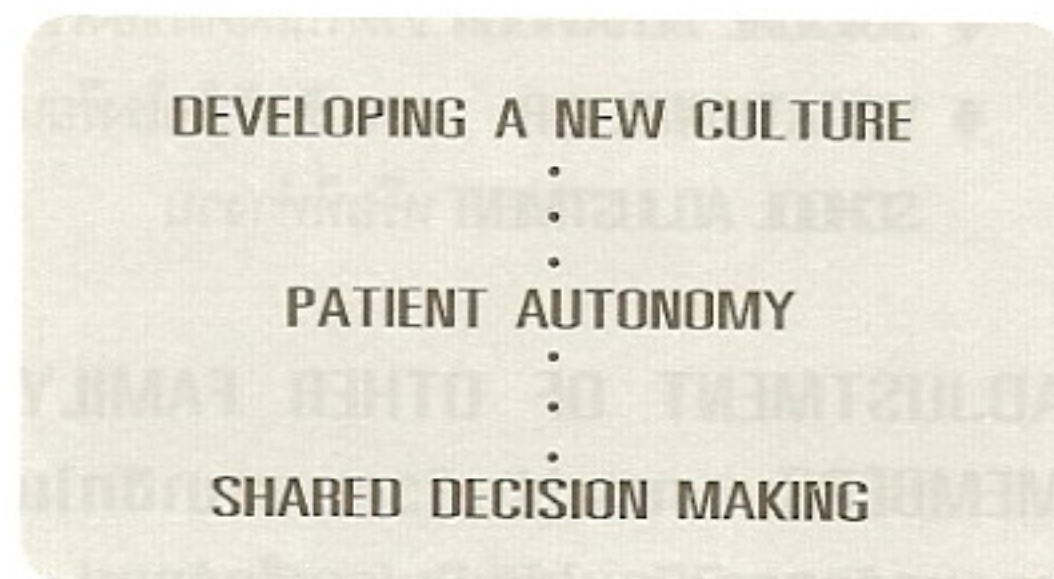
ไม่ใช่หน้าที่ฉันนะ

เฉพาะของตัวเอง

ในสมัยก่อนคนไข้ส่วนมากที่เดินไปพบแพทย์ เขาเหล่านั้นก็จะโอนอำนาจการตัดสินใจทั้งหมดไปให้แพทย์ แต่บัดนี้ทุกสิ่งกำลังเปลี่ยนไป อย่างที่ข้าพเจ้ากล่าวมาแล้วทั้งหมดในตอนต้น เดียวนี้มีวัฒนธรรมใหม่เกิดขึ้น คือคนไข้ขอมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแล้ว ในบางที่เราอาจจะต้องสร้างขึ้น

มาให้คนไข้ ให้เขาได้รู้ถึงสิทธิของตัวเองซึ่งแน่นอน ย่อมต้องกินเวลาพอสมควร

หน้าที่ของข้าพเจ้าประการหนึ่งก็คือ การนำเสนอ มาบอกกล่าวให้ชาวเภสัชกรได้ฟังได้รับรู้แนวคิดใหม่ๆ อันนี้



การให้คนไข้ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้นเป็นสิ่ง ที่สำคัญมาก ทั้งสองฝ่ายก็จะได้มีการแลกเปลี่ยน ความรู้ซึ่งกันและกัน คนไข้ได้เข้าใจการรักษามาก ขึ้น บุคลากรทางสาธารณสุขก็จะเข้าใจคนไข้ มากขึ้นในสิ่งที่ไม่ใช่การรักษา แต่เป็นความเป็นคน ของคนไข้

WHAT ARE THE MOST IMPORTANT THINGS TO PEOPLE ?



ท่านเชื่อหรือไม่ว่าเมื่อข้าพเจ้าได้ถามคำถามนี้ในคน หลายชาติหลายภาษา คำตอบที่ได้รับเหมือนกัน ก็คือ 3 สิ่งข้างต้นนี้ คือ อาหาร การพักผ่อนหลับ นอน การมีเพศสัมพันธ์ ไม่ใช่ว่าไม่มีอย่างอื่น แต่ 3 สิ่งนี้เป็นส่วนร่วมมากที่สุด ดังนั้น ตัวชีวิตที่เรา จะใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะคำนึงถึง 3 สิ่งนี้เป็นหลักด้วย ซึ่งแน่นอนพื้นฐานก็คือชีวิต ความเป็นอยู่จริงๆของคนไข้ นั่นๆที่เราต้องการ

ข้าพเจ้าอยากจะพูดว่า เภสัชกรน่าจะเป็นผู้ที่มี คุณสมบัติเหมาะสมที่สุดที่จะทำการวัดคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพของคนไข้มากที่สุด เนื่องจาก หลักสูตรของเภสัชกรสมัยใหม่ ไม่ได้มีแต่เฉพาะ

ความรู้ลึกๆด้านวิชาชีพเท่านั้น

สมัยก่อนซึ่งขาดความรู้ด้านธรรมชาติของมนุษย์ และ สิ่งสำคัญต่อชีวิตประชาชน ในขณะที่เมื่อ พวกเขาจบแล้ว พวกเขาจะต้องทำงานวันละ อย่างน้อย 8 ชั่วโมงในการพบปะพูดคุยกับคนที่มี ชีวิตจิตใจคนหนึ่ง ซึ่งมันดูไม่ค่อยจะสมดุลง่ายเลย เมื่อคนไข้เข้ามาหาบอกว่า ปวดศีรษะ เขาจะไป เข้าใจถึงพฤติกรรมของคนไข้คนนั้นได้อย่างไรว่า ทำไมจึงเกิดอาการปวดศีรษะนั้นได้

WHY PHARMACISTS SHOULD ASSUME THIS NEW ROLE ?

- ◆ **DRUG KNOWLEDGE** เราได้เรียนความรู้เรื่อง ยาระดับลึกมากขึ้น
- ◆ **GOOD COMMUNICATION SKILLS** เรา เรียนทักษะการสื่อสารกับคนไข้
- ◆ **THE ABILITY TO WORK AS A TEAM** เราได้ถูกฝึกหัดทำงานเป็นทีม
- ◆ **THE ABILITY TO LIAISE EFFECTIVELY WITH OTHER MEMBERS OF THE HEALTH-CARE TEAM AND HAVE INTER-DISCIPLINARY APPROACH** เรา ได้ถูกฝึกหัดให้ใช้ความสามารถเฉพาะสาขา ที่เรารู้ ร่วมทำการรักษาคนไข้กับบุคลากร อื่นอย่างเป็นระบบที่ดีและเป็นที่ยอมรับ
- ◆ **THE ABILITY TO PLAN WITH FAMILY MEMBERS AND OTHER CARE GIVERS** เราได้ถูกสอนให้รู้จักหัดวางแผนการดูแล คนไข้กับญาติของพวกเขาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ของผลการรักษาให้สูงสุดทั้งในด้าน CLINI- CAL HUMANISTIC และ ECONOMICS

PHARMACISTS BETTER QUALIFIED

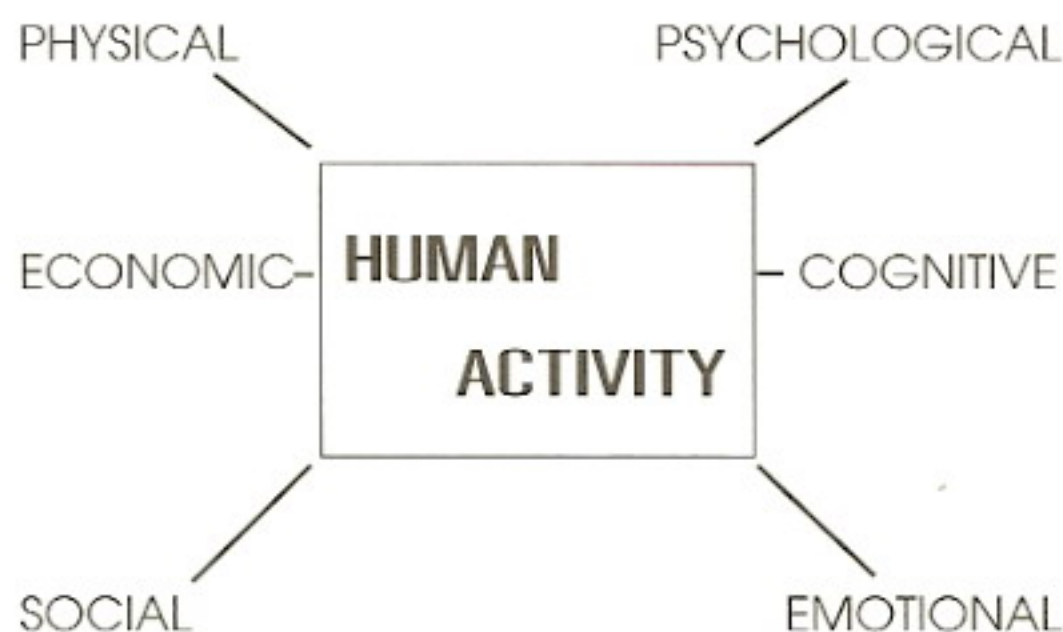
ที่ข้าพเจ้ากล่าวว่าเภสัชกรเป็นผู้มีคุณสมบัติ เหมาะสมกว่าก็เพราะว่าเราได้เรียนรู้เกี่ยวกับ

- ◆ **SOCIAL AND BEHAVIOURAL SCIENCES**

- ◆ COMMUNICATION SKILLS
- ◆ EPIDEMIOLOGY/ PHARMACO EPIDEMIOLOGY
- ◆ QUESTIONNAIRE DESIGN
- ◆ STATISTICS
- ◆ CLINICAL TRIALS

ดังนั้น ตัวเลขที่ตนเองจะไม่สามารถอ้างได้อีกต่อไปว่าไม่สามารถทำงานการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพราะท่านได้เรียนนามากพอแล้ว สิ่งที่ยืนยันก็เป็นสิ่งที่สามารถนำไปใช้ได้

QUALITY OF LIFE DIMENSIONS



หากเราจะมองแง่มุมที่เราจะวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนๆหนึ่ง เราจะต้องวัดให้ครบดังรูปข้างต้นนี้ คือ วัดด้านสภาวะร่างกาย จิตใจ ความรับรู้ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

TAXONOMY OF QUALITY OF LIFE

โครงสร้างของตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

PHYSICAL WELL-BEING

ความสมบูรณ์ด้านร่างกาย

- ◆ GLOBAL FEELING ความรู้สึกโดยรวม
- ◆ SYMPTOMS อาการแสดง
- ◆ DAILY ACTIVITY กิจกรรมประจำวัน

EMOTIONAL WELL-BEING

ความสมบูรณ์ด้านอารมณ์

- ◆ HAPPINESS LEVEL ระดับความสุข
- ◆ SELF IMAGE LEVEL ระดับความคิดเห็นต่อตนเอง

- ◆ ANXIETY LEVEL & ระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรม
- ◆ การฆ่าตัวตาย

SOCIAL WELL-BEING

ความสมบูรณ์ด้านความเป็นอยู่ในสังคม

- ◆ SUICIDAL BEHAVIOUR ชีวิตในสังคมของเขา
- ◆ VOCATIONAL OR SCHOOL ADJUSTMENT การปรับตัวในโรงเรียนหรือที่ทำงาน

ADJUSTMENT OF OTHER FAMILY MEMBERS การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวกรณีบุคคลไข้ที่เป็นโรคเรื้อรังอยู่

- ◆ FAMILY DISRUPTION การรบกวนชีวิตครอบครัว
- ◆ INDIVIDUAL ADJUSTMENT การปรับตัวของแต่ละคนในครอบครัว

ตัวอย่างง่ายๆของข้อนี้ คือมีผู้ป่วยที่เป็นโรคไตและจำเป็นที่จะต้องทำการล้างไตเป็นระยะๆ และผู้ป่วยรายนั้นประสงค์จะทำที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล กรณีเช่นนี้สมาชิกทุกคนในครอบครัวก็จะต้องถูกกระทบไปด้วยโดยปริยาย เด็กๆอาจจะตกใจที่เห็นเลือดไหลตามสายท่อ เห็นคุณตาคุณยายที่คุยเล่นกันอยู่ดีๆต้องมานอนแหวอยู่บนเตียงนานหลายชั่วโมง สิ่งเหล่านี้จะเป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทุกคนในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กเล็กๆ ในฐานะเภสัชกรชุมชนคนหนึ่งเราควรที่จะต้องคิดไปให้ไกล ระวังให้รอบคอบถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อสมาชิกในครอบครัวเมื่อจะให้คนไข้ได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

วิธีหนึ่งที่ต้องทำก่อนเพื่อความชัดเจนและความเข้าใจอย่างเป็นระบบก็คือ การเขียนแผนผังสรุปการเกิดโรค แผนผังนี้จะช่วยให้เราได้ทำความเข้าใจต่อโอกาสที่จะเป็นของคนไข้ที่โรคเขาได้พัฒนาไปในระดับต่างๆ โอกาสที่เขาจะเกิดการลดต่ำของคุณภาพชีวิตของพวกเขาในแง่มุมใดบ้าง ซึ่งเราจะได้พยายามหาทางหลีกเลี่ยง หรือให้เกิด

ข้าที่สุดเท่าที่จะทำได้ และหากเป็นไปได้ก็ควรเลือกหนทางการรักษาที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของคนไข้ให้น้อยที่สุด

เมื่อข้าพเจ้าได้ทำการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างการรักษา 2 วิธี คือ **HOME DIALYSIS** และ **CAPD** เมื่อ 6 ปีที่แล้วโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต จะเห็นได้ว่า วิธี **CAPD** ให้คุณภาพชีวิตที่สูงกว่าวิธี **HOME DIALYSIS** และข้อมูลนี้ได้ถูกนำเสนอให้คนไข้ได้รับรู้ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตัวของเขาเอง

ตัวอย่างถัดมาก็เป็นเรื่องเดิม แต่เปรียบเทียบการรักษา 4 วิธี คือ **TRANSPLANT CAPD HOME DIALYSIS HOSPITAL DIALYSIS** ผลการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าวิธี **TRANSPLANT** ทำให้คนไข้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด รองลงมาได้แก่วิธี **CAPD HOME DIALYSIS** และ **HOSPITAL DIALYSIS** ตามลำดับ ที่น่าสังเกตก็คือว่า **HOSPITAL DIALYSIS** ทำให้คุณภาพชีวิตของคนไข้ต่ำที่สุดใน 4 วิธีนี้

เมื่อเราเปรียบเทียบการรักษา 2 วิธีแรก คือ **HOME DIALYSIS** และ **CAPD** แต่ใช้ตัววัดตัวใหม่มาประเมินแทน คือใช้ **UKSIP [UNITED KINGDOM SICKNESS IMPACT PROFILE]** ซึ่งข้าพเจ้าเป็นผู้พัฒนาขึ้นมา ผลก็ออกมาเช่นเดียวกันที่แตกต่างก็คือ **UKSIP** เป็นแบบสอบถามชนิดทั่วไปวัดครอบคลุมทุกการทำงานของร่างกายและจิตใจที่มีต่อผลต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และชุมชน และสามารถนำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวงกว้างได้หลายโรค ถือเป็น **GENERAL MEASUREMENT** ที่ดีอันหนึ่ง

ข้าพเจ้าทดลองใช้ **UKSIP** วัดการรักษาคนไข้โรคมะเร็งด้วยวิธีการหนึ่งได้ผลปรากฏว่า คุณภาพชีวิตของคนไข้ต่ำกว่า **CONTROL** อย่างมากมาย นั่นย่อมสะท้อนถึงวิธีการรักษาวิธีนั้นว่าควรหรือไม่

ที่จะถูกเลือกใช้เป็นวิธีต้นๆ

เมื่อข้าพเจ้าวัดเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตกับคนไข้ 3 กลุ่ม คือ **HYPERTENTION ANGINA PECTORIS CONGESTIVE HEART FAILURE** เปรียบกับกลุ่ม **CONTROL** ได้ผลว่า คุณภาพชีวิตของคนไข้ที่เป็นโรค **HYPERTENTION** ดีกว่า **ANGINA PECTORIS** ดีกว่า **CONGESTIVE HEART FAILURE** และ **CONTROL** แน่แน่นอนมีคุณภาพชีวิตที่สูงที่สุด ผลการทดลองนี้เพื่อต้องการดูว่า มีระบบการทำงานใดของร่างกายของคนไข้ทั้ง 3 โรคนี้ต้องได้รับการดูแลมากที่สุดและด่วนที่สุด เราก็จะมาหาวิธีปรับปรุงระบบการทำงานนั้นๆ ให้ดีขึ้น

ตัวอย่างที่น่าสนใจอีกอันหนึ่งก็คือ การเปรียบเทียบวิธีการรักษา **HYPERTENTION** ด้วยการใช้ยา 4 วิธี คือ ไม่ให้ยาเลย ให้ยา 1 ชนิด ให้ยา 2 ชนิด และให้ยา 3 ชนิด ผลออกมาว่าตระหนักว่า คนไข้ที่ไม่รับยารักษาเลยกลับมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการให้ยาเสียอีก

อีกตัวอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับ **HYPERTENTION** คือ การเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยยา 3 วิธี คือ ไม่ให้ยาเลย ให้ยา **BETA BLOCKER** และให้ยา **DIURETIC** ผลปรากฏว่า การให้ยา **DIURETIC** ที่ใช้กันมานาน และถือเป็น **DRUG OF CHOICE** ในการรักษาโรคนี้ กลับให้ผลคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่สุด แย่ที่สุด ยิ่งแย่กว่าการไม่ให้ยาอะไรเลยกับคนไข้ การรักษาด้วย **BETA BLOCKER** ให้ค่าคุณภาพชีวิตที่สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับ 2 วิธีดังกล่าวข้างต้น ผลการทดลองนี้ไม่ได้หมายความว่าทำให้ **DIURETIC** เป็นสิ่งไม่ดี แต่สามารถบอกได้ว่า เราสามารถวัดได้ถึงความแตกต่างของการรักษาวิธีต่างๆ ที่เรามีสิทธิเลือกเพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดสำหรับคนไข้ และสอนให้หยุดคิดและกลับมาทบทวนวิธีการรักษาตั้งเดิมที่ใช้กันมานานนับปี ว่าสมควรต้องปรับปรุงหรือไม่

การใช้เครื่องมือนี้ในการวัดความแตกต่างของวิธีเดียวกันในเวลาต่างกันได้ เช่น เราใช้วัดคนไข้ที่มีไขมันในเลือดสูงกลุ่มหนึ่ง เราวัดเมื่อเขามาพบแพทย์ครั้งที่ 1 ต่อมาอีก 3 เดือน คนไข้กลุ่มนี้กลับมาใหม่ ผลทาง **CLINICAL OUTCOME** ดีขึ้นมาก คือไขมันในเลือดลดต่ำลง แต่ปรากฏว่าคุณภาพชีวิตของคนไข้ก็ต่ำลงตามไปด้วย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นตัวอย่างทั้งหมดนี้มีค่ามาก เนื่องจากเป็นมุมมองสะท้อนออกมาจากตัวคนไข้เองแท้ๆ ไม่ใช่มาจากตัวบุคคลากรทางสาธารณสุขประเมินคนไข้เอาเองซึ่งจะแตกต่างกันอย่างมาก

เราเปรียบเทียบได้จากการทดลองอันหนึ่งโดยให้คนไข้ประเมินตนเองกับให้แพทย์ประเมินคนไข้ ผลออกมาว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกๆ ค่าของการวัด

HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE MEASUREMENT : THE ROLE OF THE PHARMACIST

THE QUALITY OF LIFE ASSESSMENTS OFFER A NEW DIMENSION TO OBJECTIVE, TRADITIONAL METHODS OF MEASURING PHARMACOTHERAPEUTIC OUTCOME

WHILE UTILISING THEIR EXPERTISE,

PHARMACISTS CAN CERTAINLY PLAY A MAJOR ROLE IN THIS NEW APPROACH TO EVALUATING DRUG TREATMENTS AND NEW MANAGEMENT DEVICES

ข้าพเจ้าอยากจะขอบอกว่า เกสเซอร์ทั้งหลาย ท่านเป็นผู้ที่เหมาะสมเหลือเกินที่จะทำหน้าที่นี้ ที่จะนำมิติใหม่ของการประเมินผลการรักษา คือคุณภาพชีวิตมาใช้ เพราะคุณภาพชีวิตจะทำให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ได้ เกสเซอร์สามารถนำวิธีใหม่นี้มาประเมินผลการรักษาด้วยยาวิธีต่างๆ และวิธีการจัดการแบบต่างๆ ที่กระทำต่อคนไข้

เมื่อท่านได้ทำการวัดคุณภาพชีวิตของคนไข้แล้ว ท่านก็ควรที่จะสานต่อด้วยการ ให้คำปรึกษาแนะนำด้วยเพื่อหาทางแก้ไขปรับปรุงให้คุณภาพชีวิตของคนไข้กลับมาดีดังเดิม

ปัจจุบันสังคมต้องการข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตเนื่องจากยาสมัยใหม่ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อเพิ่มด้านคุณภาพ ไม่ใช่เพิ่มด้านปริมาณของชีวิต

การรักษาด้วยยาไม่ใช่มีแต่ข้อดี แน่นนอนย่อมต้องมีผลข้างเคียงของยามาด้วยเสมอ

การมีชีวิตที่สั้นลงหน่อยแต่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น ย่อมน่าพิสมัยกว่า

ท่านอาจจะไม่เชื่อว่าการที่ท่านทำการวัดคุณภาพชีวิตกับคนไข้เป็นระยะๆ นั้นจะช่วยเพิ่มความสัมพันธ์อันดีระหว่างท่านกับคนไข้ ทั้งยังช่วยเพิ่ม COMPLIANCE คือ ความร่วมมือในการรักษาของคนไข้ได้สูงขึ้น ซึ่งแน่นอนย่อมสามารถลดจำนวนการกลับเข้าโรงพยาบาลโดยอ้อมได้อีกวิธีหนึ่งด้วย ดังนั้นท่านคงจะเห็นด้วยบ้างแล้วว่า **OUTCOMES** ของการรักษาด้วยยานั้นควรจะประกอบไปด้วย

- ◆ **CLINICAL SUCCESS** ดีขึ้นจากผลทางคลินิก
- ◆ **IMPROVEMENT IN QUALITY OF LIFE** คุณภาพชีวิตของเขาก็ดีขึ้นด้วย
- ◆ **ECONOMICS EFFECTIVENESS** ใช้จ่าย

อย่างคุ้มค่าสมเหตุผล

ข้าพเจ้าขออย่าว่า เรายังลังเลอีกเลย ไม่ใช่ รักษาโรค

ท่านจะวัดคุณภาพชีวิตในร้านยาได้อย่างไร ?
อาจใช้วิธีดังนี้

- ◆ ใช้แบบสอบถาม ไม่ว่าด้วยกระดาษ หรือ คอมพิวเตอร์ในร้านของท่าน
- ◆ คำถามต้องไม่ใช้เวลานานเกิน 10 นาที
- ◆ คำถามต้องสามารถตอบได้เอง เข้าใจง่าย และเป็นกันเอง
- ◆ ตรงไปตรงมา และง่ายที่จะให้คะแนน

ข้าพเจ้าขอเสนอ แบบสอบถามชุดหนึ่งคือ **S-UKSIP (SUMMARY UNITED KINGDOM SICKNESS IMPACT PROFILE)** ซึ่งดัดแปลงมาจาก UKSIP อีกทีหนึ่งเพื่อให้ง่ายกระชับและสามารถกระทำได้ในร้านยา มีการทดลองใช้จริงแล้วในประเทศอังกฤษ เมื่อประมาณ 2 ปีที่แล้ว มีกลุ่ม CONTROL 205 คน มีคนไข้ 265 คน ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสองกลุ่มตอบตรงกันว่าแบบสอบถามนี้ง่ายในการ

(93% 95% ตามลำดับ)
เข้าใจได้ดีไม่คลุมเครือ
(91% 93% ตามลำดับ)
สามารถตอบได้ทันทีไม่ต้องคิดนาน
(92% 92% ตามลำดับ)
ครอบคลุมทุกประเด็น
(91% 86% ตามลำดับ)
ท่านจะมาตอบทุกเดือนได้หรือไม่
(80% 78% ตามลำดับ)

ข้าพเจ้าขอถึงท้ายให้คำแนะนำว่า

1. องค์การวิชาชีพทางเภสัชกรรม น่าจะเป็นผู้นำการรณรงค์นี้ โดยช่วยกระตุ้นให้เภสัชกรทั้งหลายได้สำนึกในบทบาทใหม่นี้ พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่พวกเขาในการทำการประเมินคุณภาพชีวิตในร้านยา
2. ควรมีการสอนในมหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีเพื่อให้นักศึกษาเภสัชศาสตร์ได้มีพื้นฐานในการเอาไปใช้งานในอนาคตเมื่อเขาจบกันไป
3. ควรจะมีการอบรมต่อเนื่องให้กับเภสัชกรที่ทำงานอยู่แล้วให้มีความเข้าใจในการประเมินคุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้นอาจจะอยู่ในรูปของการอบรมหรือทำ WORKSHOP
4. ควรจะสนับสนุนให้มีการศึกษาปริญญาโทเอก เกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตในด้านต่างๆเฉพาะทางในหลักสูตรของมหาวิทยาลัย
5. ควรจะสนับสนุนให้มีการทำงานวิจัยและลงตีพิมพ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตนี้อย่างต่อเนื่อง

สรุป

- ◆ การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นเป็นการให้ OUTCOME แบบใหม่ แต่ก็เป็นการติดตามผลระยะยาว
- ◆ เป็นการช่วยในการตัดสินใจ ในการเลือกการรักษา
- ◆ เป็นตัวแทนการพิจารณาที่ดีได้ หากการวัดทาง CLINICAL ไม่เพียงพอ
- ◆ การเพิ่มคุณภาพชีวิตไม่ได้ต้องการทรัพยากรที่มากเกินไปเลย





การวิจัยโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ทางสื่อหนังสือพิมพ์ และนิตยสาร ในรอบ 1 เดือน ปี 2539

DESCRIPTIVE CROSS-SECTIONAL STUDY OF FOOD PRODUCT
ADVERTISEMENTS ON NEWSPAPERS AND MAGAZINES
IN ONE MONTH OF THE YEAR 1996

โดย จงกลนี วิทยารุ่งเรืองศรี*

ความเป็นมาและความสำคัญ

อาหารนับเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของคนเรา ซึ่งนับวันจะต้องมีปริมาณการผลิตสูงขึ้นตามจำนวนประชากรและความต้องการที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการผลิต และการนำเข้าที่มีอัตราสูงขึ้นเรื่อย ๆ ก็ก่อให้เกิดการแข่งขันทางด้านการตลาดมากขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน

การโฆษณา ถือเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมการขายเพื่อสร้างความเชื่อถือ และความคุ้นเคยต่อตัวผลิตภัณฑ์และบริษัทผู้ผลิต โดยอาศัยสื่อโฆษณาต่าง ๆ ในการโฆษณา ได้แก่วิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ รวมทั้งกระทั่งถึงการโฆษณาผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ที่เรียกว่า Internet

เป้าหมายของการโฆษณาอย่างหนึ่งก็คือ เพื่อแข่งขันกับคู่แข่งที่ผลิตผลิตภัณฑ์ประเภทเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน จึงมีผู้ผลิตหลายรายที่อาศัยสื่อโฆษณาในการชักจูง ขวนเขื้อ ผู้บริโภคให้เชื่อถือในคุณภาพผลิตภัณฑ์ของตน ซึ่งหากผู้

บริโภคได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องแล้วก็จะยอมจะถูกเอารัดเอาเปรียบ สูญเสียรายได้ หรือได้รับอันตรายต่อสุขภาพจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ฉะนั้น ผู้บริโภคจึงต้องมีความรู้และภูมิปัญญาเพียงพอที่จะใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ ดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย แต่ในบางครั้ง ผู้บริโภคก็ยังขาดความรู้ที่ดีพอที่จะใช้ประกอบการพิจารณาเลือกโฆษณาต่าง ๆ ว่ามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ซึ่งบ่อยครั้งที่ผู้บริโภค ตัดสินใจผิด จึงทำให้ไม่ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์เหล่านั้น

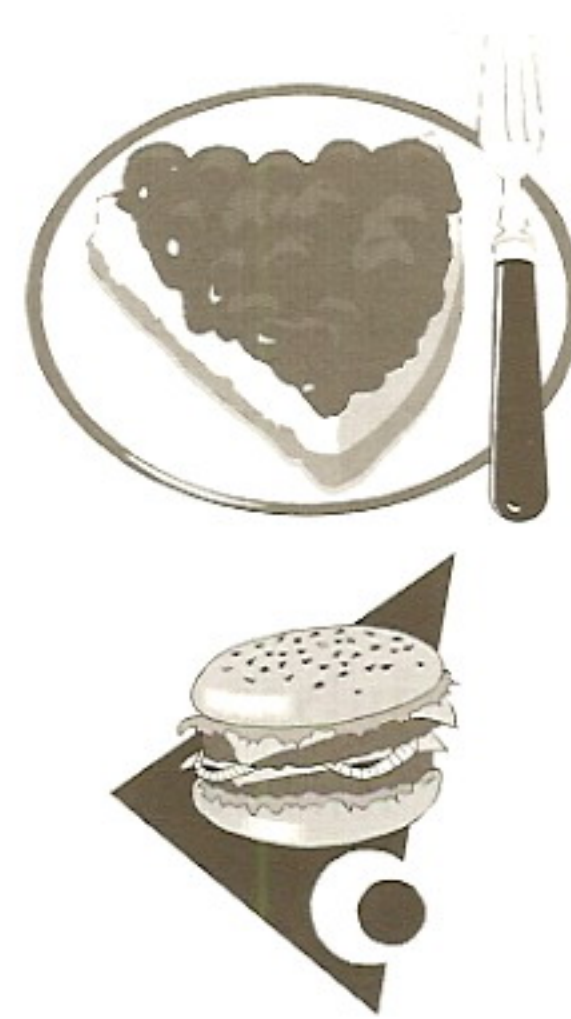
จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น หน่วยงานของได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย และได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จะต้องทำหน้าที่ควบคุมพิจารณาตรวจสอบข้อความ ภาพ และเสียงโฆษณา เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการขออนุญาตเพื่อ

* นักวิชาการอาหารและยา 7 กองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



โฆษณา จนกระทั่งการโฆษณานั้นได้ถูกเผยแพร่ให้ผู้บริโภคได้รับรู้ทางสื่อต่าง ๆ เพราะบ่อยครั้งที่พบว่าผู้ผลิตซึ่งทำการขออนุญาตโฆษณาอย่างถูกต้องแล้ว แต่เมื่อโฆษณาได้ปรากฏบนสื่อต่าง ๆ ก็มีความบิดเบือนไปจากรูปแบบที่ได้ขออนุญาตไว้ ดังนั้น ระบบการเฝ้าระวังติดตามการโฆษณาจึงต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ หากพบว่ามีกรณีทำอันฝ่าฝืนต่อกฎระเบียบที่ได้วางไว้ ก็จะต้องลงโทษผู้ฝ่าฝืน โดยอาศัยมาตรการทางกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติ ที่ควบคุมผลิตภัณฑ์อาหาร

งานวิจัยชิ้นนี้จะเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์โฆษณา โดยการตรวจสอบจากภาพและข้อความที่ปรากฏบนสื่อโฆษณาสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ และนิตยสาร ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของการควบคุมโฆษณา นำมาวิเคราะห์ ดีความ ว่ามีความถูกต้องตามกฎหมายและกฎระเบียบที่วางไว้หรือไม่ ซึ่งผลการวิเคราะห์และดีความการโฆษณาจะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ของการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ ว่ามีขนาดและความรุนแรงของปัญหามากน้อยเพียงไร เพื่อนำไปใช้ในการประกอบการดำเนินการแก้ไขในขั้นตอนต่อไป โดยอาหารนับว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความสำคัญต่อผู้บริโภคอย่างมาก หากผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองให้มีสิทธิที่จะบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารได้อย่างปลอดภัยแล้ว ก็ย่อมจะนำมาซึ่งคุณภาพของ



ชีวิตและสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อรวบรวม ศึกษา และวิเคราะห์ข้อความและภาพโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ที่ปรากฏในสื่อทางหนังสือพิมพ์ และนิตยสาร ที่ดีพิมพ์ในเขตกรุงเทพมหานคร ว่ามีความถูกต้องตามกฎหมายและข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือไม่ อย่างไร
2. เพื่อสร้างและทดลองใช้แบบประเมินโฆษณาซึ่งอาศัยหลักเกณฑ์ตามกฎหมาย และข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบโฆษณาในปัจจุบัน ก่อนมีการปรับเปลี่ยนระบบงานในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อตกลงเบื้องต้นและขอบเขตการวิจัย

1. ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ คือโฆษณาที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารที่ปรากฏบนสื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ และนิตยสาร
2. ข้อมูลโฆษณาในสื่อหนังสือพิมพ์ นิตยสาร เป็นข้อมูลเชิงทุติยภูมิ ซึ่งมีผู้เก็บข้อมูล

ไว้ก่อนแล้ว

3. ข้อมูลโฆษณาในสื่อหนังสือพิมพ์นิตยสาร เป็นข้อมูลที่เก็บในช่วง 1 เดือน ของปี 2539

4. การวิเคราะห์และตีความโฆษณาในสื่อต่าง ๆ จะวิเคราะห์และตีความตามแบบรายการตรวจสอบโฆษณาอาหาร(Check lists) ซึ่งออกแบบโดยอาศัยความตามกฎหมาย

5. การตัดสินใจว่าผลิตภัณฑ์ใดจัดเป็นผลิตภัณฑ์"อาหาร"จะพิจารณาจากคำจำกัดความตามกฎหมาย

คำจำกัดความ

โฆษณา หมายถึง การกระทำการไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็นหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ในทางการค้า

สื่อโฆษณา หมายถึง ช่องทางหรือตัวกลางนำสารซึ่งได้แก่ข้อมูลต่าง ๆ ในการเชิญชวนให้ซื้อสินค้าจากผู้โฆษณาไปยังผู้บริโภค สิ่งที่ใช้เป็นสื่อในการโฆษณา เช่น หนังสือพิมพ์, สิ่งพิมพ์, วิทยุกระจายเสียง, ไปรษณีย์โทรเลข, โทรทัศน์ หรือป้ายโฆษณา

ผู้โฆษณา หมายถึง ผู้ผลิต ผู้ค้าปลีก และผู้ขายบริการต่าง ๆ ซึ่งว่าจ้างหรือมอบหมายให้สื่อโฆษณาทำการโฆษณา เพื่อประชาสัมพันธ์สินค้าหรือบริการของตน

อาหาร ตาม พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522 หมายถึงของกินหรือเครื่องสำอางชีวิต ได้แก่

1. วัตถุทุกชนิดที่คนกิน ดื่ม อม หรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ หรือในรูปลักษณะใด ๆ แต่ไม่รวมถึงตัวยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น แล้วแต่กรณี

2. วัตถุที่มีมุ่งหมายสำหรับใช้ หรือใช้เป็น ส่วนผสมในการผลิตอาหารรวมถึงวัตถุเจือปนอาหาร สี และเครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส

จำนวนชิ้น หมายถึง จำนวนชิ้นโฆษณาที่ตรวจพบนับทุกชิ้นที่พบทั้งที่ซ้ำ และ ไม่ซ้ำกันในสื่อสิ่งพิมพ์ทุกฉบับ

รายการ หมายถึง ผลิตภัณฑ์อาหาร หรือชนิดอาหาร กรณีมีรูปแบบไม่ซ้ำกันแต่เป็นผลิตภัณฑ์เดียวกัน ให้นับเป็น 1 รายการ

รูปแบบ หมายถึง รูปแบบของข้อความและภาพที่โฆษณา (story board) ผลิตภัณฑ์ หรืออาหารชนิดเดียวกัน แต่มีข้อความหรือภาพแตกต่างกัน ให้คิดเป็นคนละรูปแบบ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study design) โดยการตรวจและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารการโฆษณาในสิ่งตีพิมพ์ถึงความถูกต้องเหมาะสมของข้อความและภาพโฆษณา ตามข้อกำหนดที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย (Content analysis) เฉพาะในช่วงระยะเวลา 1 เดือนของปลายปี พ.ศ. 2539

พื้นที่ทำการวิจัยและประชากร

พื้นที่ทำการวิจัยคือ กรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษา ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ประชากร คือ หนังสือพิมพ์รายวัน 18 ฉบับ หนังสือพิมพ์รายสัปดาห์ 5 ฉบับ นิตยสารรายสัปดาห์ 5 ฉบับ นิตยสารรายบักษ์ 17 ฉบับ และนิตยสารรายเดือน 8 ฉบับ รวมสื่อสิ่งพิมพ์ทั้งสิ้น 53 ฉบับ ดังนี้

หนังสือพิมพ์รายวัน 18 ฉบับ

1. ไทยรัฐ
2. เดลินิวส์
3. ข่าวสด
4. แนวหน้า
5. มติชนรายวัน
6. สื่อธุรกิจ
7. คู่แข่งรายวัน
8. เสียงพิมพ์ไทย
9. วัฏจักรรายวัน
10. บ้านเมือง
11. กรุงเทพธุรกิจ

12. ฐานเศรษฐกิจ
13. ผู้จัดการรายวัน
14. ไทยธุรกิจไฟแนนซ์
15. สยามรัฐรายวัน
16. Siam Post
17. The Nation
18. ประชาชาติธุรกิจ

หนังสือพิมพ์รายสัปดาห์ 5 ฉบับ

1. มติชนสุดสัปดาห์
2. ฐานวิเคราะห์
3. คู่แข่งรายสัปดาห์
4. ผู้จัดการรายสัปดาห์
5. BANGKOK POST

นิตยสารรายสัปดาห์ 5 ฉบับ

1. ภาพยนตร์บันเทิง
2. ทวีพูล
3. ชีวิตต้องสู้
4. ดาราภาพยนตร์
5. อัลบั้มชีวิตดารา

นิตยสารรายปักษ์ 17 ฉบับ

1. ดิฉัน (ปักษ์แรก)
2. ดิฉัน (ปักษ์หลัง)
3. Media TV Guide
4. The Boy
5. หญิงไทย
6. กุลสตรี (ปักษ์แรก)
7. กุลสตรี (ปักษ์หลัง)
8. คุณหญิง
9. ขวัญเรือน (ปักษ์แรก)
10. ขวัญเรือน (ปักษ์หลัง)
11. คู่สร้าง คู่สม
12. เธอกับฉัน
13. ผู้หญิง
14. เบรียว
15. พลอยแถมเพชร (ปักษ์แรก)
16. พลอยแถมเพชร (ปักษ์หลัง)
17. แปลก

นิตยสารรายเดือน 8 ฉบับ

1. Looks
2. เพื่อนเดินทาง
3. แม่บ้าน
4. รักลูก
5. HI-CLASS
6. หมอชาวบ้าน
7. ไกลหมอ
8. แพรว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่แบบรายการตรวจสอบโฆษณาอาหาร (Check lists) ซึ่งออกแบบโดยอาศัยความตามพระราชบัญญัติในส่วนของการโฆษณาและหลักเกณฑ์ข้อกำหนดตามกฎหมาย

- พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

รายละเอียดของ Check lists ประกอบด้วยแนวทางการโฆษณาที่ถูกต้องจำนวน 19 ข้อ โดยมีข้อความที่ตรวจสอบเหมือนกัน 18 ข้อ และแตกต่างกันในรายละเอียดขึ้นอยู่กับประเภทและชนิดของอาหารซึ่งจำแนกรายละเอียดในข้อที่ 19 อีก 16 ชนิด ได้แก่ เครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน, เครื่องดื่มเกลือแร่, อาหารประเภทเครื่องปรุงรส, เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์, อาหารบำรุงเสริมสร้างสุขภาพ, อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก เป็นต้น

วิธีการ

1. กำหนดเกณฑ์ (CRITERIA) ในการพิจารณา ประเมินข้อความ และ ภาพการโฆษณาในสื่อสิ่งพิมพ์ โดยวิเคราะห์ และ สังเคราะห์จากกฎหมาย และ ข้อกำหนดการควบคุมโฆษณาของกองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณา จัดทำเป็นแบบรายการตรวจสอบโฆษณาอาหาร (CHECK LISTS) รวม 19 ข้อใหญ่ และแยกตามประเภท

หนังสือพิมพ์ประเภทข่าวทั่วไป มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารมากที่สุด คือมีจำนวน 65 รายการผลิตภัณฑ์ โดยมีรูปแบบโฆษณา (story board) 81 รูปแบบ และ รวมจำนวนชิ้นโฆษณา ทั้งที่รูปแบบซ้ำและไม่ซ้ำกัน 561 ชิ้นโฆษณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ

อาหารอีก 16 ซ้อย่อย

2. เฝ้าติดตาม รวบรวม โฆษณาจากหนังสือพิมพ์ต่าง ๆ และนิตยสาร ซึ่งเป็นที่นิยมของประชาชน ทั้งประเภทรายวัน รายสัปดาห์ รายปักษ์ และ รายเดือน รวม 53 ฉบับ

3. วิเคราะห์โฆษณาเฉพาะผลิตภัณฑ์อาหารที่มีคุณลักษณะ (CHARACTERISTICS) ตามที่บัญญัติตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

4. ประเมิน โฆษณา ที่ตรวจพบ โดยวิธีวิเคราะห์แบบ CONTENT ANALYSIS ตามเกณฑ์ (CRITERIA) ที่กำหนดไว้ และ การค้นหาข้อเท็จจริงตรวจสอบกับใบอนุญาตโฆษณา และทะเบียนตำรับอาหาร ณ กองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณา และกองควบคุมอาหาร

5. คัดแยกข้อมูลตามประเภทอาหาร สิ่งพิมพ์ และข้อพิจารณาความไม่ถูกต้องของโฆษณาตามเกณฑ์ (CRITERIA)

6. ประมวลผลข้อมูล และ วิเคราะห์ โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ และ อัตราส่วนร้อยละ คำนวณหาอัตราความชุก (PREVALENCE) ของ

ปัญหาโฆษณาที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและข้อกำหนด ในสิ่งพิมพ์แต่ละประเภท

7. อภิปรายผล และ สรุปปัญหา และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาปรับปรุงงานตรวจสอบ ควบคุมโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า หนังสือพิมพ์ประเภทข่าวทั่วไปมีการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารมากที่สุดคือมีจำนวน 65 รายการผลิตภัณฑ์ โดยมีรูปแบบโฆษณา (story board) 81 รูปแบบ และ รวมจำนวนชิ้นโฆษณาทั้งที่รูปแบบซ้ำและไม่ซ้ำกัน 561 ชิ้นโฆษณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหนังสือพิมพ์ไทยรัฐซึ่งมีรูปแบบโฆษณา 34 รูปแบบ และมีรายการอาหาร 26 รายการ รองลงมาเป็นหนังสือพิมพ์ข่าวสดและหนังสือพิมพ์แนวหน้าตามลำดับ หนังสือพิมพ์ธุรกิจมีการโฆษณามากเป็นอันดับสอง (24 รายการ 27 รูปแบบ และ 97 ชิ้นโฆษณา) สำหรับหนังสือพิมพ์ข่าวการเมือง และหนังสือพิมพ์ทั่วไป ฉบับภาษาอังกฤษมีโฆษณาน้อยมาก ในกลุ่มของ

นิตยสารพบว่านิตยสารแม่บ้านซึ่งอยู่ในกลุ่มราคา 30-49 บาท มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารมากที่สุด (28 รายการ 32 รูปแบบ และ 32 ชิ้นโฆษณา) รองลงมาเป็นนิตยสารแพรวและนิตยสารดิฉัน (ปีแรก) ซึ่งอยู่ในกลุ่มราคา 50 บาทขึ้นไป (มีการโฆษณา 20, 16 รายการ 20, 17 รูปแบบ และ 20, 17 ชิ้นโฆษณาตามลำดับ) สำหรับรายการอาหารที่โฆษณาในหนังสือพิมพ์ซึ่งพบที่มีการโฆษณาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินพบสูงกว่านิตยสารคือในหนังสือพิมพ์มีจำนวน 614 ชิ้น (90.29%) 51 รายการ (86.44%) และ 76 รูปแบบ (88.37%) ในนิตยสารมีจำนวน 144 ชิ้น (78.69%) 86 รายการ (86.00%) และ 104 รูปแบบ (85.25%)

รายการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือการโฆษณาที่ไม่ขออนุญาตโฆษณาหรือทำการโฆษณาไม่ตรงกับที่ได้รับอนุญาตในหนังสือพิมพ์พบ 90.79% และนิตยสาร 90.38% ทั้งนี้ข้อความและภาพที่ไม่ตรงกับที่ได้รับอนุญาตพบว่าส่วนใหญ่จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความเข้าใจของผู้บริโภค ในอันที่จะนำไปสู่การบริโภคผลิตภัณฑ์ในทางที่ผิด มีผลิตภัณฑ์เพียง 3 ชนิดที่ข้อความไม่ตรงกับที่ได้รับอนุญาตโฆษณาและอาจส่งผลกระทบต่อความเข้าใจผิดในการบริโภคได้ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ ซึ่งข้อความโอ้อวดสรรพคุณเกินจริง ผลิตภัณฑ์นมที่มีการอ้างถึงเครื่องหมายรับรองคุณภาพที่เชื่อถือไม่ได้ เครื่องดื่มผสมคาเฟอีนไม่แสดงค่าเคอีนในการบริโภค

กลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารประเภทเครื่องดื่มผสมอัลกอฮอล์ เช่น เหล้า, เบียร์, ไวน์ เป็นกลุ่มที่มีการโฆษณาไม่ถูกต้องมากที่สุด (37.21%) คือไม่ขออนุญาต และ มีภาพที่ขัดต่อข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพราะแสดงภาพไปในทางชักชวนให้ดื่ม



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนชั้นโฆษณา, จำนวนรายการ และจำนวนรูปแบบของโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารในแต่ละสื่อสิ่งพิมพ์

สื่อสิ่งพิมพ์	จำนวน ชั้น	รายการ	รูปแบบ
หนังสือพิมพ์			
หนังสือพิมพ์ทั่วไป (ไทย)			
1. ไทยรัฐ	91	26	34
2. เดลินิวส์	110	11	12
3. ข่าวสด	128	12	15
4. แนวหน้า	200	10	14
5. บ้านเมือง	3	2	2
6. วัฏจักรรายวัน	1	1	1
7. เสียงพิมพ์ไทย	28	3	3
รวม	561	65	81
หนังสือพิมพ์ทั่วไป (อังกฤษ)			
8. Bangkok Post	3	3	1
9. The Nation	1	1	1
10. Siam Post	7	4	4
รวม	11	8	6
หนังสือพิมพ์การเมือง			
11. มติชนรายวัน	8	6	6
12. มติชนสุดสัปดาห์	8	3	3
13. สยามรัฐรายวัน	5	4	3
รวม	21	13	12
หนังสือพิมพ์ธุรกิจ			
14. ผู้จัดการรายวัน	3	1	1
15. ผู้จัดการรายสัปดาห์	4	2	2
16. ฐานเศรษฐกิจ	5	2	4
17. กรุงเทพธุรกิจ	1	1	1
18. สื่อธุรกิจ	28	5	5

สื่อสิ่งพิมพ์	จำนวน ชิ้น	รายการ	รูปแบบ
19. ประชาชาติธุรกิจ	9	4	4
20. ไทยธุรกิจโฟแนนซ์	4	2	2
21. คู่แข่งรายวัน	27	3	4
22. คู่แข่งรายสัปดาห์	4	1	1
23.ฐานวิเคราะห์	12	3	3
รวม	97	24	27
นิตยสาร			
นิตยสารราคา 50 บาทขึ้นไป			
1. พลอยแถมเพชร (ปกซ์แรก)	6	6	6
2. พลอยแถมเพชร (ปกซ์หลัง)	4	4	4
3. ดิฉัน (ปกซ์แรก)	17	16	17
4. ดิฉัน (ปกซ์หลัง)	11	11	11
5. ผู้หญิง	6	6	6
6. Looks	2	2	2
7. แพรว	20	20	20
8. เปรียว	5	5	5
9. รักลูก	8	8	8
10. Hi-Class	2	2	2
11. เธอกับฉัน	4	4	4
12. เพื่อนเดินทาง	5	5	5
13. The Boys	5	5	5
รวม	95	94	95
นิตยสารราคา 30-49 บาท			
14. Media TV Guide	2	2	2
15. ไกล่หมอ	2	2	2
16. แม่บ้าน	32	28	32
17. คุณหญิง	4	4	4
18. ขวัญเรือน (ปกซ์แรก)	12	12	12
19. ขวัญเรือน (ปกซ์หลัง)	11	11	11
20. กุลสตรี (ปกซ์แรก)	10	10	10

สื่อสิ่งพิมพ์	จำนวน ชิ้น	รายการ	รูปแบบ
21. กุลสตรี (ปักหลัง)	8	8	8
22. หญิงไทย	3	3	3
23. หมอชาวบ้าน	-	-	-
รวม	76	80	76
นิตยสารราคาต่ำกว่า 30 บาท			
24. แพลก	-	-	-
25. ชีวิตต้องสู้	2	2	2
26. ทิวพูล	3	3	3
27. คู่สร้าง คู่สม	4	4	4
28. อัลบั้มชีวิตดารา	-	-	-
29. ภาพยนตร์บันเทิง	2	2	2
30. ดาราภาพยนตร์	4	4	4
รวม	15	15	15

ตารางที่ 2 แสดงอัตราความชุกของปัญหา (PREVALENCE) เกี่ยวกับรูปแบบการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารที่พบ ในหนังสือพิมพ์ และ นิตยสาร จำนวน 53 ฉบับ ในรอบ 1 เดือน ปี 2539

ปัญหาที่พบ	หนังสือพิมพ์	นิตยสาร
1. การโฆษณาอาหารที่มีปัญหารวมทุกข้อ	86.44	86.00
2. การโฆษณาอาหารที่ไม่ได้ขออนุญาต และที่มีข้อความไม่ตรงกับที่อนุญาต	90.79	90.38
3. ฝ่าฝืนการโฆษณาซึ่งมีข้อกำหนดเฉพาะแต่ละผลิตภัณฑ์	19.74	23.08
4. โฆษณาโดยสื่อความหมายว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษา หรือ ป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยได้	1.32	10.58
5. โฆษณาโดยไม่แสดงสรรพคุณอาหารทั้งตำรับ	1.32	8.65
6. โฆษณาที่ไม่แสดงชื่อภาษาไทยตามที่ขึ้นทะเบียนตำรับ	2.63	0.96
7. ใช้บุคคลากรทางการแพทย์อ้างอิงในการโฆษณา	2.63	0.96

จากการประเมินเกณฑ์ในการตรวจสอบโฆษณาเห็นว่าน่าจะปรับปรุง และ/หรือ เพิ่มเติมเกณฑ์อีก 4 ข้อได้แก่

1. ห้ามการโฆษณาสรรพคุณอาหารที่โอ้อวดเกินความจริง

2. การโฆษณาจะต้องไม่ทำให้เข้าใจว่ามีสารอาหารใดเป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์นั้น ซึ่งความจริงไม่มี หรือมีน้อยไม่เท่าที่เข้าใจ และจะต้องไม่ทำให้เข้าใจว่าไม่มีสารเคมีหรือสิ่งเจือปนใด ๆ ซึ่งความจริงมีหรือมีมากกว่าที่เข้าใจ เช่นไม่มีผงชูรส ไม่เติมวัตถุกันเสีย เป็นต้น

3. ต้องแสดงชื่ออาหารเป็นภาษาไทยตามใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับอาหารหรือใบสำคัญการใช้ฉลากอาหาร อย่างน้อย 1 ครั้ง ควรมีการระบุให้ยกเว้นการโฆษณาในสื่อสิ่งพิมพ์ที่เป็นภาษาต่างประเทศ

การประเมินเกณฑ์ หรือ เครื่องมือแบบรายการตรวจสอบโฆษณา (Check lists) ที่ใช้ประเมินการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร

Check lists ที่ใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ตรวจสอบโฆษณาในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเมื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์โฆษณา แล้วพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับข้อยุ่งยากในการพิจารณา ของเจ้าหน้าที่ผู้ประเมินในการวิเคราะห์โฆษณาซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ต่างกอง และได้เป็นเจ้าของเรื่องในการพิจารณาอนุญาตทะเบียนตำรับตั้งแต่ต้น ซึ่งผู้วิจัยพอประมวลปัญหาที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ที่ต้องอาศัยข้อมูลการขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร และการขออนุญาตใช้ฉลากอาหาร หรือข้อมูลผลการวิเคราะห์ต่าง ๆ จากกองควบคุมอาหารต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจสอบด้วยการค้นหาข้อมูลเดิมจากแฟ้มที่เก็บไว้ หากอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่กองควบคุมอาหารซึ่งเป็นเจ้าของเรื่องเดิม ทำให้ต้องใช้เวลารอการตรวจสอบและเป็นการเพิ่มงานแก่เจ้าหน้าที่ผู้นั้นด้วย แต่หากให้เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบโฆษณา ซึ่งสังกัดต่างกองสืบค้นข้อมูลเองก็ยิ่งทำให้ใช้เวลามากขึ้น ถ้าระบบการจัดเก็บข้อมูล (Filing System) ที่มีอยู่ไม่ดีพอ และการสืบค้นข้อมูลต้องมีขั้นตอนขออนุมัติจากผู้บริหารของทั้งสองหน่วยงานตามระเบียบทางราชการ ได้แก่

1.1 การที่จะพิจารณาว่าอาหารชนิดหนึ่งมีการแสดงชื่ออาหารภาษาไทยตามใบสำคัญการ

ขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร หรือใบสำคัญการใช้ฉลากอย่างน้อย 1 ครั้ง ตามข้อกำหนดหรือไม่

1.2 การที่จะพิจารณาว่ามีสารอาหารใดเป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์นั้น ในปริมาณตามที่โฆษณาไว้หรือไม่

1.3 การโฆษณาที่อ้างเครื่องหมายต่าง ๆ มาประกอบการโฆษณา มีความเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด เช่น มีใบรับรองคุณภาพมาตรฐานตามที่กล่าวจริงหรือไม่ หรือการนำเครื่องหมาย ออ. มาอ้างนั้นมีการขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร หรือการได้รับอนุญาตใช้ฉลากอาหารจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารแล้วหรือยัง

1.4 การโฆษณาน้ำมันพืช ถ้ากล่าวอ้างถึงกรดไขมันไม่อิ่มตัว ต้องมีหลักฐานยืนยันที่แน่ชัด ซึ่งผู้ตรวจสอบโฆษณาต้องพิจารณาจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับอนุญาตทะเบียนตำรับไว้

1.5 การโฆษณาว่าอาหารนั้นมีจำหน่ายทั่วโลก ต้องมีหลักฐานว่าผลิตภัณฑ์อาหารนั้นมีจำหน่ายไม่น้อยกว่า 20 ประเทศ

1.6 การใช้คำว่า “สด” หรือ “ใหม่” สื่อความหมายว่าวัตถุดิบที่นำผลิตอาหารนั้นมีความสด ใหม่ จะต้องมีหลักฐานสนับสนุนข้อความที่น่าเชื่อถือ

1.7 การใช้คำว่า “ใหม่” จะอนุญาตให้ใช้เมื่อผลิตภัณฑ์ได้รับการอนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับอาหารหรือการใช้ฉลากอาหารเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

1.8 การโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ อนุญาตให้โฆษณาสรรพคุณตามที่ปรากฏในฉลากหรือเอกสารกำกับผลิตภัณฑ์ได้ ซึ่งเมื่อได้ขออนุญาตถูกต้องแล้ว

2. มีความขัดแย้งกันในแนวทางการวิเคราะห์

ในผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ อนุญาตให้โฆษณาสรรพคุณได้ตามที่ปรากฏในฉลากหรือเอกสารกำกับผลิตภัณฑ์ที่ได้ขออนุญาตถูกต้องแล้ว หากเป็นการโฆษณาแยกสรรพคุณ ก็จะทำให้ขัดกับแบบรายการตรวจสอบโฆษณา (Check list) ข้อ 4 ซึ่งห้ามมิให้โฆษณาโดยการแจกแจงคุณประโยชน์ของสารอาหารแต่ละชนิด ถ้าหากโฆษณาโดยสื่อความหมายว่าอาหารนั้นสามารถบำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรคได้ ก็จะทำให้ขัดกับ แบบรายการตรวจสอบโฆษณา

(Check list) ในข้อ 12 ซึ่งห้ามโฆษณาในแนวทางดังกล่าว

3. แบบรายการตรวจสอบการโฆษณาอาหาร (Check lists) ยังไม่มีความสมบูรณ์พอ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรปรับปรุงในรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ควรมีการกำหนดแนวทางการโฆษณาที่ถูกต้องเพิ่มอีก ได้แก่ ห้ามการโฆษณาอาหารที่โอ้อวดสรรพคุณเกินความจริง

- ข้อ 5 การโฆษณาจะต้องไม่ทำให้เข้าใจว่ามีสารอาหารใดเป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์นั้นซึ่งความจริงไม่มี หรือมีน้อยไม่เท่าที่ ทำให้เข้าใจ ควรเพิ่มเติมอีกในส่วนของการไม่ทำให้เข้าใจว่าไม่มีสารเคมี หรือสิ่งเจือปนใด ๆ ซึ่งความจริงมีหรือมีมากกว่าที่ทำให้เข้าใจ เช่น ไม่มีผงชูรส ไม่เติมวัตถุกันเสีย เป็นต้น

- ข้อ 2 ที่ว่า ต้องแสดงชื่ออาหารภาษาไทยตามใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร หรือใบสำคัญการใช้ฉลากอาหารอย่างน้อย 1 ครั้ง ควรมีข้อยกเว้นเพิ่มเติมสำหรับการโฆษณาในหนังสือพิมพ์ที่เป็นภาษาต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะ

ในส่วนของการจัดเก็บข้อมูลการขออนุญาตโฆษณา สภาพปัจจุบันพบว่าการเก็บข้อมูลในแฟ้มข้อมูล โดยแยกตามประเภทของอาหารตามชนิดอาหาร และแต่ละแฟ้มจะถูกจัดเรียงตามลำดับตัวอักษรของประเภทอาหารอีกทีหนึ่ง ซึ่งปัญหาที่พบคือข้อมูลมีจำนวนมาก ต้องอาศัยพื้นที่ในการจัดเก็บมากตามไปด้วย นอกจากนี้การสืบค้นแต่ละรายการทำได้ลำบาก เกิดความผิดพลาดได้ง่าย ซึ่งแนวโน้มในอนาคตน่าจะมีการนำระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นมาใช้ ได้แก่ ระบบคอมพิวเตอร์ เริ่มตั้งแต่การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยจัดแบ่งข้อมูลออกเป็นประเภทต่าง ๆ จัดแยกประเภทของอาหารตามกฎหมาย คือ อาหารควบคุมเฉพาะ, อาหารที่ต้องกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน, อาหารที่ต้องมีฉลาก และอาหารทั่วไป และในแต่ละประเภทก็อาจแบ่งอาหารออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามชนิด หรืออาจจะแบ่งออกตามสื่อที่ทำการโฆษณา ซึ่งการจัดแบ่งข้อมูลดังกล่าวจะทำให้การปฏิบัติงานสะดวกยิ่งขึ้น และสามารถ

ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ได้แก่ กองควบคุมอาหาร ได้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย จากนั้นจึงสร้างระบบการสืบค้นให้สะดวก รวดเร็ว และตอบสนองความต้องการผู้ที่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลโดยตรง และเอื้อประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน จะทำให้ระบบการทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในบางครั้งการทำงานของกองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณาจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากกองควบคุมอาหาร ซึ่งหากเป็นไปได้ควรจัดให้มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานย่อยขึ้น โดยมีศูนย์สารสนเทศที่จะเป็นหน่วยงานกลางที่จะทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดร่วมกัน และเป็นแม่ข่าย ที่จะกระจายข้อมูลไปยังลูกข่าย ซึ่งจะต้องมีความพร้อมในด้านของทรัพยากร และต้องกระทำควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถสอดคล้องกับระบบการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

งานควบคุมการโฆษณาอาหาร กระทำทั้งในด้านการควบคุมดูแลก่อนที่จะมีการโฆษณาออกสู่ท้องตลาด (Pre-marketing control) และ เฝ้าระวังติดตาม ตรวจสอบภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตโฆษณา รวมทั้งการโฆษณาที่ไม่ได้ขออนุญาตแต่ได้ทำการโฆษณาอยู่ในท้องตลาด (Post-marketing surveillance) งาน Pre-marketing control คืองานควบคุมก่อนทำการโฆษณา ซึ่งปัจจุบันแม้จะมีบทบัญญัติทางกฎหมายที่เป็นรูปธรรม ในการควบคุม กำกับ แล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถกระทำให้เห็นผลบังคับได้อย่างเป็นรูปธรรม ชัดเจนมากนัก ดังจะเห็นได้จากผลการตรวจสอบโฆษณาอาหาร ซึ่งพบว่าไม่ได้ทำการขออนุญาตอยู่เป็นจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตาม หากการโฆษณานั้น ไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายต่อพฤติกรรมผู้บริโภคของผู้บริโภคทางผู้อนุญาต ก็จะอนุโลมให้แก่ผู้ประกอบการทำการโฆษณาได้ แต่ปัญหาที่อาจพบได้ก็คือผู้ประกอบการทำการโฆษณาข้อความหรือภาพไม่ตรงกับที่ขออนุญาตไว้ ซึ่งภาพหรือข้อความที่โฆษณาออกไปนั้นก่อให้เกิดผลเสียต่อความเข้าใจในทางที่ถูกต้องในการบริโภคผลิตภัณฑ์ แม้ในส่วนของการโฆษณาซึ่งทำการขออนุญาตอย่างถูกต้องแล้วก็ตาม หากผู้อนุญาต อนุญาตภาพหรือข้อความที่อาจจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อความเข้าใจที่ถูกต้องในการบริโภคผลิตภัณฑ์ ความรุนแรง

ของปัญหานี้ก็ไม่ได้แตกต่างไปจากปัญหาดังกล่าวข้างต้น อีกทั้งยังบ่งบอกถึงระบบการควบคุมกำกับก่อนที่โฆษณาจะถูกเผยแพร่ไปสู่ผู้บริโภคว่ายังมีประสิทธิภาพที่ไม่ดีพออีกด้วย ดังนั้นหากทางผู้รับผิดชอบหันมาเน้นงานในด้าน Post-marketing surveillance มากกว่า ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีแล้ว จะพบว่าเป็นการติดตามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นไปแล้ว ซึ่งอาจเป็นการแก้ไขปัญหาที่ช้าเกินไป และถ้าหากระบบการติดตามตรวจสอบการโฆษณาไม่มีประสิทธิภาพพอ เนื่องจากสาเหตุ เช่น การขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานและระบบของข้อมูลในการตรวจสอบไม่เอื้อต่อความสะดวก รวดเร็วที่ดีพอ ก็จะทำให้การปฏิบัติงานทำได้ไม่เต็มที่ เป็นผลให้การตรวจสอบโฆษณาทำได้ไม่ทั่วถึง ผลกระทบก็ย่อมตกอยู่ที่ผู้บริโภคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากปัญหาที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติงานในเชิงรับเพียงอย่างเดียว คือการควบคุมและตรวจสอบการโฆษณาดังกล่าวข้างต้น ไม่สามารถจะแก้ปัญหการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องให้หมดไปได้อย่างสิ้นเชิง กองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณาจึงเล็งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติงานในเชิงรุก ที่จะกระทำควบคู่กันไปกับงานควบคุมและตรวจสอบการโฆษณา ได้แก่ การเผยแพร่ให้ความรู้กับประชาชน ทั้งทางด้านผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และทางด้านผู้ประกอบการผลิต หรือผู้ประกอบการโฆษณาก็ตาม จะต้องทำให้ผู้ประกอบการตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อผู้บริโภคจากการโฆษณาที่ไม่เหมาะสม จะต้องทำให้ผู้ประกอบการรับทราบถึงแนวทางการโฆษณาที่ถูกต้อง รวมทั้งรับทราบถึงข้อปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ พร้อมกับการให้ความรู้ ความเข้าใจต่อผู้บริโภคในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร ซึ่งหากมีการปฏิบัติงานให้ครบทุกด้านดังที่กล่าวมาแล้ว ประกอบกับการพัฒนาระบบงาน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมทั้งระบบงานใหม่แล้ว ก็จะช่วยส่งเสริมให้งานควบคุมการโฆษณามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และหากผู้บริโภคสามารถตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารโดยไม่หลงเชื่อการโฆษณาในทางที่ผิดแล้ว คุณภาพชีวิตก็ย่อมจะดีขึ้นตามลำดับ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าหากมีหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชน เป็นศูนย์รับเรื่องร้องเรียน และการเรียกร้องความเสียหายของ

ผู้บริโภค (Damage claim) ต่อผู้ประกอบการโดยมีการแก้ไข ปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่อการเรียกร้องสิทธิของผู้บริโภคในกฎหมายหลัก ได้แก่ พระราชบัญญัติอาหาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน และภาครัฐสร้างระบบนี้ให้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง ก็น่าจะเป็นอีกมาตรการหนึ่ง ที่จะให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุม กำกับดูแลการโฆษณาที่ไม่เป็นจริง เหล่านี้ด้วย ซึ่งภาระในการควบคุม กำกับ ก็จะมีตกแก่ภาครัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว นอกจากนั้นแล้ว การจัดจ้างหน่วยงานเอกชน หรือการเปิดโอกาสให้องค์กรเอกชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบการโฆษณาทางสื่อต่าง ๆ โดยเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ในการตรวจ เช็คความถูกต้องซ้ำอีกครั้ง และเป็นผู้นำปัญหามาดำเนินการต่อไปตามกระบวนการด้านบริหารและกฎหมายด้วย ก็อาจจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานควบคุมการโฆษณามีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบข้อมูลการโฆษณาที่มีได้ขออนุญาตและลักษณะของปัญหาที่จะเกิดขึ้นแก่พฤติกรรมการบริโภค อันจะนำไปสู่แนวทางแก้ไข
2. ทราบสถานการณ์ และ อัตราการเกิดปัญหาโฆษณาที่ผิดข้อกำหนดตามกฎหมายของผลิตภัณฑ์อาหารแต่ละประเภท แต่ละสื่อสิ่งพิมพ์
3. ได้เกณฑ์ (CRITERIA) ใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบการโฆษณาแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
4. ได้ทราบปัญหา และ อุปสรรคในการดำเนินงานตรวจสอบการโฆษณา ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบงาน

หน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 - หน่วยงานในระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ภาคผนวก

แบบวิเคราะห์การโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผลิตภัณฑ์
 สื่อโฆษณาวัน เดือน ปี
 ประเภทของอาหาร ชนิดของอาหาร
 เจ้าของผลิตภัณฑ์

สรุปข้อความโฆษณาที่ผิด

แบบประเมิน

- 1. การขออนุญาตการโฆษณาอาหารจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 2. การโฆษณาอาหาร จะต้องแสดงชื่ออาหารภาษาไทยตามใบสำคัญการขึ้นทะเบียน
 ดำรับอาหารหรือใบสำคัญการใช้ฉลากอาหารอย่างน้อย 1 ครั้ง
- 3. อาหารทั่วไปที่ไม่ต้องขึ้นทะเบียนดำรับอาหารหรือขออนุญาตใช้ฉลากอาหาร ควร
 ใช้ชื่ออาหารที่ แสดงที่ฉลากนั้นๆ ยกเว้นชื่ออาหารที่แสดงถึงคุณประโยชน์ คุณภาพ
 หรือสรรพคุณ ฝ่าฝืนมาตรา 40 ตามพ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522
- 4. การโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณอาหาร จะอนุญาตให้แสดงคุณ
 ประโยชน์ หรือ สรรพคุณของอาหารทั้งดำรับ มิให้โฆษณาโดยการแจกแจงคุณ
 ประโยชน์ของสารอาหารแต่ละชนิด ที่เป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์นั้น
- 5. การโฆษณาจะต้องไม่ทำให้เข้าใจว่ามีสารอาหารใดเป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์นั้น
 ซึ่งความจริงไม่มี หรือมีน้อยไม่เท่าที่เข้าใจ
- 6. การโฆษณาจะต้องไม่ทำให้ผู้บริโภคสำคัญผิดในแหล่งผลิตของอาหาร
- 7. การนำเครื่องหมายต่างๆ มาประกอบการโฆษณา เช่น เครื่องหมายมาตรฐาน
 ผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, เครื่องหมายกรมวิทยาศาสตร์บริการ, เครื่องหมายเซลล์
 ชวนชิม, หรือเครื่องหมายฮาลาล จะต้องมียกย่องรับรองจากองค์กรนั้นๆ ว่า
 อนุญาตให้ใช้เครื่องหมายดังกล่าว
- 8. แนวการโฆษณาจะต้องไม่เป็นการเปรียบเทียบทับถมกับผลิตภัณฑ์ของผู้อื่น
 ยกเว้นการเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์ของตัวเอง
- 9. การโฆษณาโดยใช้ข้อความที่ทำให้เข้าใจว่าอาหารนั้นมีจำหน่ายทั่วโลก จะต้องมียก
 หลักฐานว่าอาหารนั้นมีจำหน่ายไม่น้อยกว่า 20 ประเทศ

-10. การนำบทความทางวิชาการมาประกอบการโฆษณาอาหาร จะต้องแยกส่วนของบทความทางวิชาการ ออกจากการโฆษณาอย่างชัดเจน
-11. ห้ามนำบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการด้านอาหาร นักโภชนาการ และนักศึกษา มาแนะนำรับรองหรือเป็นผู้แสดงแบบในการโฆษณา
-12. การโฆษณาอาหารจะต้องไม่สื่อความหมายให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าอาหารนั้นสามารถบำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยได้
-13. คำว่า “สด” หรือ “ใหม่” สื่อความหมายว่าอาหารนั้นเพิ่งผลิตเสร็จในเวลาไม่นาน จะอนุญาตให้ ใช้โฆษณาเฉพาะอาหารที่มีอายุในการจำหน่ายสั้น เช่น นมสด หรือ นมปรุงแต่งที่ผ่านกรรมวิธีพาสเจอร์ไรส์, นมเปรี้ยว, ขนมน้ำแข็ง, กะทิ
-14. คำว่า “สด” หรือ “ใหม่” สื่อความหมายว่าวัตถุดิบที่นำมาผลิตอาหารนั้นมีความสดใหม่ จะต้องมีหลักฐานสนับสนุนข้อความที่น่าเชื่อถือ
-15. คำว่า “ใหม่” จะอนุญาตให้ใช้เมื่อผลิตภัณฑ์ได้รับอนุญาตการขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร หรือการใช้ฉลากอาหารเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี
-16. การโฆษณาอาหารจะอนุญาตให้ใช้คำว่า “เพื่อสุขภาพ” ได้สำหรับอาหารประเภท ผลิตภัณฑ์นม, อาหารเสริม, เครื่องดื่มบำรุงร่างกาย, เครื่องดื่มธัญญาหาร, เครื่องดื่มร่งนกสำเร็จรูป, อาหารที่กินเป็นอาหารหลัก, วัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล
-17. การโฆษณาอาหารจะอนุญาตให้ใช้คำว่า “ธรรมชาติ” ได้สำหรับอาหารผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ โดยผ่านกรรมวิธีง่าย ๆ ไม่มีการเติมวัตถุเจือปนอาหาร, สี, กลิ่น, วิตามิน และเกลือแร่
-18. การโฆษณาอาหารจะอนุญาตให้ใช้คำว่า “ออร์แกนิก” ประกอบชื่ออาหาร สำหรับอาหารที่เพาะปลูกหรือ มีการเลี้ยง(พืชและสัตว์) ตามคำแนะนำของมาตรฐานระหว่างประเทศ (Codex) โดยมีกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ออกหนังสือรับรอง ซึ่งมีการประสานกับองค์การระหว่างประเทศ คือ IFOAM ซึ่งเป็นผู้ดูแล
-19.1 ห้ามโฆษณาอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องที่ใช้เลี้ยงทารกและเด็กเล็ก ภาชนะบรรจุ ขวดนม หัวนมยาง หัวนมหลอด และอุปกรณ์ที่ใช้ หรือมีความมุ่งหมายที่จะใช้กับสิ่งดังกล่าวผ่านสื่อมวลชนยกเว้นอาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็กอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จะอนุญาตให้โฆษณาทางสื่อสิ่งพิมพ์ได้ ซึ่งต้องผ่านการขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อนทุกครั้ง
-19.2 การโฆษณานมข้นชาดมันเนยไม่หวาน นมข้นชาดมันเนยคั้นรูปไม่หวาน นมพร้อมมันเนย และนมผงชาดมันเนย ให้แสดงคำเตือนในการโฆษณาว่า “อย่าใช้เลี้ยงทารก”
-19.3 การโฆษณานมข้นหวาน นมข้นคั้นรูปหวาน นมข้นชาดมันเนยหวาน นมข้นชาดมันเนยคั้นรูปหวาน และ นมข้นแปลงไขมันหวาน ให้แสดงคำเตือนในการโฆษณาว่า อย่าใช้เลี้ยงทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี
-19.4 การโฆษณาเครื่องดื่มเกลือแร่ จะอนุญาตให้แสดงสรรพคุณเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการ

- สูญเสียเหงื่อเท่านั้น และให้แสดงค่าเตือน เด็กและทารกไม่ควรรับประทาน
รับประทานวันละไม่เกิน 1 ลิตร หรือ จำนวนหน่วยบรรจุ (ปริมาตรสุทธิรวมกัน
แล้วไม่เกิน 1 ลิตร)
-19.5 การโฆษณาวัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาลจะต้องแสดงค่าเตือน “ใช้สำหรับผู้ใหญ่
เท่านั้นในการควบคุมน้ำหนักและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด” โดยเน้นเป็น
อักษรที่ชัดเจน และลักษณะตัวอักษร สีตัวอักษรให้แตกต่างจากตัวอักษรโฆษณาอื่นๆ
เพื่อให้เห็นได้ชัด
-19.6 การโฆษณาอาหารประเภทหมี่กึ่งสำเร็จรูปหรือโจ๊ก
..... ภาพผลิตภัณฑ์จะต้องเป็นลักษณะที่แท้จริงตามลักษณะอาหารเมื่อปรุง
รับประทานตามสูตรส่วนผสมที่ได้รับอนุญาต
..... กรณีที่ผู้โฆษณาประสงค์จะแสดงภาพอาหารที่ปรุงพร้อมรับประทาน โดยมี
การเติมเนื้อสัตว์ ผัก ไข่ เพื่อเพิ่มคุณค่าทางอาหาร ต้องมีการแสดงข้อความ
“เพื่อคุณค่าทางโภชนาการควรเติมเนื้อสัตว์ ผัก ไข่ตามต้องการ”
-19.7 การโฆษณาอาหารบำรุงเสริมสร้างสุขภาพ
..... อนุญาตให้แสดงสรรพคุณของอาหารได้ตามที่ระบุไว้ในฉลากหรือเอกสารกำกับ
ผลิตภัณฑ์ ซึ่งได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว
..... การโฆษณาที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับบทความรู้ทั่วไปในการดูแลสุขภาพเช่น
รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ
จะต้องไม่ทำให้เข้าใจว่าอาหารที่โฆษณามีความจำเป็นต่อร่างกายเช่นเดียว
กับวิธีดูแลสุขภาพเหล่านั้น
-19.8 การโฆษณาน้ำมันพืช
..... น้ำมันพืชที่มีวิตามินอีในตำรับ ไม่อนุญาตให้โฆษณาว่าวิตามินอีในน้ำมันพืชมี
ประโยชน์ต่อร่างกาย
..... การโฆษณาน้ำมันพืชโดยกล่าวอ้างถึงปริมาณกรดไขมันไม่อิ่มตัว ข้อความ
จะต้องเน้นในลักษณะบ่งบอกข้อเท็จจริงซึ่งเป็นคุณสมบัติเฉพาะของผลิตภัณฑ์
ไม่ควรมีการนำเสนอในลักษณะโอ้อวด เปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์อื่น หรือ
ทำให้เข้าใจว่ากรดไขมันไม่อิ่มตัวจะช่วยให้ผู้บริโภคมีสุขภาพดี
..... การโฆษณาน้ำมันพืชโดยกล่าวอ้างถึงปริมาณกรดไขมันไม่อิ่มตัว จะต้องมี
หลักฐานสนับสนุน ข้อความที่น่าเชื่อถือและชัดเจนเพียงพอ
..... ไม่อนุญาตให้โฆษณาในทำนองว่าน้ำมันพืชนั้นไม่มีโคเลสเตอรอล, ลดโค
เลสเตอรอล หรือ ไม่เพิ่มโคเลสเตอรอล รวมทั้งการอ้างถึงโคเลสเตอรอลใน
บทความทางวิชาการ
-19.9 การโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ไม่ให้มี
การแสดงภาพการดื่ม หรือชักชวนให้มีการดื่มในทุกๆ โอกาส

- 19.10 การโฆษณาเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน
- ต้องมีการแสดงข้อความคำเตือน “ห้ามดื่มเกินวันละ 2 ขวด โปรดสังเกตคำเตือนบนฉลาก ก่อนดื่มทุกครั้ง”
 - ห้ามโฆษณาในลักษณะการแถมพิก หรือให้รางวัลด้วยการเสี่ยงโชค หรือมีการให้ของแถม
 - ห้ามใช้นักมวยหรือผู้ใช้แรงงานเป็นผู้แสดงแบบโฆษณา (Presenter)
 - ห้ามสื่อความหมายที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับทัศนคติ หรือคุณภาพของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ดื่มแล้วเพิ่มกำลังงานหรือพลัง, ดื่มแล้วทำงานได้มากขึ้นโดยไม่รู้จักเหนื่อย
 - ห้ามมีการชักจูงหรือโน้มน้าวให้ซื้อหรือบริโภค ได้แก่ แสดงภาพยกขวดขึ้นดื่ม, ชักชวนให้ซื้อหรือบริโภคเพื่อนำรายได้ไปบริจาคเป็นสาธารณกุศล
-19.11 การโฆษณาอาหารประเภทน้ำแร่ที่กำหนดให้แสดงคำเตือนบนฉลากตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 146 แล้ว จะต้องแสดงคำเตือนว่า “โปรดอ่านคำเตือนในฉลากก่อนใช้”
-19.12 การโฆษณาอาหารทางการแพทย์ (Medical food) ซึ่งเป็นอาหารที่ใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรค หรือผู้ที่มีสภาพผิดปกติทางร่างกาย จะต้องแสดงข้อความ “อาหารทางการแพทย์” และคำเตือน “ใช้ตามคำแนะนำของแพทย์” ในการโฆษณา โดยขนาดของตัวอักษรแสดงคำเตือนจะต้องมีขนาดที่อ่านได้ชัดเจนหรือขนาดไม่น้อยกว่า 1/3 ของขนาดตัวอักษรที่เป็นชื่ออาหาร สีของตัวอักษรต้องตัดกับสีพื้น
-19.13 การโฆษณาหมากฝรั่งที่มีส่วนผสมของวัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล
- ห้ามใช้เด็กเป็นผู้แสดงแบบในการโฆษณา
 - ต้องมีข้อความที่แสดงว่าอาหารนี้ไม่เหมาะสมสำหรับเด็ก เช่น “ไม่ควรให้เด็กรับประทาน” “ไม่ควรให้เด็กกิน” หรือ “เด็กไม่ควรกิน” หรือข้อความอื่นที่มีความหมายในทำนองเดียวกัน
 - แนวการโฆษณาไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นอาหารสำหรับควบคุมน้ำหนัก
-19.14 การโฆษณาอาหารประเภทเครื่องปรุงรส เช่น น้ำส้มสายชู น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว ไม่อนุญาตให้ใช้คำว่า “อร่อย” แต่จะอนุญาตให้โฆษณาว่า “ปรุงอาหารให้อร่อย” “ช่วยให้อาหารอร่อย” “ช่วยเพิ่มรสชาติอาหาร” ได้ และจะอนุญาตให้ใช้คำว่า “อร่อย” ได้เมื่อมีการแสดงภาพของอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วอยู่ด้วย
-19.15 การโฆษณาอาหารที่มีส่วนผสมของวานิลลาหรือจะแซ่ จะต้องระบุคำเตือน “เด็กไม่ควรรับประทาน” “อ่านฉลากก่อนรับประทาน”
-19.16 การโฆษณารอยัลเยลลี่ (นมผึ้ง) และผลิตภัณฑ์รอยัลเยลลี่ จะต้องแสดงข้อความ “อ่านฉลากก่อนรับประทาน”



เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การประชุมวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ประจำปี 2536. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536
2. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การประเมินผลการปฏิบัติงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ภายใต้แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2537
3. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พระราชบัญญัติยา และพระราชกำหนดสารระเหย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535
4. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แนวการควบคุมกำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์ในความรับผิดชอบของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2538
5. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บทความวิจัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2535
6. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานประสานงานวิชาการและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข. โครงการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2531. กรุงเทพฯ : ดีไซน์การพิมพ์, 2536



พฤติกรรมการเสพยาบ้าของนักเรียนในจังหวัด สมุทรสงคราม Student Behavior in Amphetamine Consumption in Samut Songkram Province

บุษริ กลานรงค์ น.บ.,ส.บ. Mayuree Klanarong

กาญจนา กองสง น.บ.,ส.บ. Parnuchote Tongyoung

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการเสพยาบ้าของนักเรียนในจังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการศึกษาดังสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาบ้าในสถานศึกษาในจังหวัดสมุทรสงคราม และปัจจัยต่างๆของนักเรียนที่เสพยาบ้า เพื่อจะได้หาแนวทางป้องกันได้อย่างถูกต้อง เก็บตัวอย่างปัสสาวะตรวจหายาบ้าโดยวิธี color test และ thin layer chromatography และข้อมูลของนักเรียนจำนวน 907 คน ในเดือน พฤศจิกายน 2538 จากโรงเรียนที่มีการสอนระดับมัธยมศึกษาที่ให้ความร่วมมือ 25 โรงเรียน

จากการศึกษาพบว่ายาบ้าที่นักเรียนเสพ คือ เมทแอมเฟตามีน พบนักเรียนที่เสพยาบ้า 39 คน (ร้อยละ 4.3) เป็นชาย 36 คน และหญิง 3 คน

นักเรียนระดับมัธยมปลาย จะเสพยาบ้ามากกว่านักเรียนระดับมัธยมต้น จำนวนนักเรียนระดับมัธยมปลายที่สังกัดกรมอาชีวศึกษาที่เสพยาบ้าไม่ต่างกับนักเรียนระดับมัธยมปลายที่สังกัดสามัญศึกษาจังหวัด นักเรียนระดับมัธยมต้นที่สังกัดสามัญศึกษาจังหวัด จะเสพยาบ้าในจำนวนที่ไม่ต่างกับนักเรียนในเขตชนบท

นักเรียนกลุ่มที่มีการเสพยาบ้ามากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 19 ปีขึ้นไป เรียนอยู่ระดับชั้น ม.6 เกรดเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมา ต่ำกว่า 2.99 มีบิดาและมารดาประกอบอาชีพรับราชการ บิดาและมารดาอยู่ร่วมกัน มีรายได้ที่ผู้ปกครองให้ใช้ อยู่ในช่วงวันละ 41-50 บาท รายได้พิเศษส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 31-40 บาท ต่อวัน

นักเรียนที่เสพยาบ้าร้อยละ 8.1 ตอบว่าใน 2-3 วันที่ผ่านมา ได้กินยา เช่นยาชุดและยาแก้หวัด นักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.4) ทราบว่ายาบ้ามีโทษและโทษของยาบ้าที่นักเรียนตอบมากที่สุด คือ ประสาทหลอน สุขภาพเสื่อมโทรม คลุ้มคลั่ง และเสียเงิน

การจัดกิจกรรมป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา ควรเป็นกิจกรรมที่นักเรียนให้ความสนใจและมีส่วนร่วมมากที่สุด อาจมีการกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันระหว่างกัน เพื่อป้องกันตนเองและเพื่อนไม่ให้ติดยาเสพติด

ABSTRACT

The purpose of this research was to study relating to amphetamine consumption situation at the school in Samutsongkram Province and various factors those influenced students to drug addiction, and also finding for appropriate protective methods. Urine samples and datas were collected from 907 students in 25 secondary and high schools those willing to cooperate in this research on November 1995.

The results revealed that 4.3% or 39 students (36 were men) consumed Metamphetamine which was amphetamines derivative. High school students used drug more than secondary school students. The number of high school students under Department of Vocational Education used drug in the same as those under Department of General Education. The number of secondary school students under Department of General Education used drug in the same as students under Office of the National Primary Education commission. The number

of urban students used drug in the same as those in rural area.

The major group of students who consumed metamphetamine were within over 19 year-old, studying in MS.6, GPA. under 2.99. Their parents careers were the Government officials and their marital status were couples. Their incomes were from their parents about 41-50 bath/day. Some of them got extra incomes which in the range of 31-40 bath/day.

Drug-used students said that within 2-3 days, they took drugs such as YA-SHUD and cold-remedy drug. Most of them(74%) realized that amphetamine-used had disadvantages, such as hallucination, poor health and money-wasted.

Drug-addiction prevention activities in schools should be concerned and participated by all students, which may stimulate themselves and their friends to avoid drug-addiction.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในประเทศมากที่สุด ยาเสพติดที่มีผู้เสพมากที่สุด 5 ชนิด คือ ฝิ่น เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า และสารระเหย โดยเฉพาะยาบ้าและสารระเหย มีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนผู้เสพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และแพร่กระจายไปในทุกกลุ่มอาชีพ และทุกพื้นที่ของประเทศ จากการประมาณการจำนวนผู้ติดยาเสพติดทั้ง 5 ชนิด ของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย(TDRI) ประมาณว่ามีผู้ติดยาอย่างน้อย 1.27 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของประชากรทั่วประเทศ สำหรับพื้นที่การแพร่ระบาดนั้น จากการสำรวจหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศในปี

2537 จำนวน 52,915 หมู่บ้าน/ชุมชน พบว่ามีปัญหาเสพยาเสพติดถึง 21,092 หมู่บ้าน/ชุมชน⁽¹⁾ หรือประมาณร้อยละ 40 ของหมู่บ้านทั้งหมด

ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ปัญหาเสพยาเสพติดในสถานศึกษา ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ ดังจะเห็นได้จากสถิติการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดของนักเรียนนักศึกษาในปีพ.ศ. 2533 จำนวน 447 คน เพิ่มขึ้นเป็น 4,261 คนในปีพ.ศ. 2537⁽²⁾

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ สภาพการเสพยาเสพติดในสถานศึกษา ระดับประถมศึกษาตอนปลาย และมัธยมศึกษา ในระหว่างปีพ.ศ. 2532 และ 2533 โดยกรมการฝึกหัดครู กระทรวงศึกษาธิการ พบว่ายากระตุ้นประสาทประเภทยาบ้า มีแนวโน้มว่าจะมีการใช้โดยกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนอย่างกว้างขวาง โดยมีข้อบ่งชี้ว่านักเรียน ในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่ใช้ยากระตุ้นประสาทมีจำนวนสูงขึ้น ใกล้เคียงกับผู้ที่ใช้สารระเหย ทั้งๆที่สารระเหยหาได้ง่ายและราคาถูกกว่า และพบว่าจำนวนผู้ที่เคยใช้ยากระตุ้นประสาทและสารระเหยมีจำนวนมากกว่าผู้ที่เคยใช้กัญชา ผลการสำรวจการใช้สารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในระยะ 1 ปี ก่อนวันที่สำรวจในปี 2533 แสดงว่า มีการดื่มเหล้ามากที่สุด รองลงมาคือใช้สารระเหย ส่วนกัญชาด้วยยาบ้า ยังคงมีอัตราส่วนการใช้ใกล้เคียงกัน

ในจังหวัดสมุทรสงคราม ก็มีการตรวจสอบเพื่อค้นหาเด็กนักเรียนที่เสพยาบ้าในสถานศึกษา ในปี 2537 ตรวจสอบนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 138 คน พบว่ามีการใช้ยาบ้า 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ต่อมาในปี 2538 ตรวจสอบนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 82 คน พบว่ามีการใช้ยาบ้า 17 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7⁽³⁾ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นอัตราเพิ่มที่สูงขึ้นรวดเร็วมาก

สถานศึกษาเกือบทุกแห่ง ต้องประสบกับ

ปัญหาการเสพยาเสพติดของนักเรียนนักศึกษาในสังกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงเรียนในระดับมัธยมศึกษา และโรงเรียนอาชีวศึกษา ของทั้งรัฐบาลและเอกชน ที่มีนักศึกษาทั้งหมดอยู่ในวัยรุ่นที่คิดคะนอง แสวงหาประสบการณ์แปลกๆ ใหม่ๆ และเป็นเป้าหมายของขบวนการค้ายาเสพติดที่แอบแฝงเข้าไปในโรงเรียน นับวันปัญหาการเสพยาเสพติดในสถานศึกษา ยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หากไม่รีบดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะเป็นภัยอันตรายที่บ่อนทำลายเยาวชนซึ่งเป็นอนาคตของชาติ และความเจริญก้าวหน้าของประเทศโดยรวม การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักเรียนนักศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการหาแนวทางป้องกันไม่ให้ นักเรียนนักศึกษาใช้ยาบ้าได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาหาความชุกของนักเรียนในสถานศึกษา ที่เสพยาบ้า
2. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของนักเรียนในสถานศึกษา ที่เสพยาบ้า

สมมติฐานที่ต้องทดสอบ

1. นักเรียนในสถานศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา จะมีการใช้ยาบ้ามากกว่านักเรียนในสถานศึกษาที่สังกัดหน่วยงานอื่น ในระดับการศึกษาเดียวกัน
2. นักเรียนในสถานศึกษา สังกัดสามัญศึกษาจังหวัด จะมีการใช้ยาบ้า มากกว่านักเรียนในสถานศึกษาที่สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด(สพจ.) เทศบาลและเอกชน ในระดับการศึกษาเดียวกัน
3. นักเรียนในสถานศึกษาที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปี 6 จะมีการใช้ยาบ้ามากกว่านักเรียนในสถานศึกษาที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาต้น
4. นักเรียนในสถานศึกษาในเขตเมือง จะ

มีการใช้ยาบ้า มากกว่า นักเรียนในสถานศึกษาในเขตชนบท

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำการวิจัยในจังหวัดสมุทรสงคราม เก็บข้อมูลและตัวอย่างจากสถานศึกษาในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นผู้วิเคราะห์ตัวอย่างปัสสาวะเพื่อตรวจหา เมทแอมเฟตามีน และอีพีดรีน ในเชิงคุณภาพเท่านั้น ไม่ได้หาปริมาณของยา

นิยามคำศัพท์

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ให้คำต่อไปนี้มีความหมายดังนี้

“ยาบ้า” หมายความว่า เมทแอมเฟตามีน หรือ อีพีดรีน

“สถานศึกษา” หมายความว่า สถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา ในสังกัด กรมอาชีวศึกษาสามัญศึกษาจังหวัด สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด เทศบาล และเอกชน ในจังหวัดสมุทรสงคราม

“นักเรียน” หมายความว่า นักเรียนหรือนักศึกษา ที่ศึกษาในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา ในสังกัดกรมอาชีวศึกษา สามัญศึกษาจังหวัด สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด เทศบาล และเอกชน ในจังหวัดสมุทรสงคราม

“เขตเมือง” หมายความว่า เขตท้องที่ในเขตเทศบาล และเขตติดต่อกับเทศบาลระยะทางไม่เกิน 2 กิโลเมตร

“เขตชนบท” หมายความว่า เขตท้องที่ที่ไม่ใช่เขตเมือง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อต้องการทราบความชุก และพื้นฐานของนักเรียนในสถานศึกษาที่มีการเสพยาบ้า ในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยตัวแปรอิสระ คือ เพศ อายุ

ชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย อาชีพของบิดา มารดา สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา และการใช้ยา ตัวแปรตาม คือ ผลการตรวจปัสสาวะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนในสถานศึกษาในจังหวัดสมุทรสงคราม การเลือกตัวอย่าง และขนาดของตัวอย่างเลือกตัวอย่างจากสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาทุกแห่ง ในจังหวัดสมุทรสงครามโดยสุ่มตัวอย่างจากนักเรียน นักศึกษา ทุกชั้นเรียน ทุกห้องเรียน ในจำนวนร้อยละ 10 ของนักเรียนทั้งหมดในห้อง โดยวิธี systemic random sampling

ให้นักเรียน นักศึกษาที่ถูกสุ่มตัวอย่าง เก็บปัสสาวะของตนเอง ลงในขวดเก็บตัวอย่าง ประมาณ 30 มิลลิลิตร พร้อมทั้งตอบแบบสอบถาม ส่งพร้อมตัวอย่างปัสสาวะ การที่เก็บตัวอย่างตามจำนวนนี้ เพราะจากการศึกษาพบว่า ในจังหวัดสมุทรสงคราม มีนักเรียนในสถานศึกษา ประมาณ 12,000 คน หากเก็บปัสสาวะทุกคนเพื่อตรวจสอบ ก็จะเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ในการเก็บตัวอย่าง และการตรวจวิเคราะห์ และสิ้นเปลืองเวลาในการวิเคราะห์มาก หากใช้จำนวนตัวอย่าง ร้อยละ 10 ของนักเรียนในสถานศึกษา ก็ควรจะเป็นจำนวนตัวอย่างที่มากพอที่จะเชื่อถือได้ รวมทั้งไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลามากเกินไปด้วย

วิธีการเก็บข้อมูล

ขณะที่เก็บตัวอย่างปัสสาวะจากนักเรียนในสถานศึกษา ก็เก็บข้อมูลพื้นฐานของนักเรียนที่ถูกเก็บตัวอย่างปัสสาวะด้วย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป เมื่อเก็บตัวอย่างปัสสาวะแล้ว แขนงถึงน้ำแข็ง ส่งไปตรวจวิเคราะห์ ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อหาว่ามีเมทแอมเฟตามีน หรือ อีพีดรีนหรือไม่

**นักเรียนกลุ่มที่มีการเสพยาบ้ามากที่สุด
อยู่ในช่วงอายุ 19 ปีขึ้นไป เรียนอยู่ระดับชั้น ม.6
เกรดเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมา ต่ำกว่า 2.99
มีบิดาและมารดาประกอบอาชีพรับราชการ**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของนักเรียนที่ถูกเก็บตัวอย่างปัสสาวะ

ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับโทษของยาบ้า

ตอนที่ 3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจปัสสาวะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรอิสระ คือ สถานศึกษา รวบรวมข้อมูลได้จากการเก็บตัวอย่างปัสสาวะพร้อมกับบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้เป็น ratio scale นำมาจัดกลุ่มว่าเป็นสถานศึกษาสังกัดใด อยู่ในเขตเมืองหรือเขตชนบท ได้ข้อมูลความถี่เป็น nominal scale เช่นเดียวกับตัวแปรอิสระอื่น ได้แก่ อายุ เพศ ชั้นเรียน เกรดเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมา อาชีพของบิดา อาชีพของมารดา สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา การพักอาศัยของนักเรียน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน รายได้ที่ผู้ปกครองให้ใช้จ่ายต่อวัน การมีรายได้พิเศษของนักเรียน การได้รับยาของนักเรียน และความรู้เรื่องโทษของยาบ้า ตัวแปรตาม คือ ผลการตรวจปัสสาวะ ว่าพบหรือไม่พบยาบ้า

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ descriptive statistic คือ จำนวน และร้อยละ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา และใช้ chi-square test สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสมมติฐาน

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัย ใช้เวลาประมาณ 6 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่ ตุลาคม 2538 ถึง มีนาคม 2539

ผลการศึกษา

ในจังหวัดสมุทรสงครามมีสถานศึกษาที่เปิดสอนในระดับมัธยมศึกษา ทั้งหมด 28 แห่ง ได้รับความร่วมมือเก็บตัวอย่างปัสสาวะจาก 25 โรงเรียน อยู่ในอำเภอเมือง 10 แห่ง อำเภออัมพวา 9 แห่ง และอำเภอบางคนที 6 แห่ง ถ้าแยกตามสังกัด จะพบว่า สังกัดกรมอาชีวศึกษา (อาชีวฯ) 1 แห่ง สังกัดสามัญศึกษาจังหวัด (สามัญฯ) 7 แห่ง ซึ่งมีทั้งในระดับมัธยมต้น และมัธยมปลาย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด (สพจ.) 11 แห่ง สังกัดเทศบาล 1 แห่ง ซึ่งจะมีแต่ในระดับมัธยมต้น เท่านั้น สถานศึกษาเอกชน 3 แห่ง จะมีแต่ในระดับมัธยมต้น เช่นกัน เก็บตัวอย่างปัสสาวะจากนักเรียนทั้งหมด 907 คน แบ่งเป็นนักเรียนในเขตเมือง 539 คน และเขตชนบท 368 คน เป็นเพศชาย 808 คน เพศหญิง 99 คน รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนสถานศึกษา และจำนวนนักเรียนที่เก็บตัวอย่างปัสสาวะ จำแนกตามเขตท้องที่ และสังกัดของสถานศึกษา

เขตท้องที่	สังกัด	จำนวนโรงเรียนที่เก็บตัวอย่าง(แห่ง)			จำนวนนักเรียนที่เก็บตัวอย่าง(คน)		
		เขตเมือง	เขตชนบท	รวม	เขตเมือง	เขตชนบท	รวม
อ.เมือง	อาชีวฯ	1	0	1	60	0	60
	สามัญฯ	1	1	2	197	102	299
	สปจ.	2	3	5	23	35	58
	เทศบาล	1	0	1	20	0	20
	เอกชน	1	0	1	30	0	30
อ.อัมพวา	สามัญฯ	2	2	4	209	45	254
	สปจ.	0	4	4	0	42	42
	เอกชน	0	1	1	0	7	7
อ.บางคนที	สามัญฯ	0	3	3	0	97	97
	สปจ.	0	2	2	0	20	20
	เอกชน	0	1	1	0	20	20
รวม		8	17	25	539	368	907

นักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก ตรวจพบเป็นเมทแอมเฟตามีนทั้งหมด

นักเรียนที่สังกัดกรมอาชีวศึกษา ที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก ร้อยละ 15.0 ของ นักเรียน

ที่สังกัดกรมอาชีวศึกษาทั้งหมด ซึ่งไม่ต่างกับ นักเรียนที่สังกัดสามัญศึกษาจังหวัด ในระดับชั้น เดียวกัน ที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก ร้อย ละ 4.8 รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนระดับมัธยมปลาย ที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำแนกตามสังกัดของสถานศึกษา

สังกัด	ผลการตรวจเป็นบวก	ผลการตรวจเป็นลบ	รวม
กรมอาชีวศึกษา	9 (15.0)	51 (85.0)	60 (100.0)
สามัญศึกษา	11 (4.8)	113 (95.2)	232 (100.0)
รวม	20 (6.8)	164 (93.1)	292 (100.0)

$$X^2 = 1.3298$$

$$p \text{ value} = 0.2$$

นักเรียนระดับมัธยมต้นที่สังกัดสามัญ ศึกษาจังหวัด ที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก ร้อยละ 3.1 ของนักเรียนที่สังกัดสามัญศึกษา จังหวัดทั้งหมด ซึ่งไม่ต่างกับนักเรียนในสังกัดอื่น คือ

สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด เทศบาล และ เอกชน ที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก ร้อยละ 3.0 รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำแนกตามสังกัดของสถานศึกษา

สังกัด	ผลการตรวจเป็นบวก	ผลการตรวจเป็นลบ	รวม
สามัญศึกษา	13 (3.1)	405 (96.9)	418 (100.0)
สังกัดอื่น	6 (3.0)	191 (97.0)	197 (100.0)
รวม	19 (3.1)	596 (96.9)	615 (100.0)
$X^2 = 0.0000$		p value = 0.995	

นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปละยั้งหัด ซึ่งรวม ร้อยละ 6.8 ซึ่งมากกว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปละยั้งหัดในสังกัดกรมอาชีวศึกษา และสามัญศึกษาจังหวัด มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก ร้อยละ 3.1 รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนักเรียน ที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ผลการตรวจเป็นบวก	ผลการตรวจเป็นลบ	รวม
มัธยมศึกษาปละยั้งหัด	20 (6.8)	272 (93.2)	292 (100.0)
มัธยมศึกษาปละยั้งหัด	19 (3.1)	596 (96.9)	615 (100.0)
รวม	39 (4.3)	868 (95.7)	907 (100.0)
$X^2 = 5.9189$		p value = 0.0150	

นักเรียนในเขตเมืองยั้งหัด ซึ่งรวมยั้งหัด ซึ่งไม่ต่างกับนักเรียนในเขตชนบทซึ่งประกอบด้วย นักเรียนที่สังกัดสามัญศึกษาจังหวัด สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด เทศบาล และเอกชน มีผลการตรวจ ปัสสาวะเป็นบวก ร้อยละ 3.1 ซึ่งไม่ต่างกับนักเรียนในเขตชนบทซึ่งประกอบด้วย นักเรียนที่สังกัดสามัญศึกษาจังหวัด สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด และเอกชน ที่มีผลการตรวจ ปัสสาวะเป็นบวก ร้อยละ 5.8 รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของนักเรียน ที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท

เขต	ผลการตรวจเป็นบวก	ผลการตรวจเป็นลบ	รวม
เขตเมือง	16 (3.1)	493 (96.9)	509 (100.0)
เขตชนบท	23 (5.8)	375 (94.2)	398 (100.0)
รวม	39 (4.3)	868 (95.7)	907 (100.0)
$X^2 = 3.1567$		p value = 0.0756	

นักเรียนที่เก็บตัวอย่างปัสสาวะทั้งหมด 907 คน พบว่าผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก 39 คน (ร้อยละ 4.3) เป็นชาย 36 คน และหญิง 3 คน นักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวกมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 19 ปีขึ้นไป เรียนชั้น ม. 6 เกรดเฉลี่ย ต่ำกว่า 2.99 รายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำแนกตามสถานภาพของบุคคล

สถานภาพของบุคคล	ผลการตรวจเป็นบวก	ผลการตรวจเป็นลบ	รวม
1. เพศ			
ชาย	36 (4.5)	772 (95.5)	808 (100.0)
หญิง	3 (3.1)	96 (96.9)	99 (100.0)
2. อายุ			
12 - 15	21 (3.5)	578 (96.4)	599 (100.0)
16 - 18	12 (4.3)	264 (95.7)	276 (100.0)
19 ปีขึ้นไป	6 (18.8)	26 (81.2)	32 (100.0)
3. ชั้นเรียน			
ม. 1	3 (2.9)	99 (97.1)	102 (100.0)
ม. 2	5 (2.8)	176 (97.2)	181 (100.0)
ม. 3	11 (3.3)	321 (96.7)	332 (100.0)
ม. 4	6 (5.4)	105 (94.6)	111 (100.0)
ม. 6	7 (8.5)	75 (91.5)	82 (100.0)
4. เกรดเฉลี่ย			
น้อยกว่า 1	1 (2.4)	40 (97.6)	41 (100.0)
1.01 - 1.49	4 (3.1)	124 (96.9)	128 (100.0)
1.50 - 1.99	7 (3.4)	201 (96.6)	208 (100.0)
2.00 - 2.49	9 (4.8)	178 (95.2)	187 (100.0)
2.50 - 2.99	4 (4.4)	86 (95.6)	90 (100.0)
3.00 - 3.49	0	22 (100.0)	22 (100.0)
3.50 - 4.00	0	12 (100.0)	12 (100.0)
ไม่ตอบ	14 (6.4)	205 (93.6)	219 (100.0)
รวม	39 (4.3)	868 (95.7)	907 (100.0)

นักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก มีบิดาและมารดามีอาชีพรับราชการมากที่สุด (ร้อยละ 9.6 และ 11.8 ตามลำดับ) บิดาและมารดาอยู่ร่วมกัน อาศัยอยู่กับญาติ มีสมาชิกในครอบครัว 1 - 3 คน รายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำแนกตามอาชีพของบิดามารดา และการพักอาศัย

อาชีพของบิดามารดา	ผลการตรวจเป็นบวก	ผลการตรวจเป็นลบ	รวม
1. อาชีพของบิดา			
รับราชการ	8 (9.6)	75 (90.4)	83 (100.0)
รับจ้าง	4 (2.6)	150 (97.4)	154 (100.0)
ค้าขาย	13 (2.3)	129 (97.7)	132 (100.0)
เกษตรกรรม	16 (4.2)	361 (95.8)	377 (100.0)
ประมง	5 (4.7)	102 (95.3)	107 (100.0)
อื่นๆ	3 (5.5)	51 (94.5)	54 (100.0)
2. อาชีพของมารดา			
รับราชการ	6 (11.8)	45 (88.2)	51 (100.0)
รับจ้าง	6 (2.6)	228 (97.4)	234 (100.0)
ค้าขาย	6 (4.5)	128 (95.5)	134 (100.0)
เกษตรกรรม	13 (4.0)	312 (96.0)	325 (100.0)
ประมง	7 (4.9)	136 (95.1)	143 (100.0)
อื่นๆ	1 (5.0)	19 (95.0)	20 (100.0)
3. สถานภาพของบิดาและมารดา			
บิดาและมารดาอยู่ร่วมกัน	32 (4.8)	638 (95.2)	670 (100.0)
บิดาและมารดาหย่าร้างกัน	3 (2.7)	109 (97.3)	112 (100.0)
บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต	2 (2.7)	72 (97.3)	74 (100.0)
บิดาและมารดาแยกกันอยู่	2 (3.9)	49 (96.1)	51 (100.0)
4. การพักอาศัยกับผู้ปกครอง			
อยู่กับบิดาและมารดา	19 (3.6)	502 (96.4)	521 (100.0)
อยู่กับบิดาหรือมารดา	9 (5.2)	163 (94.8)	172 (100.0)
อยู่กับญาติ	9 (5.9)	144 (94.1)	153 (100.0)
อื่นๆ	2 (3.3)	59 (96.7)	61 (100.0)
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว			
1 - 3 คน	12 (7.4)	151 (92.6)	163 (100.0)
4 - 6 คน	21 (3.6)	565 (96.4)	586 (100.0)
7 - 9 คน	6 (3.8)	152 (96.2)	158 (100.0)
รวม	39 (4.3)	868 (95.7)	907 (100.0)

นักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จะมีรายได้ที่ผู้ปกครองให้ในช่วงวันละ 41 - 50 บาท และ 21 - 30 บาท (ร้อยละ 5.7 และ 5.1 ตามลำดับ) มีรายได้พิเศษ ร้อยละ 3.3 ซึ่งรายได้พิเศษส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 31 - 40 บาท ต่อวัน (ร้อยละ 16.7) รายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำแนกตามการมีรายได้

การมีรายได้(บาท)	ผลการตรวจเป็นบวก	ผลการตรวจเป็นลบ	รวม
1. รายได้ที่ผู้ปกครองให้ต่อวัน			
น้อยกว่า 20	10 (3.1)	311 (96.9)	321 (100.0)
21 - 30	15 (5.1)	280 (94.9)	295 (100.0)
31 - 40	6 (4.3)	133 (95.7)	139 (100.0)
41 - 50	6 (5.7)	100 (94.3)	106 (100.0)
มากกว่า 50	0	46 (100.0)	46 (100.0)
2. รายได้พิเศษต่อวัน			
ไม่มี	35 (4.5)	748 (95.5)	783 (100.0)
น้อยกว่า 20	0	25 (100.0)	25 (100.0)
21 - 30	1 (5.9)	16 (94.1)	17 (100.0)
31 - 40	1 (16.7)	5 (83.3)	6 (100.0)
41 - 50	1 (5.6)	17 (94.4)	18 (100.0)
มากกว่า 50	1 (1.7)	57 (98.3)	58 (100.0)
รวม	39 (4.3)	868 (95.7)	907 (100.0)

นักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก ตอบว่า ใน 2 - 3 วันที่ผ่านมา ได้กินยา ร้อยละ 8.1 ส่วนใหญ่ของยาที่กินคือ ยาชุดและยาแก้หวัด (ร้อยละ 13.3 และ 11.5 ตามลำดับ) และกินในช่วงเวลาภายใน 1 วัน รายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำแนกตามการกินยา

การกินยา	ผลการตรวจเป็นบวก	ผลการตรวจเป็นลบ	รวม
1. การกินยาใน 2-3 วันที่ผ่านมา			
ไม่ได้กิน	15 (2.6)	566 (97.4)	581 (100.0)
กิน	20 (8.1)	227 (91.9)	247 (100.0)
จำไม่ได้	4 (5.1)	75 (94.9)	79 (100.0)
2. ยาที่กิน			
ยาแก้ไอ	6 (6.9)	81 (93.1)	87 (100.0)
ยาแก้หวัด	7 (11.5)	54 (88.5)	61 (100.0)
ยาแก้ไอ	2 (6.3)	30 (93.8)	32 (100.0)
ยาชุด	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)
ไม่ได้กิน/จำไม่ได้/อื่นๆ	22 (3.1)	690 (96.9)	712 (100.0)
3. เวลาที่กินยาค้างสุดท้าย			
ภายใน 1 ชั่วโมง	1 (7.7)	12 (92.3)	13 (100.0)
ภายในวันนี้	3 (9.4)	29 (90.6)	32 (100.0)
ภายในเมื่อวานนี้	12 (13.0)	80 (87.0)	92 (100.0)
ภายใน 2 วันที่ผ่านมา	1 (1.5)	65 (98.5)	66 (100.0)
มากกว่า 2 วัน	1 (2.9)	34 (97.1)	35 (100.0)
จำไม่ได้/ไม่ได้กิน	21 (3.1)	648 (96.9)	669 (100.0)
รวม	39 (4.3)	868 (95.7)	907 (100.0)

นักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก ส่วนใหญ่จะทราบว่า ยาน้ำมีโทษ (ร้อยละ 74.4) และโทษของยาน้ำที่นักเรียนตอบมากที่สุด คือ ประสาทหลอน สุขภาพเสื่อมโทรม คลุ้มคลั่ง และเสียเงิน รายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำแนกตามการทราบโทษของยาน้ำ

การทราบโทษของยาน้ำ	ผลการตรวจเป็นบวก	ผลการตรวจเป็นลบ	รวม
ทราบ	30 (4.4)	645 (95.6)	675 (100.0)
ไม่ทราบ	9 (3.9)	223 (96.1)	232 (100.0)
รวม	39 (4.3)	868 (95.7)	907 (100.0)

โทษของยาบ้า ที่นักเรียนตอบมากที่สุด 10 อันดับ คือ

1. ประสาทหลอน
2. สุขภาพเสื่อมโทรม
3. คลุ้มคลั่ง
4. เสียเงิน
5. กดประสาท
6. ขาดสติ
7. อ่อนเพลีย
8. สมองเลื่อม
9. เกิดอุบัติเหตุ
10. ตาย

สรุปผลการศึกษาวิจัย

โรงเรียนที่สอนในระดับมัธยมในจังหวัดสมุทรสงคราม มีทั้งหมด 28 แห่ง สังกัดกรมอาชีวศึกษา 1 แห่ง สำนัฏศึกษาจังหวัด 10 แห่ง สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด 13 แห่ง เทศบาล 1 แห่ง และเอกชน 3 แห่ง ได้รับความร่วมมือเก็บปัสสาวะตรวจสอบ 25 แห่ง รวม 907 คน เป็นชาย 808 คน หญิง 99 คน

ผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก พบเป็นเมทแอมเฟตามีนทั้งหมด 39 คนเป็นชาย 36 คน และหญิง 3 คน นักเรียนระดับมัธยมปลาย จะเสพยาบ้า มากกว่านักเรียนระดับมัธยมต้นโดยพบการเสพในนักเรียนชั้น ม.6 มากที่สุด กลุ่มที่พบการเสพมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 19 ปี ขึ้นไป มีบิดาและมารดามีอาชีพรับราชการมากที่สุด บิดาและมารดาอยู่ร่วมกัน อาศัยอยู่ร่วมกับญาติ และมีสมาชิกในครอบครัว 1 - 3 คน จะมีรายได้ที่ผู้ปกครองให้ให้อยู่ในช่วงวันละ 41 - 50 บาท และ 21 - 30 บาท มีรายได้พิเศษร้อยละ 3.3 ซึ่งรายได้พิเศษส่วนใหญ่ จะอยู่ในช่วง 31 - 40 บาท ต่อ

นักเรียนที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวกตอบว่า ใน 2 - 3 วันที่ผ่านมา ได้กินยา ร้อยละ 8.1 ส่วนใหญ่ของยาที่กินคือ ยาชุดและยาแก้หวัด และภายใน 1 วันที่ผ่านมา นักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.4) ทราบว่ายาบ้ามีโทษ และโทษของยาบ้า ที่นักเรียนตอบมากที่สุด คือ ประสาทหลอน สุขภาพเสื่อมโทรม คลุ้มคลั่ง และเสียเงิน ตามลำดับ

อภิปรายและเสนอแนะ

นักเรียนที่พบว่ามีการใช้ยาบ้า จะมีลักษณะเรียนไม่เก่ง อายุค่อนข้างมาก (มากกว่ามาตรฐานทั่วไป) เรียนชั้นสูงๆ ในขณะที่ สถานภาพของครอบครัว คือ อาชีพของบิดาและมารดา การอยู่ร่วมกันของบิดาและมารดา การพักอาศัยกับผู้ปกครอง ขนาดของครอบครัวและการมีรายได้ของนักเรียน ไม่มีผลต่อการเสพยาบ้าของนักเรียน การที่นักเรียนจะมีความรู้เรื่องโทษของยาบ้าหรือไม่ ไม่มีผลต่อการเสพยาบ้าของนักเรียน นั่นคือแม้ว่านักเรียนจะทราบว่ายาบ้ามีโทษต่อร่างกาย ก็ยังเสพ

การตรวจหาหยาบ้าในปัสสาวะ ด้วยชุดทดสอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จะได้ ผลบวกปลอม (false positive) และผลลบปลอม (false negative) มาก จึงต้องใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างสูงในการตรวจสอบ และควรตรวจยืนยันผลในห้องปฏิบัติการซ้ำทุกครั้ง

การสอบถามเรื่องการใช้ยาจากนักเรียน อาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงอาจใช้วิธีสุ่มตรวจปัสสาวะนักเรียนเป็นครั้งคราว เพื่อเป็นการป้องปรามไม่ให้นักเรียนใช้ยาบ้า ควรสอบถามวิธีป้องกันการใช้ยาเสพติดที่นักเรียนชอบ และจัดกิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของนักเรียน โดยให้นักเรียนมีส่วนร่วมมากที่สุด อาจกระตุ้นให้

ผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก พบเป็นเมทแอมเฟตามีน
ทั้งหมด 39 คน เป็นชาย 36 คน และ หญิง 3 คน
นักเรียนระดับมัธยมปลายจะเสพยาบ้ามากกว่านักเรียน
ระดับมัธยมต้น โดยพบการเสพยาในนักเรียนชั้น ม.6 มากที่สุด
กลุ่มที่พบการเสพยามากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 19 ปีขึ้นไป

นักเรียนมีการแข่งขันระหว่างกัน ในการป้องกัน
ตนเองและเพื่อนไม่ให้ติดยาเสพติด

กติกรรูปประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
สมุทรสงคราม ที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอ
ขอบคุณผู้บริหารโรงเรียน 25 แห่ง ที่ให้ความ
ร่วมมือเก็บตัวอย่างปัสสาวะและข้อมูลของนักเรียน
ขอขอบคุณกองวิเคราะห์วัตถุเสพติด กรมวิทยา-
ศาสตร์การแพทย์ ที่ช่วยวิเคราะห์ตัวอย่างปัสสาวะ
และขอขอบคุณ คุณลาวัณย์ กฤติวานิชย์ ที่ช่วย
วิเคราะห์ข้อมูล ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นไป
ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พยงค์ พันธุ์ศรี "สภาพปัญหา ยาเสพติด
ของประเทศไทย และแนวทางแก้ไข ปัญหา ยา
เสพติดระดับจังหวัด" สำนักงานคณะกรรมการ

ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2539 (อัคราณา)

2. ไมตรี วิริยะ "แนวทางในการป้องกัน
และแก้ไข ปัญหา ยาเสพติดในสถานศึกษา"
สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม
ยาเสพติด 2539 (อัคราณา)

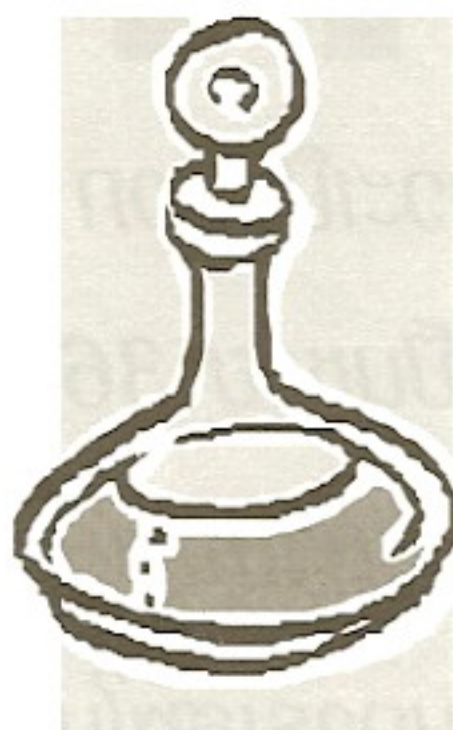
3. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สมุทรสงคราม "รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี
2538" (อัคราณา)

4. มาลิน จุลศิริ "ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยา
เสพติด" คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2539 (อัคราณา)

5. วรงค์ บุญช่วย "การตรวจพิสูจน์ยาบ้า
เบื้องต้น" กองวิเคราะห์วัตถุเสพติด กรม
วิทยาศาสตร์การแพทย์ 2539 (อัคราณา)

6. Ainley Wade Martindale The Extra
Pharmacopoeia 30th ed. The Pharmaceuti-
cal Press : London, 1992





การสำรวจการแสดงฉลากภาษาไทย ของเครื่องสำอาง

ก.ญ.ยุพา เกียงอวิช

การศึกษาเรื่องฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอางในท้องตลาด โดยวิธีการสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid Survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอางที่จำหน่ายในท้องตลาด นำผลการสำรวจที่ได้มาวิเคราะห์สภาพปัญหาฉลากเครื่องสำอางในปัจจุบัน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องทิศทาง โดยใช้ผู้สำรวจจากการควบคุมเครื่องสำอาง และแบบสำรวจที่สร้างขึ้นด้วยการบรรจุคำถามตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2536) เรื่องฉลากของเครื่องสำอาง และประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2539) เรื่องฉลากของเครื่องสำอาง 9 ฉบับที่ 3) แบบสำรวจ 1 ชุด ต่อเครื่องสำอาง 1 ตัวอย่าง สุ่มจากการแสดงฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอางในท้องตลาดทั้งหมด 1,028 ตัวอย่าง จากนั้นนำมาวิเคราะห์

ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ผลการศึกษาพบว่าเครื่องสำอางที่ผลิตในประเทศไทย มีการแสดงฉลากภาษาไทยร้อยละ 98.59 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทยร้อยละ 1.41 ส่วนเครื่องสำอางที่นำเข้าจากต่างประเทศมีการแสดงฉลากภาษาไทยร้อยละ 80.41 ไม่มีฉลากภาษาไทยร้อยละ 19.59 เครื่องสำอางควบคุมพิเศษมีการแสดงฉลากภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศ ฯ ที่กำหนด ร้อยละ 83.61 ไม่ครบถ้วนตามประกาศ ฯ ที่กำหนดร้อยละ 13.11 ไม่มีฉลากภาษาไทยร้อยละ 3.28 เครื่องสำอางควบคุมมีการแสดงฉลากภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศฯที่กำหนด ร้อยละ 49.29 ไม่ครบถ้วนตามประกาศฯที่กำหนดร้อยละ 49.29 ไม่มีฉลากภาษาไทยร้อยละ 1.42 เครื่องสำอางทั่วไปมีการแสดงฉลากภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศฯที่กำหนดร้อยละ 50.06 ไม่ครบถ้วนตามประกาศฯที่กำหนดร้อยละ 40.63 ไม่มีฉลากภาษาไทยร้อยละ 9.31

จากข้อมูลผลการศึกษารูปได้ว่าตัวชี้วัด
การแสดงผลภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศ
ที่กำหนดของเครื่องสำอางควบคุมพิเศษ มี
สัดส่วนที่มากกว่าเครื่องสำอางควบคุม (>1.70 เท่า)
และเครื่องสำอางควบคุมมีสัดส่วนใกล้เคียงกับครี
งสำอางทั่วไป ทั้งนี้มีผลมาจากกฎหมาย
กำหนดให้มีการกำกับดูแลเครื่องสำอางควบคุม
พิเศษ ก่อนออกสู่ท้องตลาด (Pre-marketing) ซึ่ง
เครื่องสำอางควบคุมและเครื่องสำอางทั่วไปไม่มี
การกำกับดูแลก่อนออกสู่ท้องตลาด (Pre-market-
ing) เว้นแต่ผู้ประกอบการมีความประสงค์ที่จะขอ
ความเห็นในการใช้ฉลากเครื่องสำอาง ตาม
กฎหมายจะเน้นการกำกับดูแลเครื่องสำอางที่
จำหน่ายในท้องตลาด (Post-marketing)

បកប្រែ

ฉลากเครื่องสำอางเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้บริโภคมาแสดงให้เห็นทราบถึงรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญเกี่ยวกับเครื่องสำอาง สำหรับใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริโภคประกอบการพิจารณาตัดสินใจที่จะเลือกซื้อเครื่องสำอางได้อย่างถูกต้องปลอดภัยและเป็นธรรม (4) หากมีการแสดงข้อความภาษาไทยบนฉลากเครื่องสำอางในทางโอ้อวด หลอกลวง เป็นเท็จ ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง ก็อาจทำให้ผู้บริโภคอ่านแล้วคล้อยตาม ตัดสินใจเลือกซื้อมาใช้ ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยและไม่เป็นธรรม ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 เครื่องสำอางทุกประเภท คือ เครื่องสำอางควบคุมพิเศษ เครื่องสำอางควบคุม และเครื่องสำอางทั่วไป เป็นเครื่องสำอางที่มีการควบคุมฉลาก⁽¹⁾ ลักษณะของ

ฉลากเครื่องสำอางทุกประเภทต้องเป็นไปตาม
ประกาศที่กำหนด^{(2), (3)}

ในปัจจุบันเครื่องสำอางที่จำหน่ายอยู่ใน
ท้องตลาดมีปัญหาเกี่ยวกับการแสดงฉลากภาษาไทย
นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะ
เครื่องสำอางที่ลักลอบการนำเข้า ซึ่งไม่สามารถ
แจ้งแหล่งกำเนิดการผลิตหรือนำเข้าที่แท้จริงไว้ที่
ฉลากได้ ประกอบกับผู้บริโภคมีค่านิยม ทศนคติ
และพฤติกรรมการบริโภคที่ตอบรับการลักลอบ
การนำเข้าเครื่องสำอาง จึงทำให้ธุรกิจการนำเข้าที่
แท้จริงไว้ที่ฉลากได้ ประกอบกับผู้บริโภคมีค่านิยม
ทศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคที่ตอบรับกับ
การลักลอบการนำเข้าเครื่องสำอาง จึงทำให้ธุรกิจ
การนำเข้าอย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมายมีมากขึ้น
อีกกลุ่มหนึ่งเป็นเครื่องสำอางราคาถูกที่ขายตาม
ตลาดนัด หรือขายตามแผงลอย เครื่องสำอาง
เหล่านั้น ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทยหรือมี
ฉลากภาษาไทยแต่ข้อความไม่ครบถ้วนตาม
ประกาศที่กำหนด อาจเนื่องจากไม่กล้าเปิดเผย
แหล่งผลิตที่แท้จริง แสดงถึงเจตนาที่ไม่มีการ
รับผิดชอบต่อสังคม ถึงแม้เครื่องสำอางที่นำเข้า
อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ก็ยังพบว่าไม่มีการ
แสดงฉลากภาษาไทย หรือมีแต่ไม่ครบถ้วนด้วย
สาเหตุที่ว่าทำให้เครื่องสำอางดูไม่สวยงาม ไม่
ดึงดูดความสนใจของลูกค้า ทำให้คุณค่าน้อยลง
เครื่องสำอางที่ผลิตในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน
ยังพบว่ามีการแสดงฉลากภาษาไทยไม่ครบถ้วน
ตามประกาศที่กำหนด หรือมีการแสดงฉลากที่
โอ้อวดเกินความจริง เพื่อดึงดูดความสนใจต่อ
สุขภาพ ไม่สามารถหาสาเหตุ หรือหาผู้รับผิดชอบ

จากการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการตรวจสอบฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอาง ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2517 และ พ.ศ. 2535 ไม่พบว่ามี การสรุปผลการตรวจสอบ การแสดงข้อความภาษาไทยบนฉลากเครื่องสำอาง ข้อความนั้นถูกต้องหรือไม่ โอ้อวดหรือไม่ระบุ ข้อความที่แท้จริงหรือไม่ ออกมาเป็นรูปธรรมในเชิงคณิตศาสตร์หรือเชิงคณิตศาสตร์หรือเชิงสถิติ แต่อย่างไร

ด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการกำกับดูแลและการคุ้มครองผู้บริโภค กองควบคุมเครื่องสำอาง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงได้ดำเนินการ “สำรวจการแสดงฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอางในท้องตลาด” ด้วยวิธีการแบบเร่งด่วน (Rapid survey) เพื่อประเมินสถานการณ์ฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอางว่ามี การแสดงฉลากภาษาไทยหรือไม่ ถ้าหากว่ามี ถูกต้องครบถ้วนตามประกาศที่กำหนดหรือไม่ในเชิงคณิตศาสตร์และเชิงสถิติ อันจะส่งผลให้กำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ถูกทิศทาง ทำให้เครื่องสำอางที่จำหน่ายในท้องตลาดถูกต้องตามกำหนดมากขึ้น มีคุณภาพดี และปลอดภัยในการใช้

นิยามศัพท์

ข้อความฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอาง หมายถึง ข้อความภาษาไทยตามประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2536) เรื่องฉลากของเครื่องสำอางและประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2539) เรื่องฉลากของเครื่องสำอาง (ฉบับที่ 3)

ในท้องตลาด หมายถึง พื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 38 เขต และปริมณฑล 2 จังหวัด คือ จั ง หวัดนนทบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ

สถานที่ที่สำรวจ หมายถึง สถานที่ขายปลีกที่ผู้บริโภคสามารถหยิบ เลือกซื้อ ได้ง่าย ได้แก่ ห้างสรรพสินค้า ร้านค้าย่อย/ร้านชำ แผงลอย ตลาดนัดและแผงลอยทั่วไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid Survey) โดยกำหนดพื้นที่สำรวจในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 38 เขต และปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ สถานที่สำรวจมุ่งเน้นถึงสถานที่ที่ผู้บริโภคสามารถเลือกซื้อเครื่องสำอาง ได้ง่าย ได้แก่ ห้างสรรพสินค้า ร้านค้าย่อย/ร้านชำ (รวมถึงร้านขายยาที่มีเครื่องสำอางขาย) แผงลอยตลาดนัด แผงลอยทั่วไป ยกเว้นสถานเสริมความงาม สถานบริหารร่างกายเสริมความงามเพื่อมิให้เป็น การซ้ำซ้อนผู้สำรวจจะถูกกำหนดให้สำรวจชนิด ตัวอย่างเครื่องสำอางที่ไม่ซ้ำกัน เช่น น้ำยาดัดผม แชมพูสระผม ยาสีฟัน ฯลฯ เป็นต้น แต่ทุกเขตมีโอกาสที่จะถูกสำรวจเท่า ๆ กัน การสำรวจฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอางโดยใช้รูปแบบ Non-Probability ด้วยวิธีการเจาะจง (purposive sampling) ชนิดของเครื่องสำอาง แต่มีเงื่อนไขว่าเป็นเครื่องสำอางตัวอย่างเดียว โดยใช้แบบสำรวจเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลการแสดงข้อความภาษาไทยบนฉลากเครื่องสำอางตามประกาศที่กำหนด^{(2),(3)}

ผลการศึกษา

จากการสำรวจเครื่องสำอางในท้องตลาดเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 1,028 ตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบการแสดงข้อความภาษาไทยบนฉลากเครื่องสำอางว่ามีหรือไม่หรือมีข้อความภาษาไทยแต่ถูกต้องครบถ้วนตามประกาศที่กำหนดหรือไม่ โดยใช้สถิติร้อยละและหาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งที่มาของเครื่องสำอาง ประเภทของเครื่องสำอางตามกฎหมายกลุ่มเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย ปรากฏผลดังนี้

1. จากข้อมูลเครื่องสำอางที่สำรวจในท้องตลาดทั้งหมด แบ่งกลุ่มตามแหล่งกำเนิด/แหล่งที่มาของเครื่องสำอางเพื่อหาความสัมพันธ์กับการแสดงฉลากภาษาไทย (รายละเอียดตามตารางที่ 1 และกราฟรูปที่ 1) ปรากฏว่า

1.1 เครื่องสำอางที่ฉลากแจ้งว่าผลิตในประเทศไทย จำนวนตัวอย่างที่สำรวจได้ 707

ตัวอย่าง พบว่า มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 697 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 98.59 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทยจำนวน 10 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 1.41

1.2 เครื่องสำอางที่ฉลากแจ้งว่านำเข้าจากต่างประเทศ จำนวนตัวอย่างที่สำรวจได้ 291 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 234 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80.41 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 57 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 19.59

1.3 เครื่องสำอางที่ฉลากไม่แจ้งแหล่งผลิต/นำเข้า จำนวนตัวอย่างที่สำรวจได้ 30 ตัวอย่าง พบว่า มีการแสดงฉลากภาษาไทยจำนวน 11 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 36.67 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 19 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 63.33

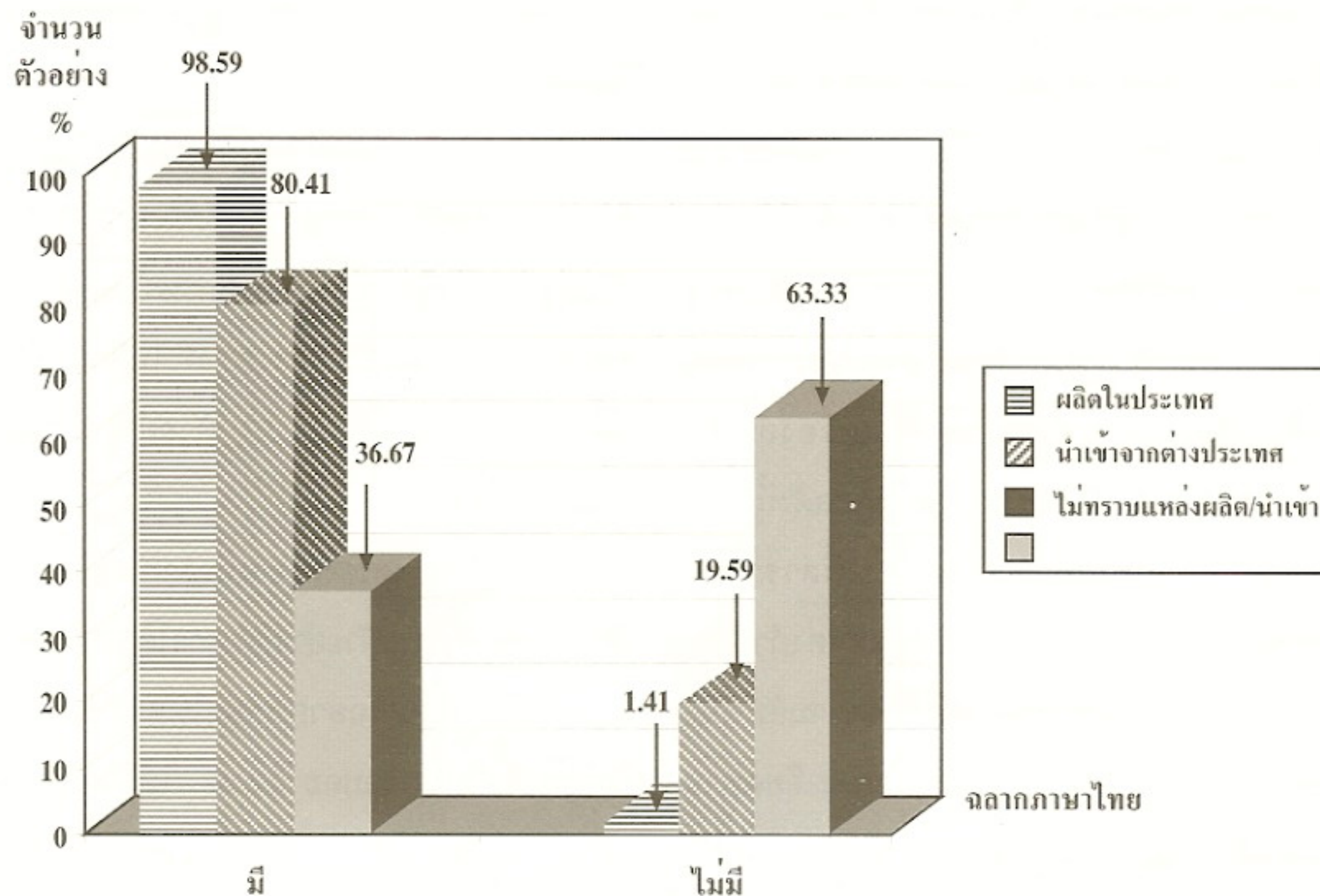
ตารางที่ 1

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งที่มาของเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย

แหล่งที่มาของ เครื่องสำอาง	จำนวน ตัวอย่าง	การแสดงฉลากภาษาไทย	
		มี	ไม่มี
ผลิตในประเทศ	707	697 (98.59%)	10 (1.41%)
นำเข้าจากต่างประเทศ	291	234 (80.41%)	57 (19.59%)
ไม่ทราบแหล่งผลิต/นำเข้า	30	11 (36.67%)	19 (63.33%)

กราฟรูปที่ 1

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งที่มาของเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย



2. จากข้อมูลเครื่องสำอางที่สำรวจในท้องตลาดทั้งหมด แบ่งประเภทเครื่องสำอางตามกฎหมาย (1) เพื่อหาความสัมพันธ์กับการแสดงฉลากภาษาไทย (รายละเอียดตามตารางที่ 2 และกราฟรูปที่ 2 ปรากฏว่า)

2.1 เครื่องสำอางควบคุมพิเศษที่สำรวจจากท้องตลาดจำนวน 61 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 51 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 83.61 มีการแสดงข้อความภาษาไทยไม่ครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 8 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 13.11 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.28

2.2 เครื่องสำอางควบคุมที่สำรวจ

จากท้องตลาด จำนวน 140 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 69 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 49.29 มีการแสดงข้อความภาษาไทยไม่ครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 69 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 49.29 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 1.42

2.3 เครื่องสำอางทั่วไปที่สำรวจจากท้องตลาดจำนวน 827 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 414 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50.06 มีการแสดงข้อความภาษาไทยไม่ครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 336 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 40.63 ไม่มีการแสดงฉลาก จำนวน 77 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 9.31

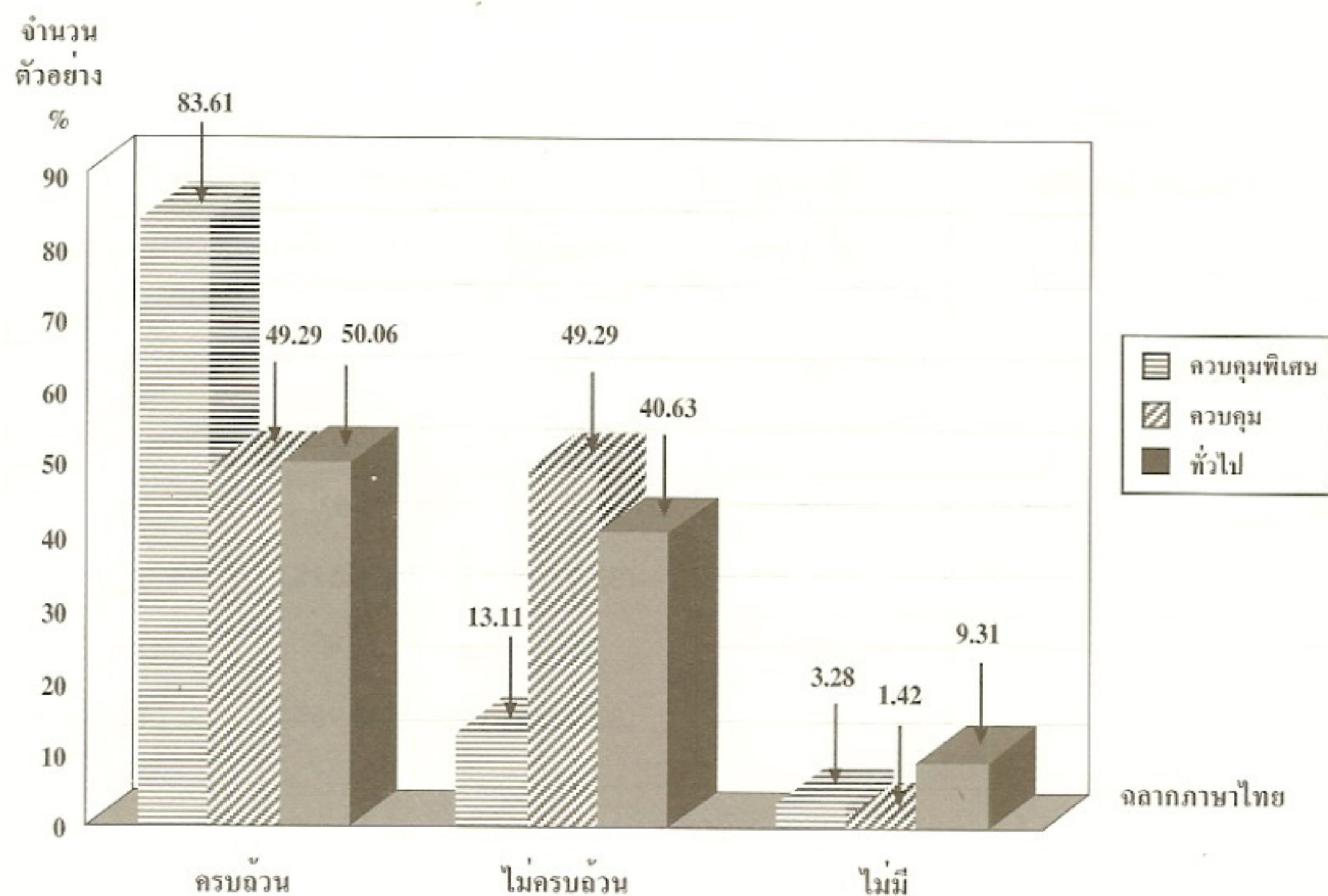
ตารางที่ 2

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย

ประเภทเครื่องสำอาง	จำนวน ตัวอย่าง	การแสดงฉลากภาษาไทย		
		ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ไม่มี
ควบคุมพิเศษ	61	51 (83.61%)	8 (13.11%)	2 (3.28%)
ควบคุม	140	69 (49.29%)	69 (49.29%)	2 (1.42%)
ทั่วไป	827	414 (50.06%)	336 (40.63%)	77 (9.31%)

กราฟรูปที่ 2

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย



3. จากข้อมูลเครื่องสำอางที่สำรวจในท้องตลาด เฉพาะกลุ่มเส้นผมแบ่งประเภทเครื่องสำอางตามกฎหมาย⁽¹⁾ เพื่อหาความสัมพันธ์กับการแสดงฉลากภาษาไทย (รายละเอียดตามตารางที่ 3 และ กราฟรูปที่ 3) ปรากฏว่า

3.1 เครื่องสำอางควบคุมพิเศษ กลุ่มเส้นผม จำนวน 40 ตัวอย่างพบว่า มีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 32 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80 มีการแสดงข้อความภาษาไทยไม่ครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 8 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20

3.2 เครื่องสำอางควบคุม กลุ่มเส้นผม

จำนวน 12 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾

จำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 16.67

3.3 เครื่องสำอางทั่วไป กลุ่มเส้นผม จำนวน 223 ตัวอย่าง พบว่า มีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾

จำนวน 116 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 52.02 มีการแสดงข้อความภาษาไทยไม่ครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 98 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 43.95 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 9 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 4.04

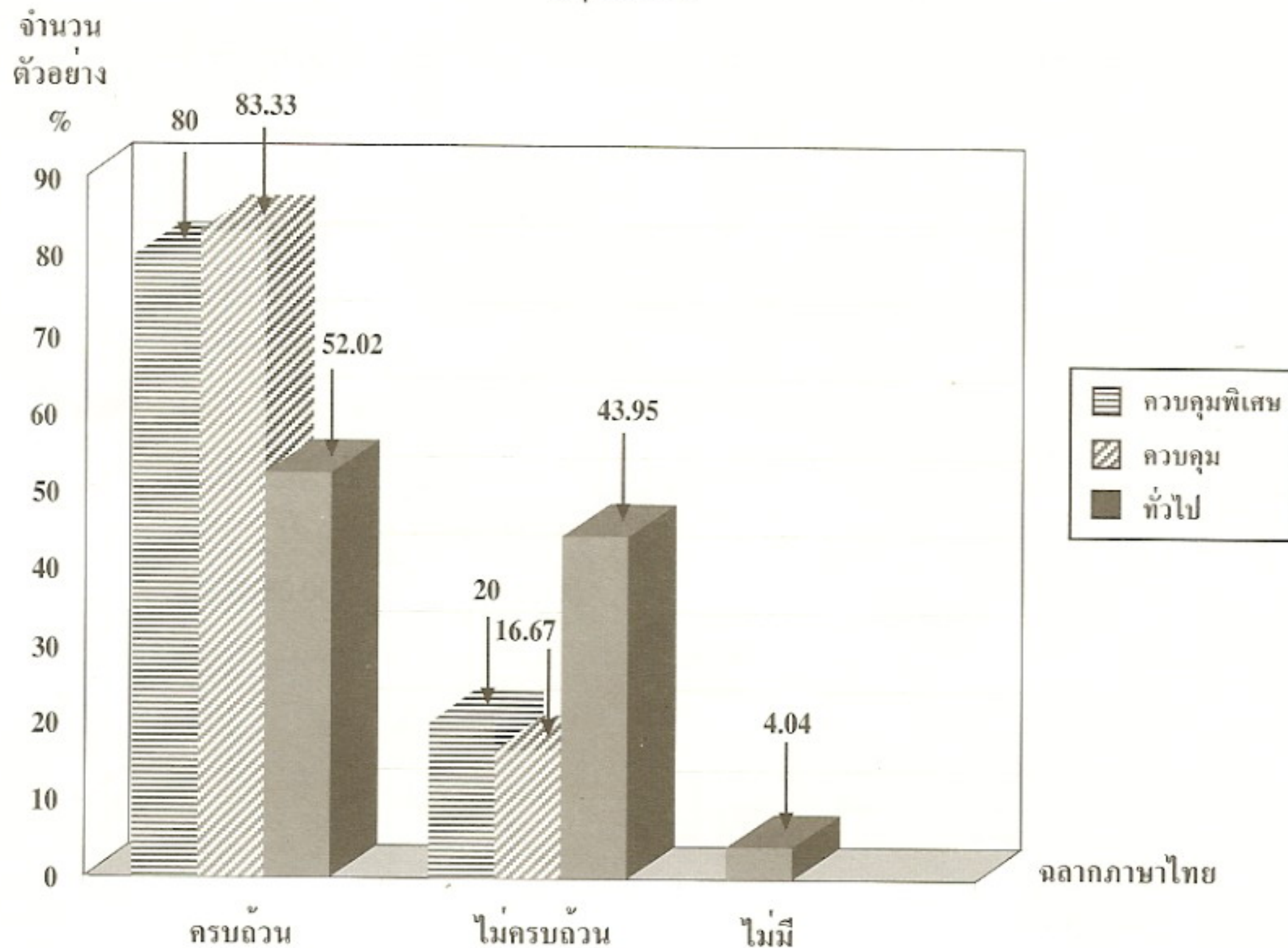
ตารางที่ 3

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย
“กลุ่มเส้นผม”

ประเภทเครื่องสำอาง	จำนวน ตัวอย่าง	การแสดงฉลากภาษาไทย		
		ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ไม่มี
ควบคุมพิเศษ	40	32 (80%)	8 (20%)	-
ควบคุม	12	10 (83.33%)	69 (16.67%)	-
ทั่วไป	223	116 (52.02%)	98 (43.95%)	9 (4.04%)

กราฟรูปที่ 3

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย
กลุ่มเส้นผม



4. จากข้อมูลเครื่องสำอางที่สำรวจในท้องตลาด เฉพาะกลุ่มใบหน้าและช่องปาก แบ่งประเภทเครื่องสำอางตามกฎหมาย⁽¹⁾ เพื่อหาความสัมพันธ์กับการแสดงฉลาก (รายละเอียดตามตารางที่ 4 และกราฟรูปที่ 4) ปรากฏว่า

4.1 เครื่องสำอางควบคุมพิเศษกลุ่มใบหน้าและช่องปาก จำนวน 16 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 14 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 87.5 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 12.5

4.2 เครื่องสำอางควบคุม กลุ่มใบหน้าและช่องปาก จำนวน 25 ตัวอย่าง พบว่ามีการ

แสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 7 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 87.28 มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 16 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 64 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 8

4.3 เครื่องสำอางทั่วไป กลุ่มใบหน้าและช่องปาก จกนวน 256 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 148 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 57.81 มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 77 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 30.08 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 31 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 12.11

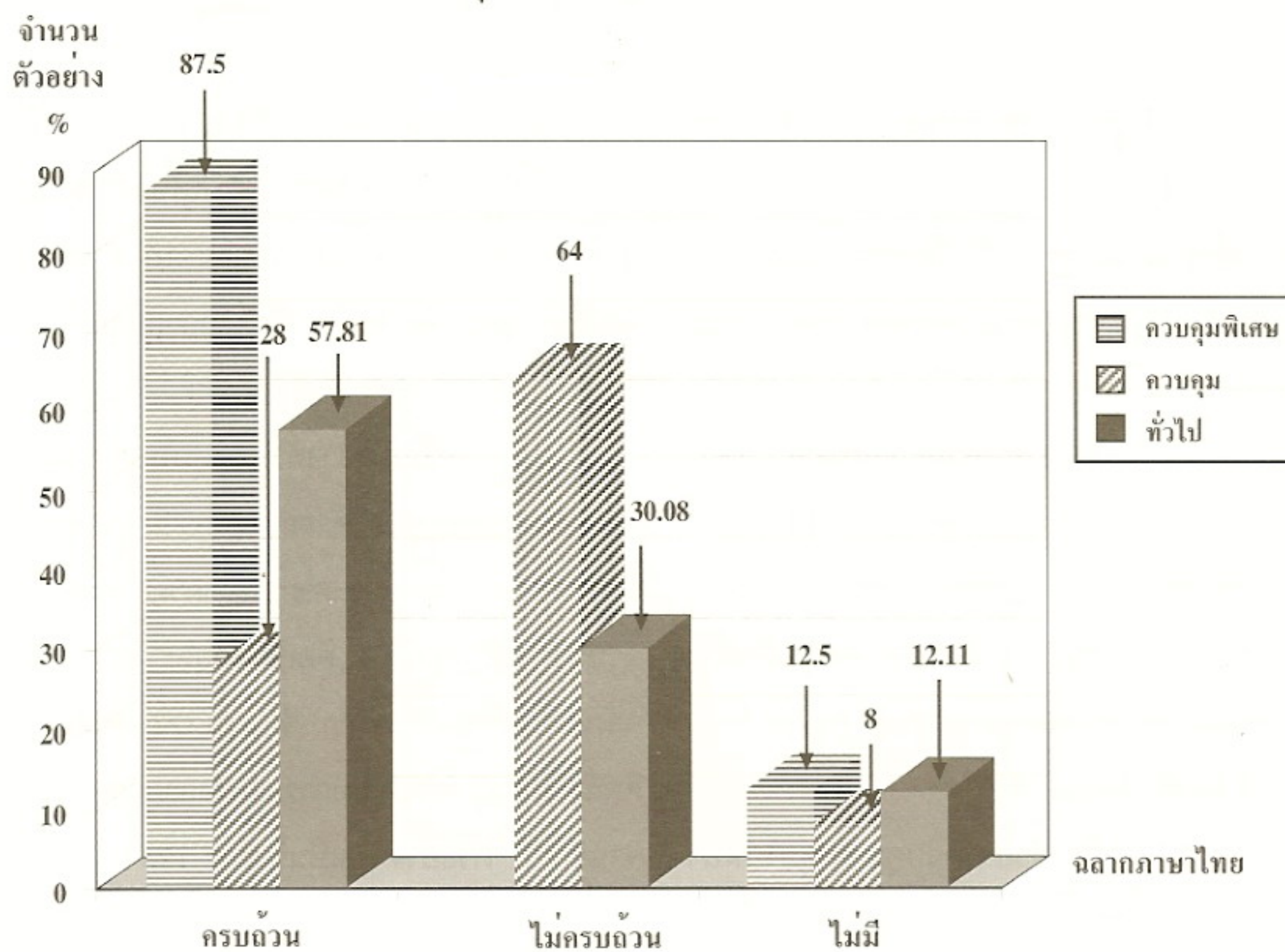
ตารางที่ 4

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย(กลุ่มใบหน้าและช่องปาก”

ประเภทเครื่องสำอาง	จำนวน ตัวอย่าง	การแสดงฉลากภาษาไทย		
		ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ไม่มี
ควบคุมพิเศษ	16	14 (87.5%)	-	2 (12.5%)
ควบคุม	25	7 (28%)	16 (64%)	2 (8%)
ทั่วไป	256	148 (57.81%)	77 (30.08%)	31 (12.11%)

กราฟรูปที่ 4

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย
กลุ่มใบหน้าและช่องปาก



5. จากข้อมูลเครื่องสำอางที่สำรวจในท้องตลาดเฉพาะกลุ่มผิวขาว แบ่งประเภทเครื่องสำอางตามกฎหมาย (1) เพื่อหาความสัมพันธ์กับการแสดงฉลากภาษาไทย (รายละเอียดตามตารางที่ 5 และกราฟรูปที่ 5) ปรากฏว่า

5.1 เครื่องสำอางควบคุมพิเศษกลุ่มผิวขาว จำนวน 5 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วนตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 5 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 100

5.2 เครื่องสำอางควบคุมกลุ่มผิวขาว จำนวน 103 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วน ตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾

จำนวน 52 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50.49 มีการแสดงข้อความภาษาไทยไม่ครบถ้วนตามที่ประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 51 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 49.51

5.3 เครื่องสำอางทั่วไปกลุ่มผิวขาวจำนวน 348 ตัวอย่าง พบว่ามีการแสดงข้อความภาษาไทยครบถ้วน ตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 150 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 43.10 มีการแสดงข้อความภาษาไทยไม่ครบถ้วนตามที่ประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ จำนวน 161 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 46.26 ไม่มีฉลากภาษาไทย จำนวน 37 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 10.63

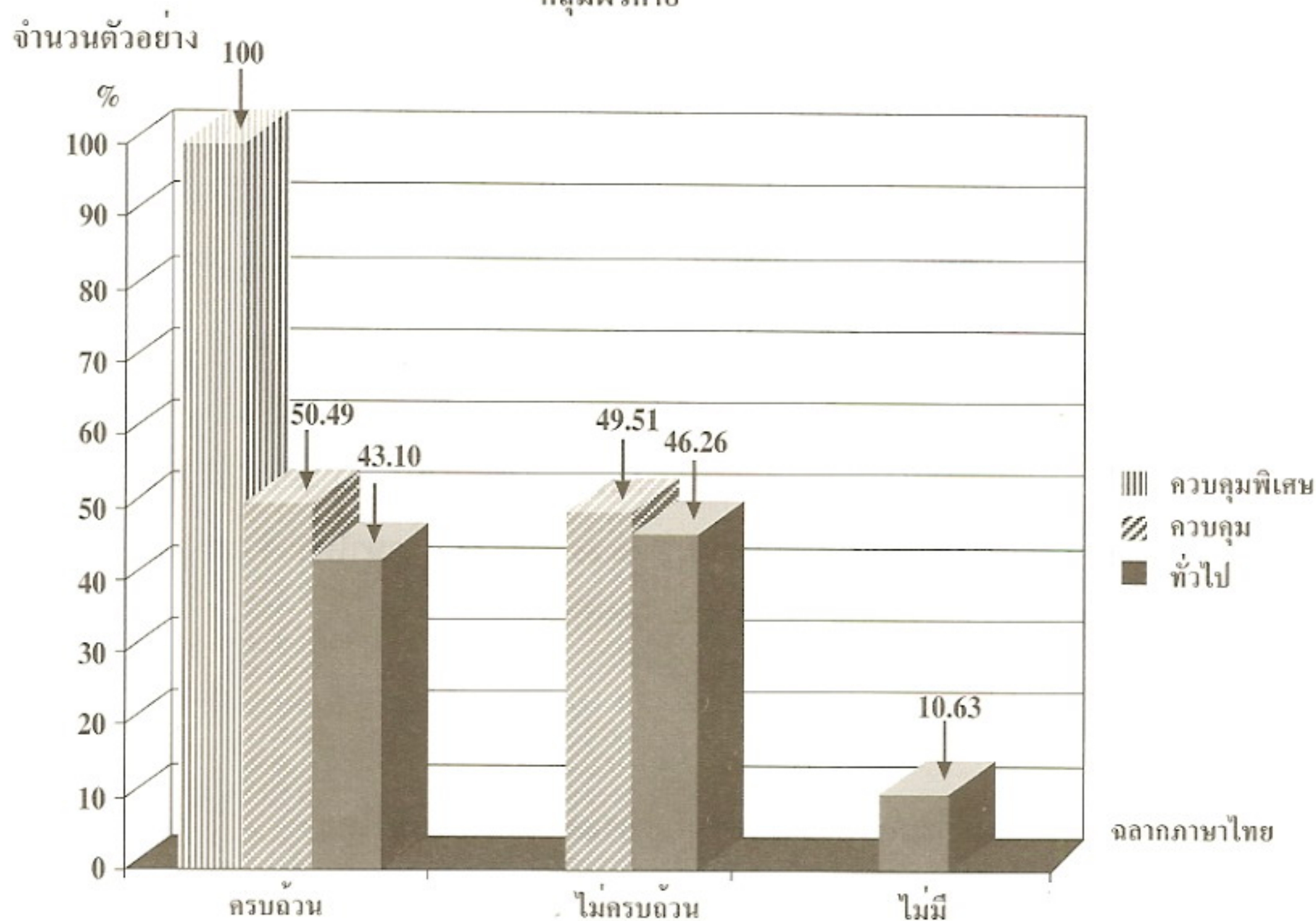
ตารางที่ 5

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย
“กลุ่มผิวขาว”

ประเภทเครื่องสำอาง	จำนวน ตัวอย่าง	การแสดงฉลากภาษาไทย		
		ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ไม่มี
ควบคุมพิเศษ	5	5 (100%)	-	-
ควบคุม	103	52 (50.49%)	51 (49.51%)	-
ทั่วไป	348	150 (43.10%)	161 (46.26%)	37 (10.63%)

กราฟรูปที่ 5

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทเครื่องสำอางกับการแสดงฉลากภาษาไทย
กลุ่มผิวขาว



วิจารณ์ผลการศึกษา

ในการสำรวจการแสดงฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอางในท้องตลาดครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้ไม่ใช่เป็นตัวแทนของเครื่องสำอางที่กระจายอยู่ในท้องตลาดทั่วประเทศ แต่เป็นตัวแทนของเครื่องสำอางที่จำหน่ายในท้องตลาดกรุงเทพมหานครและจังหวัดในบริเวณที่กำหนดเท่านั้นหากจะทำให้ความแม่นยำของข้อมูลเพิ่มมากขึ้น ควรต้องมีการตรวจสอบฉลากภาษาไทยเครื่องสำอางให้ครอบคลุมทั้งสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง สถานที่นำเข้าเครื่องสำอาง และสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางทั่วประเทศ

จากการสำรวจฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอางที่จำหน่ายอยู่ในท้องตลาดจำนวน 1,028

ตัวอย่าง สามารถแยกประเด็นสำคัญ ๆ ได้ดังนี้

1. พิจารณาแหล่งที่มา/แหล่งกำเนิดของเครื่องสำอาง (ตามตารางที่ 1) ปรากฏว่าเครื่องสำอางที่ผลิตในประเทศไทยมีสัดส่วนการจัดทำฉลากภาษาไทยมากกว่าเครื่องสำอางที่นำเข้าจากต่างประเทศ (> 1.23 เท่า) เครื่องสำอางที่ผลิตในประเทศไทยที่ไม่มีฉลากภาษาไทยมีสัดส่วนจำนวนน้อยกว่าจำนวนเครื่องสำอางที่นำเข้าจากต่างประเทศที่ไม่มีฉลากภาษาไทย (< 0.07 เท่า) ยกเว้นเครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและเครื่องสำอางที่ลักลอบนำเข้า

2. พิจารณาตามประเภทเครื่องสำอางตามกฎหมาย (ตามตารางที่ 2) ปรากฏว่าจำนวนใน

การศึกษาเรื่องฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอาง
ในท้องตลาด โดยวิธีการสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid Survey)
มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ฉลากภาษาไทย
ของเครื่องสำอางที่จำหน่ายในท้องตลาด นำผลการสำรวจที่ได้
มาวิเคราะห์สภาพปัญหาฉลากเครื่องสำอางในปัจจุบัน
เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างถูกทิศทาง

แต่ละประเภทของเครื่องสำอางควบคุมพิเศษ เครื่องสำอางควบคุม และเครื่องสำอางทั่วไปไม่เท่ากัน เครื่องสำอางที่กระจายอยู่ในท้องตลาดส่วนใหญ่จัดเป็นเครื่องสำอางทั่วไป รองลงมาจัดเป็นเครื่องสำอางควบคุม และเครื่องสำอางควบคุมพิเศษมีจำนวนน้อยที่สุด ประกอบกับเงื่อนไขในการสำรวจ คือ สถานที่ที่สำรวจเลือกเฉพาะสถานที่ที่ผู้บริโภคสัมผัสกับเครื่องสำอางได้ด้วยมือหรือสายตาได้สะดวกเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจเลือกซื้อ ได้แก่ห้างสรรพสินค้า ร้านค้าย่อย/ร้านชำ แผงลอยตลาดนัด และแผงลอยทั่วไป อีกเงื่อนไขหนึ่งก็คือในการสำรวจหากพบเครื่องสำอางที่มีชื่อเหมือนกัน แตกต่างกันในสี กลิ่น และขนาด ให้อ้างอิงการแสดงผลข้อความภาษาไทยบนฉลากของเครื่องสำอางเหมือนกันหรือไม่ ถ้าเหมือนกันเลือกมา 1 ตัวอย่างเท่านั้น ด้วยเงื่อนไขดังกล่าว ปจึงทำให้เครื่องสำอางควบคุมพิเศษที่สำรวจมา

ได้จำนวนน้อย เนื่องจากเครื่องสำอางควบคุมพิเศษบางผลิตภัณฑ์ เช่น ผลิตภัณฑ์ขจัดขน ผลิตภัณฑ์ฟอกสีผิว ผลิตภัณฑ์ฟอกสีขน และผลิตภัณฑ์ตัดผมบางชนิด ไม่วางจำหน่ายในท้องตลาด จะจำหน่ายในสถานเสริมความงามเท่านั้น

หากเปรียบเทียบการจัดทำข้อความภาษาไทยบนฉลากของเครื่องสำอางตามประกาศที่กำหนด⁽²⁾⁽³⁾ พบว่า เครื่องสำอางควบคุมพิเศษที่มีการจัดทำข้อความภาษาไทยบนฉลากของเครื่องสำอางครบถ้วนตามประกาศที่กำหนดร้อยละ 83.61 เครื่องสำอางควบคุมมีการจัดทำข้อความภาษาไทยบนฉลากของเครื่องสำอางครบถ้วนตามประกาศที่กำหนดร้อยละ 49.29 เครื่องสำอางทั่วไปมีการจัดทำข้อความภาษาไทยบนฉลากของเครื่องสำอางครบถ้วนตามประกาศที่กำหนดร้อยละ 50.06 จากข้อมูลดังกล่าว เครื่องสำอางควบคุมพิเศษมีการจัดทำข้อความภาษาไทยบนฉลากที่

ครบถ้วนในสัดส่วนที่มากกว่า เครื่องสำอางควบคุม และเครื่องสำอางทั่วไป ด้วยเหตุผลที่ว่า

เครื่องสำอางประเภทควบคุมพิเศษตามกฎหมายมีการกำกับดูแลก่อนออกสู่ท้องตลาด (Pre-marketing) จะต้องผ่านขั้นตอนการขึ้นทะเบียนตำรับ หน่วยงานของรัฐเป็นผู้อนุมัติ ปัญหาที่พบบางราย คือมีการจัดทำฉลากภาษาไทย ไม่ตรงกับหน่วยงานของรัฐอนุมัติให้ เช่น บางราย ไม่แสดงชื่อ ประเภท เครื่องสำอางเป็นภาษาไทย บางรายยังมีการแสดงเลขทะเบียนเก่าอยู่ (ทส 99/2538) ซึ่งไม่ถูกต้อง จะต้องมีการทบทวนทะเบียนตำรับตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 แล้วแสดงเลขทะเบียนตำรับใหม่ไว้ในเครื่องหมาย ยย. ที่ฉลากภาษาไทย บางรายมีแสดงแต่ข้อความ “ครั้งที่ผลิต...” ไม่มีตัวเลขหรือตัวอักษร โดยเฉพาะเครื่องสำอางนำเข้าจากต่างประเทศ วันเดือนปีที่ผลิตแจ้งเป็นปีสากล (02/10/95) ซึ่งไม่ถูกต้อง ให้แจ้งเป็นปี พ.ศ. โดยเฉพาะเครื่องสำอางที่นำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งระบุมาจากต่างประเทศ

เครื่องสำอางประเภทควบคุม และเครื่องสำอางประเภททั่วไป ไม่มีการกำกับดูแลก่อนออกสู่ท้องตลาด (Pre-marketing) เกี่ยวกับฉลาก ตามกฎหมายการจัดทำฉลากภาษาไทยของเครื่องสำอางไม่ต้องผ่านการพิจารณาจากหน่วยงานของรัฐ เว้นแต่ ผู้ประกอบการมีความประสงค์ที่จะขอความเห็นในการใช้ฉลากเครื่องสำอาง ต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อขอให้พิจารณาข้อความที่ฉลากโดยต้องเสีย

ค่าป่วยการ 3,000 บาท ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบการขอความเห็นค่าป่วยการและระยะเวลาในการให้ความเห็นเกี่ยวกับฉลากของเครื่องสำอางที่มีการควบคุมฉลาก พ.ศ. 2536 และเมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว จะได้เลขที่รับรองการใช้ฉลากไว้ในเครื่องหมาย ยย. ตามกฎหมาย จะเน้นหลังการออกจำหน่าย (Post-marketing) ดังนั้นในเรื่องการแสดงฉลากภาษาไทยเครื่องสำอางควบคุมและเครื่องสำอางทั่วไป จึงมีปัญหาในเรื่อง

- เครื่องสำอางบางรายไม่แสดง ชื่อ ประเภท เครื่องสำอางเป็นภาษาไทย
- กรณีเครื่องสำอางควบคุม มีหลายรายที่ไม่ได้มาจดแจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงไม่มีการแสดงข้อความ “เครื่องสำอางควบคุม” ไว้ที่ฉลากภาษาไทยพบมากที่สุดคือ ผ้าเย็น กระดาษเย็น
- กรณีเครื่องสำอางทั่วไป บางรายไม่แจ้งชื่อส่วนประกอบสำคัญ ใช้ข้อความว่า “ส่วนผสม” ...หรือ “ingredient” ...ซึ่งไม่ถูกต้อง
- กรณีเครื่องสำอางควบคุม บางรายไม่แจ้งชื่อและปริมาณของส่วนประกอบสำคัญ ใช้ข้อความว่า “ส่วนผสม”...หรือ “ingredient” ...ซึ่งไม่ถูกต้อง
- กรณีเครื่องสำอางควบคุมบางรายไม่แจ้งเลขที่ครั้งที่ผลิตไว้ที่ฉลากภาษาไทย เนื่องจากไม่มีการจดแจ้งตามกฎหมายซึ่งไม่ถูกต้อง
- เครื่องสำอางบางรายแจ้งแต่ชื่อผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าแต่ไม่แจ้งที่ตั้งหรือกรณีนำเข้าไม่แจ้งประเทศที่ผลิตซึ่งไม่ถูกต้อง

เครื่องสำอางที่ฉลากแจ้งว่าผลิตในประเทศไทย
จำนวนตัวอย่างที่สำรวจได้ 707 ตัวอย่าง พบว่า
มีการแสดงฉลากภาษาไทย จำนวน 697 ตัวอย่าง
คิดเป็นร้อยละ 98.59 ไม่มีการแสดงฉลากภาษาไทย
จำนวน 10 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 1.41

- เครื่องสำอางบางรายแจ้ง วันเดือนปีที่ผลิตไม่ถูกต้อง ใช้ข้อความว่า “ผลิตเมื่อ” ในส่วนของตัวเลขให้ปีสากล (ค.ศ.) เช่น 02/10/95 โดยเฉพาะเครื่องสำอางนำเข้า ซึ่งระบุมาจากต่างประเทศบางรายแจ้งที่ฉลากว่าให้ดูวันเดือนปีที่ผลิตที่ขวดหรือที่หลอด ซึ่งทั้งที่ขวดและที่หลอดบรรจุในกล่องปิดผนึกแน่นด้วยพลาสติก ซึ่งไม่สามารถเปิดดูได้ บางรายแจ้งที่ฉลากดูว่าวันเดือนปีที่ผลิตที่ได้ขวด ดูแล้วพบว่าแสดงเป็นรหัสไม่สามารถแปลเป็นวันเดือนปีที่ผลิตได้

- กรณีเครื่องสำอางควบคุม บางรายไม่มีวิธีใช้ โดยเฉพาะที่ไม่ได้มาจดแจ้ง เช่น ผ้าเย็น กระดาษเย็น เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุข
2. ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2536) เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอาง
3. ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอาง ฉบับที่ 3
4. การคุ้มครองผู้บริโภคในด้านฉลากสินค้า สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี สำนักนายกรัฐมนตรี พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2539 หน้า 1





แนะนำโรงงานน้ำบริโภคบรรจุขวด

คณะทำงาน

Strengthening of food
Sanitation Activities

น้ำ มีความสำคัญที่มนุษย์ต้องบริโภคเป็นประจำและต้องเป็นน้ำที่สะอาดปราศจากสิ่งปนเปื้อนที่เป็นอันตราย แต่ในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางอุตสาหกรรมก่อให้เกิดมลภาวะและสร้างปัญหาให้การปนเปื้อนแหล่งน้ำสะอาดตามธรรมชาติ ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจและพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้บริโภคไปพึ่งพิงน้ำบริโภคบรรจุขวดพร้อมดื่ม น้ำดื่มบรรจุขวดจึงมีบทบาทต่อผู้บริโภคมากขึ้นในแต่วัน โดยคิดจากปริมาณความต้องการของคนปกติ 1.5 ลิตรต่อวัน ปริมาณความต้องการบริโภคที่สูงมากทำให้อุตสาหกรรมการผลิตน้ำบริโภคบรรจุขวดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2539 สํารวจพบว่า มีจำนวนผู้ประกอบการผลิตน้ำบริโภคถึง 1800 ราย และพบว่า 80% ของจำนวนดังกล่าวเป็นสถานที่ผลิตขนาดเล็ก ผู้ประกอบการบางส่วนยังขาดความรู้ในด้านการ ควบคุมกระบวนการผลิตและระบบการควบคุมคุณภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผู้ประกอบการขาดการดูแลอุปกรณ์การผลิต

อย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับสภาพตลาดที่มีการแข่งขันอย่างรุนแรง ทำให้เกิดปัญหาผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคตกมาตรฐานอยู่เนือง ๆ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการคุ้มครองประโยชน์ของผู้บริโภคในด้านคุณภาพมาตรฐาน และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้เล็งเห็นความจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพน้ำบริโภคบรรจุขวดเป็นนโยบายสำคัญในการคุ้มครองผู้บริโภค ในอันที่จะผลักดันให้ผู้ประกอบการมีการพัฒนาการผลิตและการควบคุมคุณภาพโดยมุ่งเน้นที่ผู้ประกอบการของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคขนาดเล็กที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ซึ่งมีอยู่กว่าร้อยละ 80 ทั่วประเทศเพื่อลดและขจัดปัญหาด้านคุณภาพมาตรฐานและความไม่ปลอดภัยของน้ำบริโภคบรรจุขวด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้ร่วมมือกับสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดสร้างโรงงานต้นแบบน้ำบริโภคบรรจุขวดขนาดเล็กขึ้น โดยมีเป้าหมายใช้เป็นที

ระบบการผลิตและการควบคุมคุณภาพ เป็นหน่วย
ฝึกอบรมตลอดจนใช้ในการศึกษาวิจัยทางด้านคุณ
ภาพมาตรฐานน้ำบริโภคฯ สำหรับเจ้าหน้าที่และ
ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นความร่วมมือ
จากทุกองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ในการพัฒนา
คุณภาพมาตรฐานน้ำบริโภคฯในประเทศไทย อันจะ
ทำให้น้ำบริโภคมีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับ
ผู้บริโภคอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ การจัดสร้างโรงงานต้นแบบ

1. จัดสร้างโรงงานต้นแบบผลิตน้ำบริโภค
บรรจุขวดขนาดเล็กที่ถูกต้องและ
เหมาะสม
2. เพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบการ
ผลิตและการควบคุมคุณภาพของน้ำ
บริโภคฯ ที่ผลิตจากสถานที่ผลิตน้ำ
บริโภคฯ ขนาดเล็ก

กลยุทธ์ จัดตั้งโรงงานต้นแบบผลิตน้ำบริโภคบรรจุ
ขวดขนาดเล็กที่ระบบการบริหารงานเป็นองค์กร
อิสระที่สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำบลศาลายา กิ่งอำเภอพุทธมณฑล จังหวัด
นครปฐม 73170

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. วิธีการดำเนินการ

- 1.1 การประชุมวางแผนกลยุทธ์ในการ
พัฒนาระบบการผลิตและการควบคุม
น้ำบริโภคบรรจุขวดเล็ก มีนาคม
-ตุลาคม 2539
- 1.2 และการจัดสร้างโรงงานต้นแบบฯ
ตุลาคม 2539-พฤศจิกายน 2539
- 1.3 ดำเนินการก่อสร้างตัวอาคารโรงงาน
พฤศจิกายน 2539 - มกราคม 2540
- 1.4 การติดตั้งเครื่องมืออุปกรณ์ มกราคม

- มีนาคม 2540

1.5 เปิดโรงงาน เมษายน 2540

2. ขั้นตอนการให้บริการ

- 2.1 ด้านหน่วยสาธิต และการฝึกอบรม
จะเริ่มได้งบประมาณ เดือนเมษายน
2540
- 2.2 ด้านการผลิตเมื่อเปิดดำเนินการใน
เดือนเมษายน 2540 โรงงานน้ำดื่ม
แบบฯสามารถผลิตน้ำบริโภคได้ปริมาณ
การผลิตต่อเดือน 104,300 ลิตร
- 2.3 ด้านการจำหน่ายน้ำบริโภคบรรจุขวด
การผลิตน้ำบริโภคบรรจุขวดขึ้นเพื่อ
จำหน่ายโดยมีจุดประสงค์ดังนี้
 1. เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคน้ำที่มี
คุณภาพมาตรฐาน
 2. เพื่อนำรายได้จุนเจือการดำเนิน
งานของโรงงาน โดยไม่ใช้งบ-
ประมาณของรัฐ

ทั้งนี้ปริมาณน้ำที่ผลิตได้ มีการจำหน่ายใน 4
รูปแบบ คือ

- 2.3.1) ผลิตภัณฑ์บรรจุในขวด
พลาสติกชนิดขาวุ่นขนาด
20 ลิตร ซึ่งนำกลับมาล้างใหม่
- 2.3.2) ผลิตภัณฑ์บรรจุในขวด
พลาสติกชนิดใสขนาด 20
ลิตร ซึ่งนำกลับมาล้างใหม่
- 2.3.3) ผลิตภัณฑ์บรรจุในขวด
พลาสติกชนิดขาวุ่นขนาด
0.95 ลิตร ซึ่งใช้แล้ว
- 2.3.4) ผลิตภัณฑ์บรรจุในขวด
พลาสติกชนิดขาวุ่นขนาด
0.5 ลิตร ซึ่งใช้แล้วทั้ง

3. ระบบการผลิต มีระบบผลิตหลัก 2 สาย การ
ผลิตและสายการผลิตย่อยทั้งหมด 8 สายการผลิต

โดยมีระบบการผลิต ดังนี้

- 3.1 สายการผลิตหลัก คือ ระบบการผลิตที่ผ่านเครื่องกรองกำจัดเหล็ก เครื่องกรองกำจัดความกระด้าง เครื่องกรองถ่าน เครื่องกรองเซรามิค เครื่องฆ่าเชื้อยูวี
- 3.2 สายการผลิตรองมีสายการผลิตดังนี้
 - 3.2.1 ระบบการผลิตที่ติดตั้งเครื่องปรับคุณภาพน้ำโดยใช้ระบบกำจัดเหล็ก เครื่องกรองถ่าน เรซินประจุบวกและประจุลบ เครื่องกำจัดแก๊ส (degasser) เครื่องกรองเซรามิค เครื่องยูวี หรือ เครื่องโอโซน
 - 3.2.1 ระบบการผลิตที่ติดตั้งเครื่องปรับคุณภาพน้ำโดยใช้เครื่องกรองกำจัดเหล็ก เครื่องกรองคาร์บอน รีเวอสออสโมซิส เครื่องยูวี หรือ เครื่องโอโซน

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. แหล่งที่มาของงบประมาณจำนวนเงิน 4,720,000 บาท ดังนี้
 - 1.1 งบประมาณสนับสนุนจาก JICA 2,400,000 บาท
 - 1.2 งบประมาณสนับสนุนจากเงินอุดหนุน และเอกชน 2,520,000 บาท
2. ค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน
 - 2.1 ตัวอาคาร 1,300,000 บาท
 - 2.2 อุปกรณ์ภายในตัวอาคาร 500,000 บาท
 - 2.3 เครื่องมือการผลิต 1,500,000 บาท
 - 2.4 อุปกรณ์การผลิต (ชั้น สายพาน โต๊ะอ่าง) 300,000 บาท

- 2.5 ขวดที่ใช้บรรจุ 400,000 บาท
- 2.6 รถบรรทุก 400,000 บาท
- 2.7 เงินทุนหมุนเวียน 320,000 บาท
- รวม 4,720,000 บาท

ผู้รับผิดชอบโครงการและการดำเนินงาน

1. รับผิดชอบโครงการ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน
 - 2.1 ด้านการบริหารรับผิดชอบโดย คณะกรรมการอำนวยการโครงการพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค ประกอบด้วย
 - 2.1.1 เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานกรรมการ
 - 2.1.2 ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ ประธานร่วม
 - 2.1.3 ผู้แทนชมรมน้ำบริโภค กรรมการ
 - 2.1.4 ผู้อำนวยการกองอาหารหรือผู้แทน กรรมการ
 - 2.1.5 ผู้อำนวยการกองสารวัตรหรือผู้แทน กรรมการ
 - 2.1.6 รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการที่ได้รับมอบหมาย กรรมการ
 - 2.1.7 นักวิชาการอาหารและยาที่ได้รับมอบหมาย กรรมการและเลขานุการ

มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (1) กำหนดนโยบายการบริหารจัดการเกี่ยวกับโครงการให้มีประสิทธิภาพ
- (2) ประสานงาน สนับสนุนการดำเนินการ

ผู้ประกอบการบางส่วนยังขาดความรู้
ในด้านการควบคุมกระบวนการผลิต
และระบบการควบคุมคุณภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร
ผู้ประกอบการขาดการดูแลอุปกรณ์การผลิตอย่างสม่ำเสมอ
ประกอบกับสภาพตลาดที่มีการแข่งขันอย่างรุนแรง
ทำให้เกิดปัญหาผลิตเกินที่น้ำบริโภคมาตรฐานอยู่เนือง ๆ

ของการจัดสร้างโรงงานต้นแบบผลิตน้ำ บริโภคให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ โครงการ	กรรมการ	
	2.2.5	อาจารย์หรือนักวิจัยที่ได้รับ มอบหมายจำนวน 2 คน
2.2 ด้านการดำเนินงานรับผิดชอบ โดยคณะกรรมการบริหาร โรงงานต้นแบบผลิตน้ำบริโภค	กรรมการ	
	2.2.6	นักวิชาการการเงินและ บัญชี ของสถาบันวิจัย โภชนาการ
ประกอบด้วย	2.2.1	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย โภชนาการ
	2.2.2	รองเลขาธิการคณะกรรมการ อาหารและยา ที่ได้ รับมอบหมาย หรือผู้แทน รองประธาน
2.2.3	มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้	
	2.2.3	รองผู้อำนวยการสถาบัน วิจัยโภชนาการฝ่ายวิชา การ
2.2.4	(1) กำหนดและเสนอแนวทางการดำเนินการ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการอำนวยการ	
	(2) กำหนดแนวทางในการศึกษาวิจัยและ พัฒนา รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์และ วิธีการบริหารจัดการในด้านการผลิต การตลาด การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โรงงาน	
2.2.4	นักวิชาการอาหารและยา ที่ได้รับมอบหมาย (2 คน)	

- (3) กำกับดูแลการผลิตและการจำหน่าย และการขออนุญาตเกี่ยวกับการดำเนินการของโรงงานให้เป็นไปตามนโยบายของคณะกรรมการอำนวยการ

การบริหารงบประมาณ

รายได้ที่เหลือจากการหักค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจะนำมาใช้ในกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ร้อยละ 30 เพื่อกิจกรรมการวิจัยและพัฒนา
2. ร้อยละ 15 เพื่อตอบสนองเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ ของหน่วยงานที่สนับสนุน
3. ร้อยละ 20 เพื่อสมทบกลับไปเงินทุนหมุนเวียน
4. ร้อยละ 20 เพื่อนำไปใช้ในการอบรมเจ้าหน้าที่ของรัฐ
5. ร้อยละ 15 เพื่อนำไปเป็นกองทุนสวัสดิการให้คนงานในโรงงาน

ประโยชน์ของโรงงานต้นแบบ

1. เป็นศูนย์ฝึกอบรม สาธิตและให้ความรู้ สำหรับการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทขนาดกลางและขนาดเล็กแก่เจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการน้ำบริโภคขนาดเล็กและผู้สนใจทั่วไป
2. เป็น Water Information Center ข้อมูล

การติดตั้งเครื่องมือและอุปกรณ์การผลิตขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนข้อมูลความรู้ด้านต่างๆ เช่น แบบแปลนมาตรฐาน หนังสือ การเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลความรู้จากทั่วประเทศ การจัดเตรียมคู่มือ วัสดุทัศน และสื่อต่างๆ

3. การศึกษาวิจัยตามที่ร้องขอจากเจ้าหน้าที่และจังหวัดที่ขอมา รวมทั้งทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาที่พบจากสถานที่ผลิต

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ประกอบการมีแนวทางและต้นแบบในการจัดสร้างสถานที่ผลิตน้ำบริโภคฯ ขนาดเล็ก มีมาตรฐาน ถูกต้อง และเหมาะสม
2. ผู้ประกอบการน้ำขนาดเล็กและเจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการผลิตและเป็นการกระตุ้นจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อผู้ประกอบการด้านคุณภาพมาตรฐานน้ำบริโภค
3. ผู้บริโภคได้รับน้ำบริโภคบรรจุขวดที่ได้คุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย

จาก คณะทำงานโครงการ **Strengthening of Food Sanitation Actives**





การแพ้ยางหรือยางธรรมชาติ

สอวจ ฐิติสัจยานกร*

USFDA ได้ทำการสำรวจการแพ้ยางหรือยางธรรมชาติ จากข้อมูลสาธารณสุขซึ่งเป็นรายงานจากแพทย์ พยาบาลและเทคนิคการแพทย์ ต่อ Med Watch โดยรายงานฉบับล่าสุดเป็นข้อมูลการตายของผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นระหว่างขั้นตอนการสวนสารแบบเรียม เพื่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ ได้มีนักระบาดวิทยาและแพทย์วิพากษ์เหตุการณ์นี้ว่าเป็นผลที่มีสาเหตุจากการแพ้ยางหรือน้ำยางธรรมชาติ (natural latex/natural rubber หรือ NLNR allergy) ซึ่งมาจากการใช้ถุงมือทางการแพทย์ นอกจากนี้ FDA ยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ที่เพิ่มขึ้นทำให้ FDA ต้องจัดทำ Medical Alert เพื่อให้เป็นการเตือนบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับอุบัติการณ์ NLNR allergy

และ FDA ได้เสนอข้อกำหนดในฉลากเกี่ยวกับการแพ้ (NLNR labelling regulation) สำหรับผลิตภัณฑ์ถุงมือทางการแพทย์และได้ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในการทำวิจัย และจัดการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับการแพ้ยาง

FDA ยังคงได้รับรายงานจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลการแพ้เหล่านี้รวมถึงอุบัติการณ์ anaphylactic ด้วย ตั้งแต่ FDA ได้แจ้งข้อมูลเหล่านี้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทำให้มีการรายงานปัญหาการแพ้จากเครื่องมือแพทย์หลายชนิดที่มีส่วนประกอบของยางหรือน้ำยาง อาทิ allergic และ anaphylactic reaction จำนวนมากกว่า 1,000 ราย จากการใช้ถุงมือทางการแพทย์ทั้งชนิดตรวจโรคและชนิดทางศัลยกรรม

■ ■

สำหรับประเทศไทย กุณมียางทางการแพทย์
เป็นเครื่องมือแพทย์ที่ต้องมีใบอนุญาต หมายถึง
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะพิจารณา
รายละเอียดคุณภาพมาตรฐาน และฉลากของผลิตภัณฑ์
ต้องตรงตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่
13 และ 14 ผู้ประกอบการผลิตหรือนำเข้า

■ ■

สำหรับประเทศไทย กุณมียางทางการแพทย์
เป็นเครื่องมือแพทย์ที่ต้องมีใบอนุญาต
หมายถึง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
จะพิจารณารายละเอียดคุณภาพมาตรฐาน และ
ฉลากของผลิตภัณฑ์ต้องตรงตามประกาศของ
กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 13 และ 14 ผู้
ประกอบการผลิตหรือนำเข้า ผลิตภัณฑ์กุณมียาง

ทางการแพทย์ในประเทศไทยต้องมาขอ
อนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและ
ยาก่อนการประกอบธุรกิจ

(แปลและเรียบเรียงจาก FDA Medical Bulletin

ฉบับที่ 27 (2), 1997)

สุขวง จิตติสัตยากร



ไขข้อข้องใจทางวิชาการ

สอวจ ภูติสถยากร*

ไขข้อข้องใจในคำถามเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ในฉบับนี้ได้รับความกรุณาจาก ภ.ญ.สุมาลี พรภิษฐ์ประสาธน์ เป็นผู้ให้คำตอบ

คำถาม

ปัจจุบันมีการโฆษณาเครื่องมือแพทย์ประเภทต่าง ๆ ซึ่งประชาชนสามารถหาซื้อมาบำบัดรักษาโรคด้วยตนเอง เช่น อุปกรณ์แม่เหล็ก อินฟราเรด เครื่องเข้าขา ฯลฯ ด้วยการอ้างสรรพคุณว่าสามารถรักษาโรคอันตรายร้ายแรงต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต โรคหัวใจ อาการปวดข้อ ปวดหลัง หรืออัมพาต ฯลฯ อีกมากมาย ไม่ทราบว่าผลิตภัณฑ์เหล่านี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีการควบคุมดูแลรับรองสินค้าเหล่านี้หรือไม่ และมีประโยชน์หรือผลเสียอย่างไรต่อผู้บริโภค และขอคำแนะนำวิธีการเลือกซื้อสินค้าเหล่านี้

คำตอบ

1. ผลิตภัณฑ์กายภาพบำบัดที่กำลังเป็นที่ยอมรับ ซึ่งประชาชนสามารถหาซื้อมาใช้ได้ด้วยตนเองที่พบมากในปัจจุบัน ได้แก่

1.1 ตู้อบไอน้ำ (Steam bath cabinet)

1.2 เครื่อง TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation) ซึ่งเป็นเครื่องหรืออุปกรณ์ที่ให้ผลในการบำบัดโดยการกระตุ้นเส้นประสาทผ่านผิวหนังด้วยกระแสไฟฟ้า

1.3 เครื่อง/อุปกรณ์ที่ให้ผลในการบำบัดด้วยสนามแม่เหล็ก (magnetotherapy) ซึ่งมีทั้งที่ทำจากแม่เหล็กถาวร และแม่เหล็กชั่วคราว ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนี้ เช่น ที่นอนแม่เหล็ก เข็มขัดแม่เหล็ก ปลาสเตอร์แม่เหล็ก แผ่นรองฝ่าเท้าแม่เหล็ก พนักพิงแม่เหล็ก ฯลฯ

1.4 เครื่องหรืออุปกรณ์บำบัดด้วยรังสีอินฟราเรด (infrared)

1.5 เครื่องนวด

1.6 เครื่องสั่นสะเทือน

1.7 เครื่องที่ใช้ความดันในการบำบัด

*นักวิชาการอาหารและยา 8 ว. กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

1.8 เครื่องหรืออุปกรณ์ที่ให้ผลในการ บำบัดด้วยการออกกำลังกาย

อย่างไรก็ดี ผลลัพธ์ที่สร้างปัญหาในขณะนี้
อันเป็นผลจากระบบการขายตรงหรือการตลาด
แบบหลายชั้นที่มีการโฆษณาโอ้อวดเกี่ยวกับ
สรรพคุณของผลิตภัณฑ์และยากต่อการควบคุม
การโฆษณาให้อยู่ในกรอบที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้น
ได้แก่ อุปกรณ์แม่เหล็กต่างๆ เครื่องแกว่งขา ซึ่ง
อยู่ในกลุ่มของเครื่องสั่นสะเทือนและพวกอุปกรณ์ที่
ให้รังสีอินฟราเรด ช่น ที่มีการกล่าวอ้างว่า เสื้อผ้า
บางประเภทให้แสงอินฟราเรดและช่วยในการรักษา
โรคภัยไข้เจ็บต่างๆได้สารพัดโรคและสารพัดอาการฯ

2. ขณะนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหาร
และยาได้มีการควบคุมดูแลโดย ผู้ที่ผลิตหรือนำ
เข้าผลิตภัณฑ์ต่างๆ เหล่านี้จะต้องปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ศึกษารายละเอียดของกฎหมาย
ต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์
พ.ศ. 2531 พร้อมกฎกระทรวง ฉบับที่ 4,5,7
(พ.ศ. 2533) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่
6 (พ.ศ. 2532) และฉบับที่ 19 (พ.ศ. 2539)

2.2 ต้องยื่นแจ้งรายการละเอียดต่อ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พร้อมจัด
ทำฉลากภาษาไทย โดยมีรายละเอียดดังปรากฏ
ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 (พ.ศ.
2539) ซึ่งประกาศฯ ฉบับดังกล่าวมีผลบังคับใช้
แล้วตั้งแต่ 19 สิงหาคม 2539 ที่ผ่านมานั้น ทั้งนี้
กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ ได้จัดทำเอกสารคำ
แนะนำในการยื่นขอแจ้งรายการละเอียด และได้มี
การระบุหน้าที่ที่ผู้ประกอบการจะต้องปฏิบัติไว้ใน
เอกสารดังกล่าวด้วยแล้ว

2.3 ก่อนที่จะดำเนินการเผยแพร่หรือ
โฆษณาเพื่อประโยชน์ในทางการค้า ผู้ประกอบการ
ทุกรายจะต้องขออนุญาตโฆษณาในข้อความ เสี่ยง
หรือภาพที่จะใช้โฆษณาจากเลขาธิการคณะกรรมการ
อาหารและยาและจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่

เลขาธิการฯ กำหนด (มาตรา 42 แห่งพระราช
บัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531) มิฉะนั้น จะ
ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท (มาตรา 78)

2.4 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณสมบัติ
คุณภาพ ปริมาณ มาตรฐาน หรือแหล่งกำเนิด
ของเครื่องมือแพทย์ อันเป็นเท็จหรือหลอกลวง
(มาตรา 41) มิฉะนั้น จะต้องระวางโทษจำคุกไม่
เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทห้าพัน
บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2.5 กรณีที่เลขาธิการคณะกรรมการ
อาหารและยา สั่งเป็นหนังสือให้ระงับการโฆษณา
เครื่องมือแพทย์ ที่เห็นว่าเป็นการโฆษณาโดย
ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้แล้ว
(มาตรา 43) แต่ผู้ประกอบการหรือผู้ใดฝ่าฝืน
คำสั่งดังกล่าว ผู้นั้นจะต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน
1 ปี หรือปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
และปรับเป็นรายวันอีกวันละ 1,000 บาท จนกว่า
จะปฏิบัติให้ถูกต้อง (มาตรา 79)

3. ผลิตภัณฑ์เขย่าขาหรือเครื่องออกกำลังกาย
ซึ่งอ้างสรรพคุณต่าง ๆ มากมายว่า สามารถรักษา
โรคเบาหวาน หัวใจ อัมพาต ลดความอ้วนหรือ
ชะลอความเสื่อมของร่างกายได้นั้น ไม่เป็นความ
จริงแต่ประการใดผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอ้างว่าสามารถ
รักษาให้หายได้จากการใช้เครื่องดังกล่าว นั้น เป็น
โรคที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพต่างๆ ของร่างกาย
ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
เฉพาะทางเท่านั้น

4. ผลิตภัณฑ์เครื่องเขย่าขานั้นมีผลดี ผลเสีย
ดังนี้

ผลดี กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตเฉพาะ
ที่ในผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงเท่านั้น แต่ในทาง
การแพทย์แทบจะไม่มีการใช้เครื่องดังกล่าวเลย
เนื่องจาก มีอุปกรณ์การแพทย์อื่น ๆ ที่สามารถให้
ผลดังกล่าว ได้ดีกว่าและปลอดภัยกว่า อีกทั้ง
ราคาไม่แพงเกินไป

ผลเสีย

(1) อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง หรือเกิดการกดทับของเส้นประสาทบริเวณหมอนรองกระดูกอันเป็นผลจากการแตกหักของกระดูกสันหลังในกรณีที่มีการเขย่าที่รุนแรง มีการใช้ผิดวิธีหรือใช้ไม่ถูกต้องกับสภาวะการณ์หรือสภาพของผู้ใช้เครื่อง โดยเฉพาะผู้ที่มีสภาวะต่อไปนี้

- 1.1 ผู้ที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลัง หรือมีอาการปวดหลัง
- 1.2 ผู้สูงอายุ
- 1.3 ผู้มีความดันโลหิตผิดปกติ
- 1.4 ผู้ป่วยโรคหัวใจ
- 1.5 ผู้มีคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง เพราะอาจทำให้เกิดการตีบ/การอุดตันในเส้นเลือดได้

(2) ทำให้ผู้ป่วยโรคต่างๆ ละเลยการไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง ทำให้สูญเสียโอกาสในการที่จะสามารถหายจากโรคต่างๆ ได้

(3) อาจเกิดอาการช็อคหรือหมดสติ หรือร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการรั่วของกระแสไฟฟ้าหรือเครื่องทำงานผิดปกติ

(4) หากมีการสัมผัสที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อเยื่อได้ ดังนั้นการใช้เครื่องเขย่าขา จึงควรใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด

5. ผลิตภัณฑ์ประเภทแม่เหล็ก เช่น ที่นอนแม่เหล็ก หมอนแม่เหล็ก พลาสเตอร์แม่เหล็ก หรือเข็มขัดแม่เหล็ก ที่อ้างว่า รักษาโรคภัยต่างๆ ได้นั้น ไม่เป็นความจริงแต่ประการใด ตามความเชื่อที่มีมาแต่สมัยโบราณ และที่มีการกล่าวในตำราทางการแพทย์บางฉบับว่า สามารถกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตเฉพาะที่ได้ั้น ในทางตรงกันข้ามได้มีผลงานวิจัยหลายฉบับที่มีการตีพิมพ์ในวารสารที่เชื่อถือได้ระบุว่า ร่างกายมนุษย์มีลักษณะโปร่ง

แม่เหล็ก ดังนั้นสนามแม่เหล็กที่เกิดจากแม่เหล็กถาวร โดยเฉพาะที่มีความเข้มข้นหรือความแรงของสนามแม่เหล็กสูง ๆ จะสามารถทะลุทะลวงผ่านร่างกายมนุษย์ไปได้ทำให้ไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ ต่อร่างกาย อันส่งผลให้เกิดการสิ้นเปลืองในการใช้อุปกรณ์แม่เหล็ก นอกจากนี้แม่เหล็กถาวรบางชนิด โดยเฉพาะแม่เหล็กถาวรในปัจจุบันพบว่า เป็นสารอัลลอยด์ ที่มีส่วนประกอบของโคบอลต์ นิกเกิล และอิทเทียม (yttrium) ซึ่งเป็นสารกัมมันตภาพรังสี ดังนั้นการใช้อุปกรณ์แม่เหล็กที่ทำจากแม่เหล็กถาวรนั้น อาจก่อให้เกิดมะเร็งจากการปนเปื้อนของกัมมันตภาพรังสีดังกล่าวข้างต้นได้

6. การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดต่างๆ เหล่านี้ ประโยชน์ส่วนใหญ่ก็คือ การกระตุ้นไหลเวียนโลหิตเฉพาะที่ในผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงเท่านั้น ซึ่งอันตรายที่อาจได้รับก็มีมากมายดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นแม้ว่าจะสามารถหาซื้อมาใช้ได้เองแต่การนำไปใช้จะต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำหรือการดูแลของแพทย์ หรือนักกายภาพบำบัด

7. ผู้ที่เป็นอัมพาตนั้นมีหลายสาเหตุ การดูแลรักษา รวมทั้งการใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดในผู้ที่เป็นอัมพาตจากแต่ละสาเหตุอาจแตกต่างกันออกไป ดังนั้น ความจำเป็นหรือไม่ เพียงใด ในการใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดหรือวิธีการรักษาด้วยวิธีอื่นใดนั้นควรขึ้นอยู่กับแพทย์และนักกายภาพบำบัด

8. วิธีการเลือกซื้อเครื่องมือกายภาพบำบัดต้องพิจารณาจาก

8.1 ความจำเป็นของผู้ใช้เครื่องมือกายภาพบำบัด รวมทั้งสุขภาพของผู้ใช้

8.2 อ่านฉลากภาษาไทยก่อนที่จะเลือกซื้อเครื่องมือกายภาพบำบัดนั้น ๆ โดยเฉพาะรายละเอียดเกี่ยวกับประโยชน์ วิธีการใช้ วิธีการเก็บรักษา ค่าเดือน ข้อควรระวังในการใช้ เลขที่แจ้งรายการละเอียดและอายุการใช้ (ถ้ามี)

ก่อนที่จะดำเนินการเผยแพร่หรือโฆษณาเพื่อประโยชน์ในทางการค้า ผู้ประกอบการทุกรายจะต้องขออนุญาตโฆษณาในข้อความ เสี่ยง หรือภาพที่จะใช้โฆษณาจากเลขาราชการคณะกรรมการอาหารและยา และจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่เลขาราชการกำหนด (มาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531) มิฉะนั้น จะต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท (มาตรา 78)

8.3 ปรีกษาแพทยหรือนักกายภาพ บำบัดก่อนที่จะเลือกซื้อ/เลือกใช้เครื่องมือกายภาพ บำบัดนั้นๆ

อนึ่ง การที่จะทราบว่า เครื่องมือ กายภาพบำบัดนั้นๆ ได้รับการตรวจสอบจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้วหรือยัง นั้น ให้ปฏิบัติดังนี้

(1) คูณลากภาษาไทย หากผ่าน การตรวจสอบจากสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยาแล้ว จะต้องปรากฏข้อความดังต่อไปนี้บน คูณลากภาษาไทย

กรณีผลิตภายในประเทศ : “เลขที่แจ้งรายการ ละเอียดเครื่องมือ แพทย์ จณ. .../ปี พ.ศ. ที่ ได้ผ่านการตรวจสอบ

กรณีนำเข้าจากต่างประเทศ : “เลขที่แจ้งรายการ ละเอียดเครื่องมือ แพทย์ จณ. ... ปี/ พ.ศ. ที่ได้ ผ่านการตรวจสอบ

(2) กรณีที่ไม่แน่ใจหรือมีข้อ สงสัยให้สอบถามจากกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เบอร์ โทรศัพท์ 5907243-8

9. การที่ผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ด้านกายภาพ บำบัด

9.1 อวดอ้างสรรพคุณต่างๆ ของ เครื่องมือนั้น ๆ กินความเป็นจริงจะจัดว่าเครื่องมือ แพทย์ดังกล่าว มีสรรพคุณไม่เป็นที่เชื่อถืออันจะ เข้าข่ายเป็น “เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ปลอดภัยในการ ใช้” ตามมาตรา 40 (5) แห่งพระราชบัญญัติ เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 ซึ่งมาตรา 36 (4) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวได้ ระบุห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือขายเครื่องมือ แพทย์ดังกล่าว ดังนั้น หากผู้ใดก็ตามมีการฝ่าฝืน จะต้องระวางโทษตามมาตรา 75 แห่งพระราช บัญญัติฯ ดังกล่าว โดยจะต้องระวางโทษจำคุกไม่ เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 15,000 บาท หรือทั้ง จำทั้งปรับ

9.2 ไม่ได้นำเข้าผลิตภัณฑ์มาให้ทาง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตรวจสอบ หรือไม่ได้แจ้งรายการละเอียดต่อสำนักงานคณะ

กรรมการอาหารและยา ผู้นำเข้านั้นจะต้องระวางโทษตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 โดยจะต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 25,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ เนื่องจากฝ่าฝืนมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว

10. หากผู้ใดพบเห็นการโฆษณาชวนเชื่อและอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง สามารถร้องเรียนต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ที่กองสารวัตร หมายเลขโทรศัพท์ 591-8476 , 590-7354-5 หมายเลขโทรสาร 590-7359 ซึ่งจะให้บริการรับเรื่องร้องทุกข์ตลอด 24 ชั่วโมง หรือแจ้งเรื่องราวผ่านทางสายด่วนผู้บริโภค ซึ่งเป็นระบบโทรศัพท์อัตโนมัติ ที่หมายเลข 202-9333 และกดต่อ 005

คำถาม

ผู้บริโภคจากจังหวัดตรัง สอบถามเครื่องมือแพทย์ชื่อ เครื่องไบโอสเปคตรัม ว่าได้รับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจริงหรือไม่ และสามารถรักษาโรคตามสรรพคุณที่อ้างว่าสามารถบรรเทาอาการของโรคได้หลายอย่าง เช่น หอบหืด ปวดเมื่อย รักษาแผล ฯลฯ หรือไม่ รวมทั้งจะมีอันตรายหรือผลข้างเคียงอย่างไรบ้าง

คำตอบ

เครื่องไบโอสเปคตรัมนี้ มีหลักการทำงานเข้าเครือข่ายเครื่องหรืออุปกรณ์บำบัดด้วยรังสีอินฟราเรด ซึ่งขณะนี้ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 (พ.ศ. 2539) เรื่อง เครื่องใช้หรือผลิตภัณฑ์ ที่ใช้เพื่อกายภาพบำบัด กำหนดให้เครื่องมือดังกล่าว เป็นเครื่องมือแพทย์ที่ต้องแจ้งรายการละเอียด โดยได้ มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2539 ที่ผ่านมา ดังนั้น นอกจากจะต้องมีหนังสือรับรองการขายจากประเทศผู้ผลิตแล้ว ผู้ประกอบการจะต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ

เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 มาตรา 35 (3) กฎกระทรวงฉบับที่ 4,5 (พ.ศ. 2533) และประกาศฯ ฉบับที่ 19 ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งจัดเป็นการยกเว้นการควบคุมเครื่องมือแพทย์ดังกล่าวให้อยู่ในระดับที่เข้มงวดขึ้น

เครื่องมือดังกล่าวไม่สามารถรักษาโรคได้ตามที่กล่าวอ้างแต่อย่างใด ซึ่งจากการค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการ พบว่า เครื่องมือดังกล่าวสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดเกร็งและอาการบวมของกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ข้อต่ออักเสบ ปวดข้อส่วนมากมักใช้ร่วมกันกับการรักษาอื่น ๆ เช่น ใช้ก่อนมีการดัดกระดูกด้วยไฟฟ้า ก่อนการนวด การดึง ดัด และยืดข้อต่อ

จากการศึกษาค้นคว้าทางด้านวิชาการ พบว่าอันตรายที่อาจเกิดการใช้เครื่องมือแพทย์ดังกล่าวในกรณีที่ใช้ไม่ถูกต้องหรือกรณีเครื่องทำงานผิดปกติมีดังนี้

1. เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อโดยทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากอุปกรณ์ดังกล่าวหรือเกิดการไหม้พองของผิวหนังอันเป็นผลมาจากมีการสะสมพลังงานในปริมาณที่มากเกินไป ดังนั้น ต้องระมัดระวังอย่างยิ่งในการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวกับส่วนต่างๆ ของร่างกายที่มีความผิดปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่มีการอักเสบของผิวหนัง/มีแผล ผู้ที่มีโรคของหลอดเลือดบริเวณขาและผู้ที่ผิวหนังสูญเสียความรู้สึก

2. การใช้อุปกรณ์ดังกล่าวบริเวณตา อาจทำให้เกิดการปวดศีรษะ และเป็นโรคต้อกระจกได้

3. การใช้อุปกรณ์ดังกล่าว อาจทำให้เกิดความรู้สึกคล้ายเจ็บแสบ เจ็บร้อน หรือคล้ายถูกมดกัดและภายหลังการใช้อาจเกิดอาการเป็นลมได้

4. อาจเกิดอาการหมดสติจากกระแสไฟฟ้ารั่วในปริมาณที่มากเกินไป หรืออาจเกิดการบาดเจ็บต่อร่างกายจากการทำงานที่ผิดปกติของเครื่อง





แนะนำหนังสือที่น่าอ่าน

ชื่อ สังคมศาสตร์วิจัย

ผู้เขียน ศาสตราจารย์ ดร.เทียนฉาย กีระนันท์
ผู้พิมพ์และจัดจำหน่าย ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

“สังคมศาสตร์วิจัย” เป็นตำราเล่มหนึ่งในโครงการพัฒนาตำราของศูนย์บริการเอกสารวิชาการ ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มุ่งหมายให้มีการผลิตและเผยแพร่ตำราและเอกสารวิชาการในรูปแบบต่างๆ ที่มีคุณภาพดี เอกสารเล่มนี้ ผู้เขียนเจตนาจะให้ เป็นตำราในการเรียนการสอนนิพนธ์ระเบียบวิธีวิจัย ในหลักสูตรปริญญาตรี ของคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และประสงค์จะให้ เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยที่สนใจทั่ว ๆ ไปด้วย

ในทัศนะของผู้เขียน การวิจัยได้นั้นไม่ใช่เรื่องยาก แต่การทำวิจัยเป็นนั่น เป็นเรื่องที่ยากกว่าหลายเท่า ตำรานี้จึงมุ่งหวังให้รู้จักทำวิจัยเป็น มากกว่าการทำวิจัยได้ นอกจากนี้ผู้เขียนยังปรารถนาให้ผู้อ่านสามารถคัดแยกงานวิจัยที่มีอยู่มากมาย ให้ออกว่างานวิจัยใดเป็นงานที่น่าศรัทธา และเชื่อถือได้

หนังสือเล่มนี้ จึงเหมาะอย่างยิ่งสำหรับนักวิจัยทั้งผู้ที่มีประสบการณ์และผู้ที่ยังเริ่มต้นงานวิจัย

ชื่อ กลไกของสังคม

ผู้เขียน: พัทยา สายทุ
ผู้พิมพ์และจัดจำหน่าย สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

ผู้เขียนได้แสดงทัศนะไว้ในความนำว่า “ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกของชีวิตสังคมเป็นสิ่งที่ มีประโยชน์ เพราะมนุษย์เราหนีสังคมไม่พ้น ความเข้าใจในเรื่องเช่นนี้ไม่ควรจำกัดไว้เป็นความรู้ เฉพาะสำหรับผู้ใดมีโอกาสศึกษาวิชาสังคมวิทยา โดยตรงเท่านั้น นอกจากนี้ไม่จำเป็นต้องอธิบาย กันด้วยศัพท์แสงในภาษาต่างประเทศเสมอไป”

ผู้เขียนมีเจตนาจะให้เกิดมีหนังสือประเภท ความรู้ทางวิชาการที่ชาวบ้านซึ่งมีพื้นฐานการ ศึกษาทั่วไปและมีความสนใจใฝ่หาความรู้เพิ่มเติม จะได้มีโอกาสสร้างสมความรู้ที่เป็นประโยชน์ได้

ด้วยยอดพิมพ์จำหน่ายเป็นครั้งที่ 8 คงจะ บอกได้ถึงคุณภาพของหนังสือเล่มเล็ก ๆ นี้เป็น อย่างดี ว่าเป็นหนังสือที่อ่านสะดวก เข้าใจง่ายด้วย ภาษาสำนวนและตัวอย่างจากประสบการณ์ที่คุ้นเคย อธิบายตามหลักวิชาการสากลของสังคมวิทยาแต่ ไม่ใช่นิพนธ์และศัพท์ต่างประเทศที่เข้าใจยากจน เกินไป

ขอแสดงความยินดี

และ

สนับสนุน

วารสารอาหารและยา

ด้วยความปรารถนาดี

จาก

บริษัท พินัทพุดส์จำกัด

860/23 ซอยประดิษฐ์ แขวงบางโคล่ เขตยานนาวา กทม.10120

โทรศัพท์ 289-2459 โทรสาร 2912117

บริษัท เอส แอนด์ เจ อินเตอร์เนชั่นแนล เอนเตอร์ไพรส์ จำกัด (มหาชน)

ในเครือข่ายของ Kolmar Lab สหรัฐอเมริกา

ซึ่งมีบริษัทในเครือข่าย 10 ประเทศ ทั้งในสหรัฐอเมริกา

ยุโรป ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น

รับออกแบบ ให้คำแนะนำและผลิตเครื่องสำอาง ตามมาตรฐานทุกประเภท

553/21 Soi Sengsuk Sadhupadist Rd. Yannawa, Bangkok 10120 Thailand.

Tel. 2940099-100, 2941327 Telex : 72071 iIC TH

FAX : (662) 2944479 ATTN S & J

600/4 Sriracha Industrial Park, Chonburi 20110 Thailand.

Tel.(038) 312145, 321198 Fax : (038) 312139

553/21 ซอยแสงสุข ถนนสาธุประดิษฐ์ ยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

โทร. 2940099-100, 2941327 เทล็กซ์ : 72071 iIC TH

แฟกซ์ : (662) 2944479 ต่อ S & J

600/4 ส่วนอุตสาหกรรมศรีราชา ชลบุรี 20110

Tel.(038) 312145, 321198 แฟกซ์ : (038) 312139

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

วารสารอาหารและยา ยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ และ รายงานผลการวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ความรู้ และความก้าวหน้าทางวิชาการ ทั้งนี้ โดยเรื่องที่ส่งไปจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทางกองบรรณาธิการของสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข เรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามความสำคัญก่อนหลัง

1. รูปแบบของต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือเป็นตอนตามลำดับ โดยใช้กระดาษพิมพ์ดีดสัน ขนาด A4 พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. และควรพิมพ์เว้นบรรทัด (2 บั้ดพิมพ์ดีด) พิมพ์หน้าเดียว มีความยาวไม่เกิน 10 หน้า

2. องค์ประกอบของต้นฉบับรายงานผลการวิจัย

2.1 ชื่อเรื่องควรสั้นและบ่งบอกถึงขอบเขตของเนื้อเรื่อง ได้ชัดเจนถ้าเป็นผลงานที่เคยบรรยายในที่ประชุมวิชาการมาก่อน ให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับที่อักษรสุดท้ายของเรื่องนั้น ๆ และแจ้งความเป็นมาไว้ที่เชิงอรรถ ท้ายหน้ากระดาษแผ่นแรกของต้นฉบับ

2.2 ชื่อผู้วิจัยหรือผู้สนับสนุน วุฒิและสถาบันในสังกัด

2.3 บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 1 หน้า โดยให้พิมพ์บทคัดย่อไทยก่อนแล้วจึงพิมพ์ภาษาอังกฤษตาม ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน ดังต่อไปนี้ (สำหรับบทความวิชาการ ที่ไม่ใช่รายงานการวิจัยไม่ต้องมีบทคัดย่อ) โดยเขียนเป็นความเรียงต่อเนื่อง ประกอบด้วย

2.3.1 บทนำ ควรจะเรียงตามลำดับดังนี้

- 1) ปัญหาที่จะทำการศึกษาค้นคว้าวิจัย
- 2) อะไรที่ไม่ทราบ และมีประโยชน์อย่างไรที่จะทราบ
- 3) วัตถุประสงค์หลัก
- 4) สมมติฐาน (ถ้ามี)

2.3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

- 1) วิธีการวิจัย (research design)
- 2) กลุ่มตัวอย่าง และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 3) วิธีการวัดผล ตัวแปร และการวัดตัวแปร
- 4) วิธีการวิเคราะห์ และการประมวลผล

2.3.3 ผลการวิจัย

2.3.4 สรุปผล เน้นสรุปผลเฉพาะที่ได้มาจาก

ข้อมูลโดยตรง

2.4 เนื้อหา ควรมีขั้นตอนในการนำเสนอเนื้อเรื่องความตามลำดับ ดังนี้

2.4.1 บทนำ

2.4.2 วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยขั้นตอนต่างๆ และสถานที่ที่ดำเนินการวิจัย

2.4.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.4.4 สรุปผลการวิจัยและการวิเคราะห์ผลการวิจัย

2.4.5 วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

2.4.6 เอกสารอ้างอิง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การอ้างเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็น

หมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

2) เอกสารอ้างอิงภาษาไทย ให้เขียนชื่อต้นของผู้เขียนตามด้วยนามสกุล

3) เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ ให้เขียนนามสกุลของผู้เขียนตามด้วยตัวอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

4) เอกสารอ้างอิง หากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

รูปแบบการเขียนหนังสืออ้างอิง

1. การอ้างวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุลและอักษรย่อของชื่อ), ชื่อเรื่อง, ชื่อย่อ วารสาร ปี ค.ศ. : ปีที่พิมพ์ (Volume) : หน้า.

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 3 คนให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 3 คนให้ใส่ชื่อ 3 คนแรกแล้วเติม et.al.

ตัวอย่าง

Tiret I, Kee F, Poirer O, et.al. Deletion Polymorphism in angiotensin converting enzyme gene associated with parental history of myocardial infarction. Lancet 1993 ; 341 : 991-92

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม กรณีที่เกิน 3 คน ให้ใช้คำว่า "และคณะ"

ตัวอย่าง

สมคิด แก้วสนธิ. การประเมินและการจัดลำดับโครงการ โดยหลักเศรษฐศาสตร์. เศรษฐศาสตร์ปริทัศน์ 2531 ; 9 : 60-77.

2. การอ้างหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุลและอักษรย่อของชื่อ), ชื่อหนังสือ, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ (ค.ศ.) : หน้า.

ตัวอย่าง

บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. นครปฐม : ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมและมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532 : 9.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง, ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์, สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้า.

ตัวอย่าง

อรรณ เรื่องสมบูรณ. ยาคุมกำเนิดเพศชาย. ใน : อรรณ เรื่องสมบูรณ, นงลักษณ์ สุขวานิชยศิลป์ จิราภรณ์ อังวิทย์ธร, บรรณาธิการ. ฮอไรซอนเพศ. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529 : 104.

แบบฟอร์มแจ้งลงโฆษณา

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคลหรือหน่วยงาน).....

ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร

มีความประสงค์จะลงโฆษณา (อัตราค่าโฆษณาต่อปี/3 ฉบับ)

() ปกหลังด้านนอก 4 สี อัตรา 30,000 บาท

() ปกหลังด้านใน 4 สี อัตรา 24,000 บาท

() ปกหน้าด้านใน 4 สี อัตรา 27,000 บาท

() เดิมหน้าในฉบับ 4 สี อัตรา 18,000 บาท

() เดิมหน้าในฉบับ ขาว-ดำ อัตรา 15,000 บาท

() ครึ่งหน้าในฉบับ ขาว-ดำ อัตรา 9,000 บาท

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ส่ง () ART WORK () แผ่นภาพ ใบแทรก 4,000 ฉบับ

เมื่อข้อความโฆษณาของข้าพเจ้ามีการตีพิมพ์ลงในวารสารเรียบร้อยแล้ว โปรดเรียกเก็บเงินได้ที่

นาย/นาง/นางสาว..... ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร

ใบสมัครสมาชิกวารสารอาหารและยา

ชื่อสกุล นาย,นาง,นางสาว

อาชีพ

สถานที่ปฏิบัติงาน

มีความประสงค์ () สมัครเป็นสมาชิกใหม่ () ต่ออายุ

โดยเริ่มตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่.....

ในนาม () ส่วนตัว () สถาบัน

ทั้งนี้โดยส่ง ธนาณัติ/ตัวแลกเงิน จำนวน.....บาท/สำเนาการโอนเงินทางธนาคาร

และขอให้ส่งวารสารไปที่

ออกใบเสร็จในนาม

ลงชื่อ

วารสารอาหารและยา ปี 3 ฉบับ/อัตราค่าสมาชิกสถาบัน 120 บาทต่อปี ส่วนตัว 100 บาทต่อปี

ส่งจ่าย วารสารอาหารและยา

ธนาณัติส่งจ่าย ปณ. นนทบุรี

กองวิชาการ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง นนทบุรี 11000

โทร. 5907255, 5907264 โทรสาร. 5918457

กรณีโอนเงินทางธนาคาร

ชื่อบัญชีโครงการวารสารวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 340-2-01598-4

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข

ใบแสดงความคิดเห็น

ด้วย วารสารอาหารและยาได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 4 ของการจัดทำแล้ว แต่เนื่องจากประสบปัญหาในการจัดเตรียมต้นฉบับ จึงทำให้การออกวารสารล่าช้าไปกว่ากำหนด ซึ่งในปี 2539 สามารถจัดพิมพ์ได้ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1-3/2539 และในปี 2540 คาดว่าจะสามารถจัดพิมพ์ได้ครบ 3 ฉบับ เนื่องจากคณะผู้จัดทำล้วนเป็นข้าราชการประจำทั้งสิ้น จึงมีปัญหางานล้นมือ รวมทั้งการพิจารณาผลงานวิจัยที่จะนำลงตีพิมพ์ต้องมีการคัดกรองจากที่ปรึกษาวิชาการ และแก้ไขให้ถูกต้องที่สุดจากผู้วิจัยก่อนตีพิมพ์ จึงทำให้ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร ขออภัยต่อท่านสมาชิกทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

อนึ่งเพื่อให้วารสารอาหารและยาเป็นวารสารที่มีคุณภาพและเป็นสื่อทางวิชาการของนักวิชาการทุกท่านอย่างแท้จริง คณะผู้จัดทำจึงใคร่ขอความคิดเห็นจากท่าน ดังต่อไปนี้

รายการ	ข้อคิดเห็น
1. รูปแบบ และขนาด	
2. เนื้อหา	

และในโอกาสนี้ ข้าพเจ้าขอเสนอ (ชื่อเรื่อง)
เพื่อนำลงพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอาหารและยา ซึ่งได้
() แนบรายละเอียด พร้อม Diskette มาด้วย
() จะจัดส่งมาให้ ภายในวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ขอขอบคุณในความร่วมมือ
จงกลนี วิทยารุ่งเรืองศรี
บรรณาธิการบริหาร

th
SCHERING
a n n i v e r s a r y

ผู้นำเวชภัณฑ์คุณกำเนิด

60 ปีแห่งความมุ่งมั่น สร้างสรรค์ คุณภาพชีวิตเพื่อสตรีไทย
บริษัท เชริง (กรุงเทพฯ) จำกัด
โทร. 5730053

แล้วที่นี้ดาวกับเดือนก็ใกล้แค่เอื้อม



เสน่ห์ของผู้หญิงขึ้นอยู่กับ
สัดส่วนที่ลงตัว
ง่ายๆ ใส่ใจและทะนุถนอม
ทุกรายละเอียด
หลับให้เต็มอิ่ม เลี้ยงอาหาร
อ้วน...อ้วน ที่สำคัญระวัง
น้ำตาล โดยเฉพาะรสชาติ
ของความหวานต้องสลิมมา
เพราะมีรสหวานธรรมชาติ
แต่แคลอรีต่ำกว่าน้ำตาล
หลายเท่า ถึงจะทำให้สุขภาพดี
และควบคุมน้ำหนักได้
ที่นี้...ผู้หญิงอย่างเราอยาก
ได้อะไรก็ไม่ใช่ว่าอยาก



สลิมมา...รสหวานธรรมชาติเพื่อสุขภาพ

* น้ำตาลทราย 1 ช้อนโต๊ะ ให้พลังงาน 45 แคลลอรี่ / สลิมมา 1 ซอง ให้พลังงาน 4 แคลลอรี่ (เหมาะสำหรับผู้ใหญ่ในการควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือด)