

อาหารและยา

วารสารวิชาการ ศูนย์องค์การเภสัชภัณฑ์

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1-3/2541

• บทบาทเภสัชกรร้านยา

• ยาลดทอนยวบ...?

• บำบัดโรค...?

• เครื่องสำอาง...กับ...ชุดปลอมรับ

อาหารและยา

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1-3/2541 มกราคม - เมษายน 2541

ISSN 0859-1180 Vol. 1-3 JAN - APRIL 1998

วัตถุประสงค์

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

ที่ปรึกษาด้านบริหาร	ที่ปรึกษาด้านวิชาการ	คณะบรรณาธิการ
- เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา - รองเลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา - ผู้อำนวยการกองทุกกอง - คณะกรรมการกองทุนพัฒนาวิชาการ คัมครองผู้บริโภค - มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	- ศ.ภก.ดร.ภักดี โพรศิริ - ภญ.ฉันทนา จุติเทพารักษ์ - ภญ.สมพร จันทศรี - ภก.ทวีศักดิ์ จันมณี - ภญ.ปรานี ธนสิทธิ์ - ภญ.นฤมล โกมลเสวิน - รศ.นพ.วิจิตร พึ่งลัดดา - รศ.ดร.นิรัตน์ อิมามี - นพ.ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร - ผศ.ภญ.ดร.จุฑามณี สุทธิศรีสังข์ - รศ.ดร.อรอนงค์ นัยวิกุล	- ภญ.สุบุญญา หุตงคบดี บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา - ภก.วิศิษฐ์ ประวิณวงศ์วุฒิ บรรณาธิการอำนวยการ - ภก.พ.ต.ท.ดร.นภดล ทองนพเนื่อ บรรณาธิการวิชาการ - นางจกกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี บรรณาธิการบริหาร - น.ส.วิไลลักษณ์ ชินบุรณ์ บรรณาธิการผู้ช่วย - ภญ.พรทิพย์ เจริญสุขน บรรณาธิการผู้ช่วย
ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย		
- นายศานิต ศรีสังข์		

กองบรรณาธิการ

- ภญ.สุมาลี พรภิฑยประสาน • ภญ.สุสวณ จิตติสัทยากร • ภญ.วรสุตา ยุงทอง • ภญ.ยุวดี พัฒนวงศ์ • ภก.วินิจ อัศวกิจวิรี • ภญ.ศศิพร พัทธไพศาล • ภญ.ธีรธร มโนธรรม • ภญ.ยุพา เตียงธวัช • ภญ.พรพรรณ สุนทรธรรม • ภก.สมชาย ปรีชาทวิกิจ • ภญ.สุนันทา พันธุ์วรรณ • ภญ.วนิดา แก้วผณีกรังษี • ดร.หทัยา 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

- โครงการวารสารวิชาการเพื่อการคัมครองผู้บริโภคนด้านสาธารณสุข และกองทุนพัฒนาวิชาการ เพื่อการคัมครองผู้บริโภคนด้านสาธารณสุข โดยดำเนินการภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

วารสารอาหารและยา เป็นวารสารเพื่อสนับสนุน พัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ด้านสาธารณสุข ดำเนินการโดยไม่มุ่งหวังผลกำไร ทางด้านการค้า บทความที่ลงในวารสารยินดีให้นำไปเผยแพร่เป็นวิทยาทาน โดยไม่ต้องขออนุญาต แต่ไม่อนุญาตให้นำไปเผยแพร่ ในลักษณะธุรกิจ

สารบัญ

บันทึก บ.ก.	หน้า
บทความ	1
- Measures for Pesticide Residues in Food in Japan	2
บทกวีสั้นฉบับ	
- สาธารณชน คนใช้ และผู้ให้บริการสาธารณสุข ต่อการยอมรับ มาตรการของเภสัชกรชุมชน เภสัชกรร้านยา และบทบาท ในการเฝ้าจับตาระวังการใช้ยา	7
- ปัจจัยการบริโภคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพน้ำบริโภค ในภาคตะวันออกเฉียงใต้	22
- การศึกษาระบบควบคุมการตรวจหาสารพิษต่อการใช้ยา ลดความถี่ในการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ในสถานพยาบาลเอกชน	32
- โครงการศึกษาวิจัยศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในบ้าน แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ไม่ใช่ยา ตามความรุนแรงของโรค	45
แนะนำงาน กยส.	
- ห้องปฏิบัติการและหน่วยตรวจเคลื่อนที่ (Mobile Unit)	53
- FDA - JICA FOOD FESTIVAL	56
ข่าววิชาการ	
- เครื่องสำอางกับ...ชุดชั้นใน	58
- ความสัมพันธ์กับเครื่องสำอาง	61
กรณีศึกษา	
- บทบาทวิชาชีพของสำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกาว่านถึงกับโรค เป็นยาหรือไม	64
ได้อีกเรื่องจากข่าววิชาการ	72
แนะนำหนังสือเก่า	76



Measures for Pesticide Residues in Food in Japan

*Makoto Kanie

1. Backgrounds

Before 1991, there were pesticide tolerances established for no more than 26 substances in Japan.

However, along with the increase in the number of newly developed pesticide and imported agricultural products, how to take safety measures for pesticide residues in food has become an important issue.

After 1991, the Ministry of Health and Welfare has been expanding the scope of pesticide residue regulation by establishing new tolerances.

It is estimated that more than 800 food-use agricultural chemicals (namely, those other than ones used exclusively for non-food plants such as turf) are marketed in the world. In Japan, approximately 300 food-use pesticides out of the 800 chemicals are registered.

Under the Food Sanitation Law, agricultural chemicals (hereafter referred to as pesticides) are regulated by pesticide resi-

due standard which is established as part of specifications and standards for food. The maximum residue level (MRL) of a pesticide remaining in or on a target agricultural product, which is established by the Minister of Health and Welfare. These MRLs are to regulate unsafe (unduly pesticide-polluted) products in the domestic market and to provide legal standards to stop the domestic distribution of the polluted products. At present, 108 out of the 300 registered pesticide have MRLs on 131 individual agricultural products including agricultural product groups.

2. Safety evaluation and establishment of MRLs for pesticides

When consulted by the Minister for Health and Welfare about the establishment of the MRL of a pesticide, the Food Sanitation Council, which consists of experts in toxicology etc., evaluates the toxicity of the pesticide, based on available toxicity data.

* JICA Project for Strengthening of Food Sanitation Activities, Food Sanitation Administration Expert

In practice, the Food Sanitation Council refers the evaluation of the pesticide to the Committee on Pesticides under the Council (usually evaluation is jointly performed by the Committee on Pesticides and the Committee on Toxicity). In response to the referral, a working group on pesticide residues under the Joint Committee on Pesticides and Toxicity discusses toxicity and recommends appropriate MRLs for each pesticide. After due evaluation, the result is passed on to the Joint Committee. The report made by the Joint Committee is made public, together with data evaluated by the Joint Committee. And the secretariat under the Ministry of Health and Welfare, namely the Food Chemistry Division (when the target product is an agricultural commodity) or the Veterinary Sanitation Division (when the target product is a marine product or a meat or dairy product, etc.) makes notification to the World Trade Organization or the parties concerned. Then, in response to comments submitted by other countries during a certain comment period, the secretariat takes appropriate measures. In the last step, the Standing Committee of the Council, a decision-making body, decides whether or not the MRL should be adopted.

In establishing the MRL, the Council uses a package of essential elements," No Observed Effect Level (NOEL)", "Safety Factor

(SF)", and "Acceptable Daily Intake (ADI)". When the Council determines no ADI can be set for a pesticide after due evaluation, no MRL is established for the pesticide.

Dietary intake data are needed to estimate the maximum intake of a pesticide as a residue in or on foods. The MRLs for a pesticide are allocated to individual foods so that the calculated daily intake of the pesticide does not exceed its ADI which has been determined through toxicological evaluations. Gathered residue data and the agricultural chemical applied in accordance with the use direction claimed when an application is filed for registration of the pesticide, give a rational for the MRL on the specific agricultural product.

The Food Sanitation Council, after finishing all required evaluation process, submits a final report to the Minister. After making necessary formalities for announcement, the secretariat publishes the finalized MRL in official gazette.

3. Other safety measures for pesticide residues in food

Since 1985, the Ministry of Health and Welfare has performed residue surveys on agricultural products to obtain basic data for the establishment of pesticide residue standards (MRLs). Also, the Ministry started to take safety measures for post-harvest

pesticides (i.e., pesticides applied after harvest) in 1989. These measures include surveys on pesticide residues in imported agricultural products such as wheat, and on the loss of pesticides during cooking, and also include collections of information concerning safety.

Based on these survey results, the Ministry of Health and Welfare consulted the Food Sanitation Council about the establishment of standards for pesticide residues in agricultural products for 103 pesticides with full documents in September 1991 ; January, June, July, and October 1992 ; and March, September 1993, December 1994, October 1995, and June 1996. By September 1996, the Ministry had received reports from the Council for 121 of the 158 pesticides, and notifications had been made for the 121 pesticides. As of September 1996, residue standards had been established for 138 pesticides (out of 138, new standards for 30 pesticides and revised standards for captafol will be effective as after March 1, 1997) on 130 agricultural products. The Council is working to establish standards for the remaining pesticides. The Ministry will develop residue standards for additional pesticides when required documents are completed.

The findings of monitoring tests conducted by local governments for individual pesticide residues showed that only less than

0.1% out of the instances tested violated the Food Sanitation Law.

4. Survey on pesticide intakes (Total Diet Study)

The Ministry of Health and Welfare started to conduct surveys on pesticide intakes (Market Basket Method) in 1991, in order to estimate intakes of pesticides through daily diet. The Ministry of Health and Welfare believes that these surveys may enable more precise estimation of pesticides, since samples are prepared / cooked as the foods would be consumed in daily life before analysis. Most of the pesticides remaining on the surface or inside foods are assumed to be reduced, removed, or degraded through preparing processes such as waterwashing, peeling, cutting, boiling, frying, steaming. In 1991 and 1992, the dietary intakes of pesticide residues, as estimated from the Total Diet Study, were well below the corresponding ADIs. Bromide ion was detected from almost all categories of the food tested. It is assumed that the Bromide ion derives from the postharvest application of Bromine included in agricultural chemicals applied, and also partly from Bromine naturally occurring in food. Chlorpyrifos and Malathion were detected as well. The study results in 1993 and 1994 also showed a similar tendency.

(Appendix)

Basic Principles for Establishment of Pesticide Residue Standards for Food

1. The Ministry of Health and Welfare establishes pesticide residue standards on the basis of the data given below and advisory reports from the Food Sanitation Council. Also, current residual states in individual agricultural products, international standards, and foreign countries' standards are considered in the process of establishment.

- 1) Safety data including the acceptable daily intake (ADI) of each pesticide
- 2) Intakes of individual agricultural products

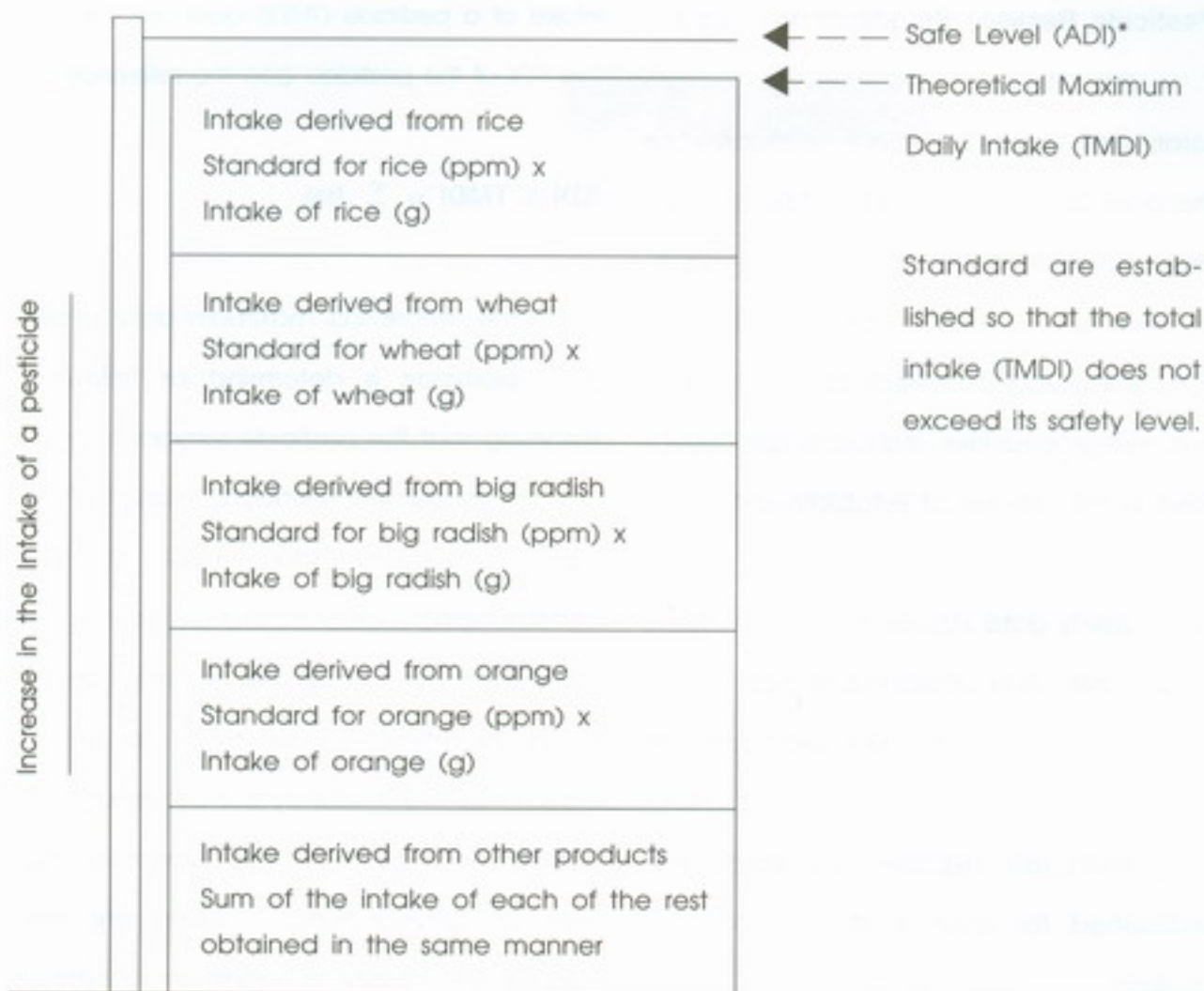
2. Pesticide residue standards are established for each pesticide on each product.

3. Any pesticide residue standard is established, so that the theoretical maximum daily intake of a pesticide (TMDI) does not exceed the ADI of the pesticide (see the reference).

$$ADI > TMDI = \sum f_{isi}$$

The theoretical maximum daily intake of a pesticide is determined as follows : Assuming that the pesticide remains in each of the agricultural products, expected to contain the pesticide residue, at the corresponding maximum limit (standard : S), the TMDI is the sum of the values obtained by multiplying the standards for each product by the intake of the corresponding product (food factor : F) calculated on the basis of National Nutrition Survey annually held by the Ministry of Health and Welfare.

Reference



* In order to determine the acceptable daily intake (ADI) of each pesticide, first a certain amount (maximum ineffective level), in which the pesticide administered does not induce any effect on experimental animals, is obtained on the basis of animal experiments. Then, the amount is multiplied by a safety factor. This is to provide an adequate margin of safety and the order of 100 of a margin of safety has been widely used.



**สาธารณชน คนไข้ และผู้ให้บริการสาธารณสุข
ต่อการยอมรับบทบาทของเภสัชกรชุมชน
เภสัชกรร้านยา และบทบาทในการเฝ้าบันทึกประวัติการใช้ยา**

**Public, Patient and Health Professionals Perceptions of
Community Pharmacists and Their Role in the Provision of
Patient Medication Records (PMRs).**

*Insas ชัยรัตน์ภานุภาน, MPH

--SAM SALEK, Ph.D

---LINDSAY PRIOR, Ph.D

Abstract

Using Patient Medication Records is quite a new concept in Thailand. A very few pharmacies accept this concept and are currently engaged in this role. The aims of this study, therefore, were to evaluate the present public image and determine acceptability of the future extended role of community pharmacists in implementing PMRs.

An attitudinal exploratory study about the provision of PMRs in Thailand was car-

ried out in 4 subject groups (ie general public, patients, doctors and community pharmacist) in May 1996. 4 self completion questionnaires were designed to collect data from the 4 groups. These questionnaires were piloted for content validity and reliability before implementation in study subjects. 200 members of the general public were selected through accidental sampling from the vicinity of 6 department stores situated around Bangkok. 200 patients were sampled from 10 pharmacies representing different geo-

*อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังศึกษาปริญญาเอก ณ มหาวิทยาลัยเวลส์ อังกฤษ

**Division of Clinical Pharmacy, Welsh School of Pharmacy ;

***School of Social and Administrative Studies , University of Wales, UK.

graphical/socio-economic areas in Bangkok. 250 doctors were randomly selected from the Medical Practitioners Register. In addition, 200 community pharmacists consisting of 80% from Bangkok and 20% from rural areas were recruited during their monthly clinical conference. Subjects in each of the 4 groups agreed to participate in the study and completed their respective questionnaire. The data were analysed using SPSS, and Chi-square test was applied.

The positive response rate from the 4 groups were: general public 98.5% - 197 (97 male, 100 female; mean age 29 years, range 16-67); patients 85% - 170 (63 male, 107 female; mean age 36.7 years, range 17-66); doctors 41.2% - 103 (69 male, 34 female; mean age 38 years, range 23-71); pharmacists 75% - 150 (81 male, 69 female; mean age 39.4 years, range 22-77). Eighty-six percent of the patient group thought that pharmacists as members of the health care team had a 'good' public image and this was followed by the views of pharmacist (76%), doctors (70.9%) and general public (69.5%). Indeed, patients rating was significantly different to that of the general public ($p=0.0001$) and the most prevalent reason given was that

"community pharmacists are the first health professionals who are contacted by

patients for advice". Sixty-three of the pharmacists believed that they have the necessary knowledge and skills to prescribe and this was significantly different to the rate of response for other groups ($p=0.0001$). The results also showed an overwhelming acceptance of using PMRs in community pharmacy by all 4 groups (83.2%, 83.5%, 78.6% and 86% respectively). Of the reasons given in support of PMRs, 3 were common to all 4 groups: it would be very useful to patients; pharmacists could monitor patients with regards to therapeutic outcomes; and patients could receive better drug counselling. Moreover, doctors and pharmacists believed that overall the patient's therapeutic outcomes and quality of life may be enhanced and this was significantly different to the response given by other groups ($p=0.0001$).

These findings clearly indicate the public and professional acceptability of PMRs and should encourage community pharmacists in Thailand to become actively involved in this challenging role. A large study is currently under way in assessing the impact of PMRs used by community pharmacists in Thailand on improving therapeutic outcomes.

บทคัดย่อ

การจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้
ในร้านยาค่อนข้างจะเป็นสิ่งใหม่ในเมืองไทย

เภสัชกรจำนวนน้อยมากที่ยอมรับความคิดเห็นและถือปฏิบัติอย่างจริงจังเป็นเสมือนหนึ่งในบทบาทประจำวัน วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการที่จะประเมินสถานะบทบาทในปัจจุบันของเภสัชกรชุมชน(เภสัชกรประจำร้านยา) และความยอมรับต่อบทบาทใหม่ในอนาคตของเภสัชกรชุมชนในการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้

การสำรวจทัศนคติต่อสถานะปัจจุบันของเภสัชกรชุมชน และความยอมรับต่อการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ในร้าน ได้เริ่มขึ้นในเดือนพฤษภาคม 2539 เป็นการศึกษาแบบ cross sectional study ต่อบุคคล 4 กลุ่ม คือ สาธารณชน คนไข้ แพทย์ และ เภสัชกรชุมชน โดยใช้แบบสอบถาม 4 ชุด ที่ได้ผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงก่อนนำมาใช้จริง สาธารณชน 200 คนถูกเลือกโดยบังเอิญตามศูนย์การค้าใหญ่ 6 แห่งในกรุงเทพมหานคร คนไข้ 200 คนสุ่มจากร้านยาจำนวน 10 ร้านซึ่งสุ่มกระจายให้เป็นตัวแทนตามสภาพภูมิศาสตร์ สังคม และ เศรษฐกิจของกรุงเทพมหานคร แพทย์ 250 คนสุ่มเลือกจากรายชื่อของแพทยสภา และเภสัชกรชุมชน 200 คน ซึ่งประกอบด้วย ร้อยละ 80 เปิดร้านในกรุงเทพฯ ร้อยละ 20 ในต่างจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ; การแจกแจงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และทดสอบความแตกต่างทางสถิติโดย Chi-square.

ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของทั้ง 4 กลุ่มมีดังนี้ สาธารณชน ร้อยละ 98.5 (อายุเฉลี่ย 29 ปี) คนไข้ ร้อยละ 85 (อายุเฉลี่ย 36.7 ปี) แพทย์ ร้อยละ 41.2 (อายุเฉลี่ย 38 ปี) เภสัชกรชุมชน

ร้อยละ 75 (อายุเฉลี่ย 39 ปี) ผลการวิจัยพบว่า คนไข้ เป็นกลุ่มที่มีความพึงพอใจในบทบาทของเภสัชกรชุมชนในปัจจุบันสูงสุดถึงร้อยละ 86 รองลงมาได้แก่ เภสัชกรชุมชน แพทย์ และ สาธารณชน (ร้อยละ 76, 70.9 และ 69.5 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้รับบริการด้วยกันเอง พบว่า คนไข้มีความพึงพอใจมากกว่าสาธารณชนอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.0001$) โดยทั้งสองกลุ่มเลือกเหตุผลของความพอใจตรงกันคือ “เภสัชกรชุมชนเป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยสามารถพบและขอคำแนะนำได้” ร้อยละ 63.2 ของเภสัชกรที่พึงพอใจในบทบาทของตนเองเชื่อว่า “ตนเองเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะเหมาะสมในการสั่งจ่ายยา” สูงกว่าอีก 3 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.0001$) ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นถึงความยอมรับอย่างสูงที่เห็นด้วยที่จะให้เภสัชกรชุมชนเริ่มจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาในร้านกับคนไข้ คิดเป็นร้อยละ 83.2, 83.5, 78.6 และ 86 ตามลำดับ โดยมีเหตุผลสนับสนุนร่วมกัน 3 ข้อ ดังนี้ “เป็นประโยชน์โดยตรงต่อประชาชน”, “ประชาชนจะได้รับการติดตามผลการใช้ยาเป็นระยะๆ” และ “ประชาชนจะได้รับการบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น” เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการคือ แพทย์ และ เภสัชกร และกลุ่มผู้รับบริการซึ่งได้แก่ สาธารณชน และ คนไข้ พบว่า ผู้ให้บริการเห็นด้วยกับ “ผลโดยรวมอาจทำให้ผลการรักษาดีขึ้น” และ “ผลโดยรวมอาจทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น” ($p=0.0001$)

ผลการวิจัยในครั้งนี้ระบุอย่างชัดเจนว่า ผู้รับบริการ(สาธารณชน และ คนไข้) และ ผู้ให้บริการ สาธารณสุข (แพทย์ และ เภสัชกร) ยอมรับบทบาทใหม่ในการบันทึกประวัติการใช้ยาในร้านยา และ

ควรที่จะสนับสนุนเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยให้เข้าร่วมบทบาทที่ท้าทายนี้อย่างเต็มที่ ขณะนี้กำลังมีงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งที่กำลังดำเนินอยู่เพื่อวัดผลกระทบด้านสุขภาพของการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ในร้านยา

บทนำ

เมื่อประชาชนเจ็บป่วยในเบื้องต้น ส่วนใหญ่จะไปใช้บริการจากร้านยา เป็นอันดับแรก (คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล) ซึ่งข้อมูลนี้ได้รับการยืนยันกับข้อมูลการกระจายยาจากแหล่งผลิตและแหล่งนำเข้า คือยาจะกระจายผ่านช่องทางร้านยามากที่สุด (ระบบยาของประเทศไทย 2537) นั้นหมายความว่า เภสัชกรชุมชน จะเป็นบุคคลสาธารณสุขคนแรกที่ประชาชนจะพบได้ แต่เป็นที่น่าเสียใจว่า บทบาทของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยยังไม่ได้พัฒนาไปไกลเทียบเท่าระดับสากล กล่าวคือ ยังไม่บรรลุถึงการบริหารทางเภสัชกรรมที่ได้มาตรฐาน (GOOD PHARMACEUTICAL PRACTICE) ตามคำประกาศของ THE INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (F.I.P.) ในปี 1993 ที่กรุงโตเกียว (FRYKLOF, 1994) หรือ PHARMACEUTICAL CARE ที่ HEPLER & STAND (ANDERSON, 1994) ได้กล่าวนิยามเอาไว้ว่า "การทำ PHARMACEUTICAL CARE ในทุกมุมมองของการปฏิบัติจริง จุดประสงค์ก็เพื่อให้คนไข้ได้รับการบริการด้านเภสัชกรรมในอันที่จะบรรลุถึงผลการรักษาที่ตั้งไว้นั้นก็คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไข้ตนเอง"

AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION (APhA) ได้เสนอนโยบายว่า เภสัชกร

ชุมชนน่าจะจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยา (PATIENT MEDICATION RECORDS = PMRs) เป็นหลักการปฏิบัติในการที่จะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านยา และการให้บริการเภสัชกรรมที่ดีที่สุดแก่คนไข้ (FINK III, 1975) (FRYKLOF, 1994) (ANDERSON, 1994)

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) หรือระบบสาธารณสุขในประเทศอังกฤษ ได้มีนโยบายที่เด่นชัด และ สนับสนุนงบประมาณให้เภสัชกรชุมชนจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยา (PMRs) ซึ่งเป็นผลให้มีการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้อย่างแพร่หลายทั่วประเทศด้วยความรวดเร็วมาก (ROGERS et al, 1992) (ROGERS & REES, 1993)

ฉะนั้น เป็นที่ยอมรับในประเทศที่เจริญแล้วว่าการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาจะเป็นพื้นฐานการทำงานให้กับเภสัชกรได้เป็นอย่างดี มีประโยชน์มากมายหลายด้านทั้งตัวเภสัชกรชุมชนเอง (STEVEN & CRABBE, 1991) (TOFFEY, 1997) และแน่นอนที่สุดตัวคนไข้อันเป็นวัตถุประสงค์หลัก (JACKSON, 1979) (BRITTEN, 1992) อีกทั้งยังเป็นรากฐานในการขยายบทบาทหน้าที่อันควรปฏิบัติแก่คนไข้ในอันที่จะทำให้ได้รับการบริการทางเภสัชกรรมที่ได้มาตรฐาน บรรลุถึงคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในที่สุด

จากคำประกาศเจตนารมณ์ ใหปี พ.ศ. 2536-2546 เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรม เมื่อวันที่ 8-9 ธันวาคม พ.ศ. 2536 ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สำลี ใจดี และคณะ, 2538) ใจความตอนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกรชุมชนว่า "จะต้องทำหน้าที่ปฏิบัติการ โดยยึดมั่นจรรยาบรรณ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมและประหยัด รวมทั้งการทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านยาและสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง"

ทั้งนี้การจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาจะเป็นเครื่องมือให้เภสัชกรชุมชนบรรลุถึงเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบทความเรื่อง “การปฏิรูปร้านยาเพื่อประชาชน” ของ ภก. ศทา บัณฑิตานุกุล ประธานกลุ่มเภสัชกรชุมชนคนปัจจุบัน ซึ่งเขียนไว้ว่า “บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรชุมชนที่ควรปฏิบัติ คือ การทำประวัติการใช้ยา (PATIENT DRUG PROFILE)” (สำลี ใจดี และคณะ, 2538)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) ประเมินสถานะบทบาทของเภสัชกรชุมชนไทยในสังคมปัจจุบัน
- 2) ประเมินความยอมรับในการที่เภสัชกรชุมชนจะจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ในร้านยา

ประโยชน์ที่ได้รับ

นำไปประยุกต์ใช้ในการหาวิธีการทดลองที่เหมาะสมที่จะให้เภสัชกรชุมชนจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาจริงในร้านยา

หน่วยงานที่ผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- ◆ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- ◆ กลุ่มเภสัชกรชุมชน / เภสัชกรร้านยา
- ◆ เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- ◆ สภาเภสัชกรรม
- ◆ คณะเภสัชศาสตร์ทุกสถาบัน
- ◆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (CROSS - SEC-

TIONAL SURVEY DESIGN)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของเภสัชกรชุมชน คือ

สาธารณสุข จำนวน 200 คน ที่พบปะโดยบังเอิญ (ACCIDENTAL SAMPLING) ตามศูนย์การค้าใหญ่ จำนวน 6 แห่ง กระจายทั่วกรุงเทพมหานคร

คนไข้ จำนวน 200 คน ที่ได้จากการสุ่มโดยร้านยา 10 แห่ง ที่เป็นตัวแทนเขตต่างๆในกรุงเทพฯ

แพทย์ จำนวน 250 คน ที่ได้จากการสุ่มตามรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาในปี 2539

เภสัชกรชุมชน จำนวน 200 คน ที่เข้าประชุมวิชาการเมื่อเดือน พฤษภาคม 2539 ประกอบด้วยร้อยละ 80 ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร และ ร้อยละ 20 ในต่างจังหวัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามอย่างง่ายจำนวน 4 ชุด ได้ผ่านการทดสอบความตรง (VALIDITY) และความเที่ยง (RELIABILITY) ก่อนนำออกใช้จริง

วิธีการเก็บข้อมูล

1) ใช้วิธีแจกแบบสอบถามให้กลุ่มประชากร 3 กลุ่ม ตอบด้วยตนเอง คือ สาธารณชน คนไข้ และ เภสัชกรชุมชน

2) ใช้วิธีส่งทางไปรษณีย์ให้กลุ่มแพทย์ และ ส่งเดือนซ้ำหลัง 3 สัปดาห์ กรณีที่ไม่ได้คำตอบกลับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมสำเร็จรูป THE STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES (SPSS) โดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ร้อยละสะสม ค่าเฉลี่ย พิสัย และ CHI-SQUARE

ผลการวิจัย

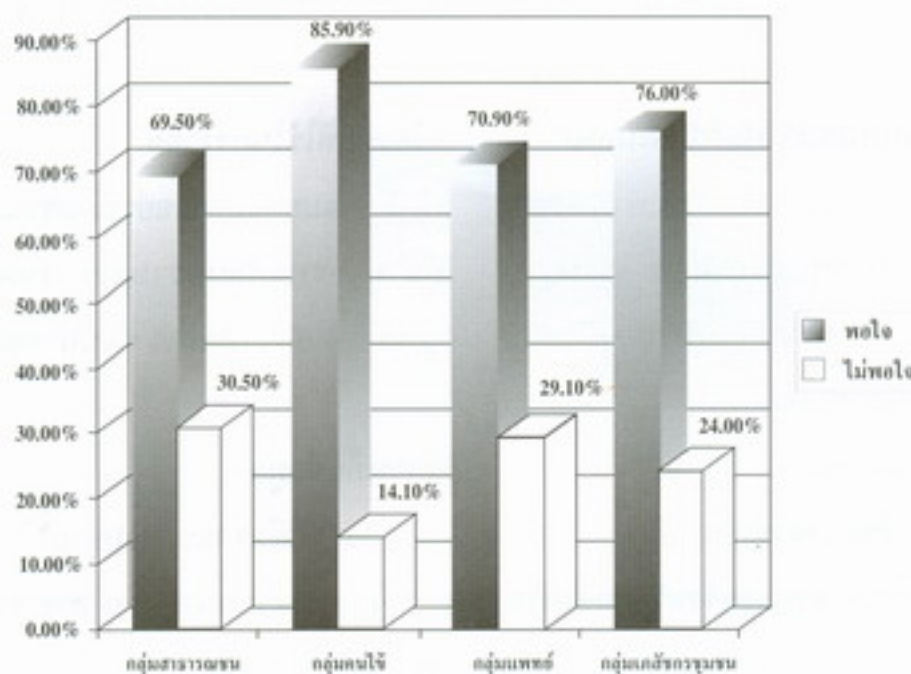
ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของทั้ง 4 กลุ่มมีดังนี้ สาธารณชน ร้อยละ 98.5, คนไข้ ร้อยละ 85, แพทย์ ร้อยละ 41.2, เกสักรชุมชน ร้อยละ 75

ก. ผลการวิจัยของกลุ่มสาธารณชน

จากการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม ให้ตอบด้วยตนเองของกลุ่มสาธารณชน ได้มาจำนวน 197 คน ได้ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ เพศชาย และ เพศหญิง มีจำนวนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 29.2 ปี ; การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ; สถานภาพส่วนใหญ่โสด ; ส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัท, รองลงมา คือ รับราชการ และเป็นนักเรียน นิสิต นักศึกษา ; มีโรคประจำตัวร้อยละ 15.7 ; ส่วนใหญ่ไปใช้บริการร้านยา น้อยกว่าเดือนละครั้ง ; และได้ใช้บริการกับเกสักรชุมชนร้อยละ 59.9

ทัศนคติต่อบทบาทในปัจจุบันของเกสักรชุมชน

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.5) พึงพอใจในบทบาทของเกสักรชุมชน ด้วยเหตุผลที่เลือกสนับสนุนส่วนใหญ่ คือ "เป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยสามารถพบและขอคำแนะนำได้"



แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบทัศนคติต่อบทบาทในปัจจุบันของเกสักรชุมชน (แสดงค่า ร้อยละ)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเลือกเหตุผลสนับสนุนความพึงพอใจในบทบาทปัจจุบันของเภสัชกรชุมชนของกลุ่มผู้รับบริการ (แสดงค่า ร้อยละ)

เหตุผล	กลุ่มสาธารณสุข	กลุ่มคนไข้	กลุ่มแพทย์	กลุ่มเภสัชกรชุมชน
เป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยสามารถพบและขอคำแนะนำได้	70.8	82.9	90.4	96.5
เป็นผู้ที่มีความรู้ที่สามารถแก้ไขปัญหอันเกิดเนื่องจากการใช้ยาของประชาชนได้	43.8	63.0	68.5	87.7
เป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะเหมาะสมในการสั่งจ่ายยา	38.7	49.3	41.1	63.2
บทบาทของเภสัชกรสามารถแบ่งเบาภาระงานแพทย์ได้	27.7	41.8	58.9	67.5

หมายเหตุ ผู้ตอบสามารถตอบได้หลายข้อ

สำหรับผู้ที่ไม่พอใจในบทบาทของเภสัชกรชุมชนได้ให้เหตุผลว่า “เภสัชกรชุมชนยังไม่สามารถคุ้มครองประชาชนให้พ้นอันตรายจากการใช้ยาได้”

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเลือกเหตุผลสนับสนุนความไม่พึงพอใจในบทบาทปัจจุบันของเภสัชกรชุมชนของกลุ่มผู้รับบริการ (แสดงค่า ร้อยละ)

เหตุผล	กลุ่มสาธารณสุข	กลุ่มคนไข้	กลุ่มแพทย์	กลุ่มเภสัชกรชุมชน
มีความรู้ไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหอันเกิดเนื่องจากการใช้ยาของประชาชน	28.3	29.2	23.3	52.8
ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการสั่งจ่ายยา	38.3	20.8	26.7	44.4
เพิ่มภาระงานให้กับแพทย์มากขึ้นในการแก้ไขผลจากการจ่ายยาของเภสัชกร	13.3	4.2	10.0	2.8
ยังไม่สามารถคุ้มครองประชาชนให้พ้นอันตรายจากการใช้ยาได้	50.0	37.5	63.3	69.4

หมายเหตุ ผู้ตอบสามารถตอบได้หลายข้อ

ทัศนคติต่อบทบาทของเภสัชกรชุมชนที่จะเริ่มจัดเก็บบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.2) เห็นด้วยที่จะให้เภสัชกรชุมชนจัดเก็บบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ในร้าน ด้วยเหตุผลซึ่งส่วนใหญ่คิดว่า “เป็น

ประโยชน์โดยตรงต่อประชาชน” และ “ประชาชนจะได้รับการบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น” และ “ประชาชนจะได้รับการติดตามผลการใช้ยาเป็นระยะ ๆ”

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเลือกเหตุผลสนับสนุนบทบาทใหม่ของเภสัชกรชุมชนในการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ในกลุ่มผู้รับบริการ (แสดงค่า ร้อยละ)

เหตุผล	กลุ่มสาธารณสุขชน	กลุ่มคนไข้	กลุ่มแพทย์	กลุ่มเภสัชกรชุมชน
เป็นประโยชน์โดยตรงต่อประชาชน	63.4	62.7	82.7	91.5
ประชาชนจะได้รับการติดตามผลการใช้ยาเป็นระยะ ๆ	50.0	57.7	56.8	80.6
ประชาชน จะได้รับการบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	63.4	74.6	72.8	87.6
ทำให้ยอดขายสูงขึ้น	4.9	11.3	3.7	30.2
เภสัชกรเป็นผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้	22.6	35.9	40.7	62.0
เสริมวิชาชีพเภสัชกรรมให้เด่นและมีคุณค่ามากขึ้นในสังคมผลโดยรวมอาจทำให้ผลการรักษาดีขึ้น	18.3	32.4	42.0	76.7
ทำให้เพื่อนร่วมวิชาชีพสาขาอื่นยอมรับบทบาทของเภสัชกรมากขึ้น	42.7	47.2	63.0	79.1
บันทึกนี้จะทำให้ประชาชน กลับมาใช้บริการที่ร้านเดิมตลอด	18.3	21.8	30.9	65.1
เภสัชกรจะได้เข้าใจคนไข้ได้ดีขึ้นก่อนที่จะให้บริการใด ๆ	22.6	37.3	25.9	49.6
ประชาชนจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น	32.9	42.3	48.1	71.3
ทำให้เภสัชกรได้ใช้ความรู้ที่เรียนมาได้อย่างเต็มที่	37.8	44.4	66.7	78.3
ช่วยประหยัดเศรษฐกิจของชาติโดยรวมเนื่องจากมีบันทึกประวัติการใช้ยาสามารถลดการใช้ยาที่ฟุ่มเฟือยได้	18.3	30.3	39.5	59.7
ผลโดยรวมอาจทำให้ประชาชนร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น	18.3	26.1	34.6	59.7
ผลโดยรวมอาจทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	17.1	21.8	32.1	61.2
บันทึกนี้จะทำให้ร้านนั้นมีคนไข้ประจำมากขึ้น	27.4	36.6	58.0	75.2
	14.6	22.5	16.0	46.5

หมายเหตุ ผู้ตอบสามารถตอบได้หลายข้อ

สำหรับผู้ที่ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 16.8) ที่เภสัชกรชุมชนจะทำการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาได้ ให้เหตุผลประกอบส่วนใหญ่ว่า "ในทางปฏิบัติมีความเป็นไปได้น้อยที่จะประสบความสำเร็จ"

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการเลือกเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยในบทบาทใหม่ของเภสัชกรในการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ ใน กลุ่มผู้รับบริการ (แสดงค่า ร้อยละ)

เหตุผล	กลุ่มสาธารณสุข	กลุ่มคนไข้	กลุ่มแพทย์	กลุ่มเภสัชกร
ประชาชนอาจคิดว่าทำให้เขาต้องเสียเวลา	33.3	28.6	36.4	85.7
ประชาชนอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการใช้บันทึกประวัติการใช้ยานี้	12.1	10.7	40.9	19.0
ประชาชนอาจรู้สึกเบื่อหน่ายและคิดว่าเป็นการยุ่งยากที่จะต้องให้ประวัติแก่เภสัชกรเพราะได้ให้ไว้กับแพทย์แล้ว	24.2	42.9	36.4	66.7
ได้ประโยชน์ไม่คุ้มค่าที่จะลงทุน	12.1	21.4	40.9	47.6
เภสัชกรอาจคิดว่าทำให้เขาต้องเสียเวลาในร้านที่ขายดี	3.0	14.3	18.2	52.4
ระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบันอาจไม่เหมาะต่อการที่เภสัชกรจะทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้	36.4	10.7	45.5	57.1
ประชาชนอาจไม่ต้องการบริการแบบนี้ การทำประวัติการใช้ยาอาจทำให้ประชาชนปฏิเสธที่จะกลับมาซื้อยาที่เดิมก็ได้	27.3	32.1	22.7	38.1
	21.2	32.1	13.6	47.6
ประชาชนอาจไม่ให้ความร่วมมือก็ได้	33.3	35.7	36.4	66.7
เภสัชกรยังขาดความรู้ที่เพียงพอในการทำบันทึกประวัติการใช้ยานี้	12.1	14.3	9.1	0.0
เภสัชกรอาจคิดว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาเพราะปัจจุบันก็ได้คำแนะนำที่ดีได้อยู่แล้ว	15.2	10.7	18.2	23.8
เพิ่มภาระงานให้กับเภสัชกร	9.1	17.9	45.5	38.1
ในทางปฏิบัติมีความเป็นไปได้น้อยที่จะประสบความสำเร็จ	51.5	25.0	68.2	66.7
ไม่ค่อยมีประโยชน์เนื่องจากปัญหาเรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยาพบน้อยอยู่แล้วในสังคมไทย	9.1	7.1	4.5	9.5
คนไข้อาจรู้สึกสับสนก็ได้	18.2	7.1	31.8	14.3
อาจไม่สะดวกที่จะจัดทำบันทึกนี้ในร้านขายยา	27.3	32.1	40.9	61.9

หมายเหตุ ผู้ตอบสามารถตอบได้หลายข้อ

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

จากการรวบรวมความคิดเห็นต่อท้ายจากแบบสอบถามของกลุ่มคนไข้ ส่วนมากคิดว่าเป็นความคิดที่ดี และอยากให้กำลังใจสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมนี้ขึ้น นอกจากนี้พวกเขายังต้องการให้มีเภสัชกรประจำอยู่ทุกร้าน และเป็นผู้ทำบันทึกนี้ด้วยตนเอง ที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ พวกเขาอยากให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและเภสัชกรชุมชนด้วย รวมไปถึงถึงการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ และการเก็บข้อมูลของพวกเขาลงในบัตรที่พกพาได้สะดวกเช่นเดียวกับบัตรเครดิต

อย่างไรก็ตามมีบางส่วนเกรงว่าจะทำให้เกิดความล่าช้าในการจ่ายยา หรืออาจจะมีเภสัชกรชุมชนทำตัวเกินขอบเขตไม่ยอมส่งต่อแพทย์ ซึ่งจะทำให้พวกเขาต้องยุ่งยากเสียเวลามากขึ้น

ข. ผลการวิจัยของกลุ่มแพทย์

จากการเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ของกลุ่มแพทย์ ซึ่งตอบกลับ 103 คน ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมี ดังนี้ คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย; อายุเฉลี่ย 38.0 ปี ; มีการศึกษาต่อจากระดับปริญญาตรี และหรือ เป็นแพทย์เฉพาะทางร้อยละ 50.5 ; ส่วนใหญ่จบจากสถาบันภายในประเทศ ; ส่วนใหญ่ ไม่มีคลินิกหรือโรงพยาบาลเป็นของตนเอง ; ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 13.1 ปี

ทัศนคติต่อบทบาทในปัจจุบันของเภสัชกรชุมชน

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.9) พึงพอใจในบทบาทของเภสัชกรชุมชน ด้วยเหตุผลที่เลือกสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมนี้ขึ้นพวกเขาต้องการที่จะเห็นเภสัชกรประจำอยู่ทุกร้าน และเป็นผู้ทำบันทึกนี้ด้วยตนเอง

ขอคำแนะนำได้” เหตุผลรองลงมาได้แก่ “เป็นผู้ที่มีความรู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาอันเกิดเนื่องจากการใช้ยาของประชาชนได้ และ “บทบาทของเภสัชกรสามารถแบ่งเบาภาระงานแพทย์ได้” (ตารางที่ 1)

สำหรับผู้ที่ไม่พอใจในบทบาทของเภสัชกรชุมชน ได้ให้เหตุผลประกอบว่า “เภสัชกรชุมชนยังไม่สามารถคุ้มครองประชาชนให้พ้นอันตรายจากการใช้ยาได้”

ทัศนคติต่อบทบาทของเภสัชกรชุมชนที่จะเริ่มจัดเก็บบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.6) เห็นด้วยที่จะให้เภสัชกรชุมชนจัดเก็บบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ในร้านยา ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับกลุ่มสาธารณสุขและคนไข้ แต่ก็เห็นเพิ่มเติมว่า ผลโดยรวมอาจทำให้ผลการรักษาดีขึ้น และ “ผลโดยรวมอาจทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น”

สำหรับผู้ที่ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 21.4) ที่เภสัชกรชุมชนจะทำการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาได้ให้เหตุผลประกอบ ดังนี้ ส่วนใหญ่เห็นว่า “ในทางปฏิบัติมีความเป็นไปได้น้อยที่จะประสบความสำเร็จ” และ “ระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบันอาจไม่เหมาะสมต่อการที่เภสัชกรจะทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้”

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

จากการรวบรวมความคิดเห็นต่อท้ายจากแบบสอบถามของกลุ่มแพทย์ ส่วนมากคิดว่าเป็นความคิดที่ดีเช่นกัน และอยากให้กำลังใจสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมนี้ขึ้นพวกเขาต้องการที่จะเห็นเภสัชกรประจำอยู่ทุกร้าน และเป็นผู้ทำบันทึกนี้ด้วยตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ยอมรับบทบาทใหม่ในการบันทึก ประวัติการใช้ยาในร้านยา

อยากให้เภสัชกรช่วยดูแลคนไข้อีกทางหนึ่ง อยากให้มีการส่งข้อมูลต่อกรณีส่งคนไข้มาพบแพทย์ด้วยที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือ พวกเขายังอยากให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษา และ เภสัชกรชุมชน รวมไปถึงการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ และการเก็บข้อมูลลงในบัตรที่พกพาได้สะดวกเช่นเดียวกับบัตรเครดิต

นอกจากนี้พวกเขายังเชื่อว่าจะเป็นผลดีต่อภาพรวมของระบบสาธารณสุขไทย อยากให้บรรจุกิจกรรมนี้ลงในหลักสูตรของเภสัชศาสตร์บัณฑิต ทั้งยังเสนอว่าควรจะให้สื่อมวลชนช่วยประชาสัมพันธ์ให้เกิดความเข้าใจ และเห็นคุณค่าก่อนลงมือปฏิบัติจริง อย่างไรก็ตามบางส่วนก็เกรงว่าเภสัชกรชุมชนอาจประวิงเวลาไม่ยอมส่งต่อแพทย์ บางส่วนยังสงสัยว่าบทบาทใหม่นี้จะไม่มีประโยชน์ ทั้งยังไม่เชื่อมั่นต่อองค์ความรู้ของเภสัชกรชุมชนในเรื่องโรค ขนาดยาที่ใช้ ตลอดจนเวลา และบุคคลากรที่จะช่วยเหลือ

ค. ผลการวิจัยของกลุ่มเภสัชกรชุมชน

จากการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเองของกลุ่มเภสัชกรชุมชน ได้มา

จำนวน 150 คน มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ; อายุเฉลี่ย 39.4 ปี ; มีการศึกษาต่อจากระดับปริญญาตรีเพียงร้อยละ 18.0 ; ส่วนมากจบการศึกษาภายในประเทศ ; ส่วนใหญ่มีร้านขายยาเป็นของตนเอง ; ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.9 ปี ในจำนวนนี้มีร้อยละ 16.0 ที่จัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ แบ่งออกเป็นทำด้วยระบบเอกสาร ร้อยละ 12.7 ระบบคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 3.3

ทัศนคติต่อบทบาทในปัจจุบันของเภสัชกรชุมชน

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.0) พึงพอใจในบทบาทของตนเอง (แผนภูมิที่ 1) เหตุผล คือ “เป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยสามารถพบและขอคำแนะนำได้” เหตุผลรองลงมาได้แก่ “เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถแก้ไขปัญหอันเกิดจากการใช้ยาของประชาชนได้” และ “บทบาทของเภสัชกรสามารถแบ่งเบาภาระงานแพทย์ได้” เหตุผลข้อสุดท้ายที่เลือกคือ “เป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะเหมาะสมในการจ่ายยา”

สำหรับผู้ที่ไม่พอใจในบทบาทของเภสัชกรชุมชนในปัจจุบัน ได้ให้เหตุผลประกอบดังนี้ “เภสัชกร

ชุมชนยังไม่สามารถคุ้มครองประชาชนให้พ้นอันตรายจากการใช้ยาได้” และคิดว่า “มีความรู้ไม่เพียงพอในการแก้ปัญหาอันเกิดเนื่องจากการใช้ยาของประชาชน” (ตารางที่ 2)

ทัศนคติต่อบทบาทของเภสัชกรชุมชนที่จะเริ่มจัดเก็บบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.0) เห็นด้วยที่จะให้เภสัชกรชุมชน จัดเก็บบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ในร้านยาด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับกลุ่มแพทย์ นอกจากนี้พวกเขายังเชื่ออีกด้วยว่า “จะทำให้เพื่อนร่วมวิชาชีพสาขาอื่นยอมรับบทบาทของเภสัชกรมากขึ้น” และ “เภสัชกรเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้” (ตารางที่ 3)

สำหรับผู้ที่ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 14.0) ที่เภสัชกรชุมชนจะทำการจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาได้ให้เหตุผลประกอบ ดังนี้ ส่วนใหญ่เห็นว่า “ประชาชนอาจคิดว่าทำให้เขาต้องเสียเวลา” “ในทางปฏิบัติมีความเป็นไปได้น้อยที่จะประสบความสำเร็จ” “ประชาชนอาจไม่ให้ความร่วมมือก็ได้” และ “ประชาชนอาจรู้สึกเบื่อหน่ายและคิดว่าเป็นการยุ่งยากที่จะต้องให้ประวัติแก่เภสัชกรเพราะได้ให้ไว้กับแพทย์แล้ว” นอกจากนี้แล้วพวกเขายังเชื่อว่า “อาจไม่สะดวกที่จะจัดทำบันทึกนี้ในร้านยา” และ “ระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบันไม่เหมาะต่อการที่เภสัชกรจะทำบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้” (ตารางที่ 4)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

จากการรวบรวมความคิดเห็นต่อท้ายจากแบบสอบถามของกลุ่มเภสัชกรชุมชน ส่วนมากคิดว่าเป็นความคิดที่ดีและเป็นโครงการที่สำคัญพวกเขา

เชื่อว่าการใช้คอมพิวเตอร์จะมีประสิทธิภาพดีกว่าที่น่าสังเกต คือ พวกเขาต้องการให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษา และ เภสัชกรชุมชนด้วย ทั้งยังเชื่อว่าจะเป็นจุดเริ่มต้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง แพทย์ เภสัชกรชุมชน และคนไข้

ที่น่าสนใจคือ พวกเขาอยากให้โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องงบประมาณระดับชาติ ต้องการให้สภาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการและอยากให้กลุ่มเภสัชกรชุมชน เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์เป็นผู้นำในการเริ่มบทบาทใหม่นี้ พร้อมทั้งกำหนดมาตรฐานให้เหมือนกัน ให้กระตุ้นชี้ชวนสมาชิกให้เห็นความสำคัญที่จะทำ ทั้งยังเห็นด้วยที่จะให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้เข้าใจ เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี

อย่างไรก็ตาม เภสัชกรชุมชนบางส่วนยังกังวลกับการะงาน อยากให้เพิ่มกำลังคน และผู้ช่วย

การวิเคราะห์ และ สรุปผลการวิจัย

1) ทัศนคติต่อบทบาทในปัจจุบันของเภสัชกรชุมชน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า บุคคลทั้ง 4 กลุ่ม มีระดับความพึงพอใจต่อบทบาทในปัจจุบันของเภสัชกรชุมชนค่อนข้างสูง เมื่อแยกกลุ่มเป้าหมายเป็น กลุ่มผู้รับบริการ (สาธารณสุข และ คนไข้) และกลุ่มผู้ให้บริการ (แพทย์ และ เภสัชกรชุมชน) ปรากฏผลดังนี้

1.1 กลุ่มผู้รับบริการ

คนไข้มีความพึงพอใจต่อบทบาทในปัจจุบันของเภสัชกรมากกว่าสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.0001$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากความดีการได้รับบริการจากตัวเภสัชกรชุมชน ซึ่ง

การไปร้านยาและได้พบเภสัชกรชุมชนบ่อยครั้งกว่า
สาธารณชน สรุปคือ คนไข้ได้พบ และได้รับการบริการ
จากตัวเภสัชกรมากกว่าย่อมเป็นการเปรียบเทียบ
การได้รับการบริการที่ดีกว่าประทับใจมากกว่า ฉะนั้น
ระดับความพึงพอใจย่อมสูงตามไปด้วย

สำหรับเหตุผลสนับสนุนความพึงพอใจนั้น
กลุ่มคนไข้ให้คะแนนสูงกว่ากลุ่มสาธารณชนทุกข้อ
อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และคนไข้ ให้เหตุผล
สนับสนุนมากกว่าสาธารณชนอีกข้อ คือ “เภสัชกรเป็น
ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถแก้ไขปัญหอันเกิดจาก
การใช้ยาของประชาชนได้”

1.2 กลุ่มผู้ให้บริการ

ทั้งกลุ่มแพทย์ และ เภสัชกรชุมชน
เลือกเหตุผลสนับสนุนสูงสุดข้อแรกเช่นเดียวกับกลุ่ม
ผู้ให้บริการ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า มุมมองของผู้ให้
บริการยังเชื่อต่อไปอีกว่า “บทบาทของเภสัชกร
สามารถแบ่งเบาภาระงานแพทย์ได้” กระนั้นก็ตาม
กลุ่มแพทย์ยังคงไม่เชื่อว่า “เภสัชกรเป็นผู้ที่มีความรู้
และทักษะเหมาะสมในการสั่งจ่ายยา” ยกเว้นกลุ่ม
เภสัชกรชุมชนเองเท่านั้นที่เชื่อเช่นนั้น ($p = 0.0003$)

สำหรับเหตุผลสนับสนุนความไม่พึงพอใจ
ข้อที่ถูกเลือกสูงสุด เป็นเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ให้บริการ
คือ “เภสัชกรยังไม่สามารถคุ้มครองประชาชนให้
พ้นจากอันตรายของการใช้ยาได้”

2) ทศนคติต่อบทบาทของเภสัชกรชุมชนที่จะเริ่ม จัดเก็บบันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า บุคคลทั้ง 4 กลุ่ม
มีระดับความเห็นด้วยค่อนข้างสูง ต่อบทบาทของ
เภสัชกรชุมชนที่จะเริ่มจัดเก็บบันทึกประวัติของ
คนไข้ในร้านยา เมื่อแยกวิเคราะห์ระหว่างกลุ่มที่

พึงพอใจในบทบาทปัจจุบันของกลุ่มเภสัชกรชุมชน
กับ กลุ่มที่ไม่พึงพอใจกับการสนับสนุนการจัดเก็บ
บันทึกประวัติการใช้ยาของคนไข้ ได้ผลดังนี้

2.1 ในกลุ่มสาธารณชน กลุ่มแพทย์ และ กลุ่มเภสัชกรชุมชน

ไม่พบความแตกต่างใดๆ ($p > 0.05$) คือไม่ว่า
พวกเขาจะพึงพอใจในบทบาทปัจจุบันของเภสัชกร
ชุมชนหรือไม่ พวกเขาก็นับสนับสนุนให้ทำบันทึก
ประวัติการใช้ยาอยู่ดี ยกเว้น ในกลุ่มคนไข้ที่กลุ่ม
พึงพอใจในบทบาทปัจจุบันของเภสัชกรชุมชน
สนับสนุนให้เภสัชกรชุมชนจัดทำบันทึกประวัติการ
ใช้ยาของคนไข้ในร้านยา มากกว่ากลุ่มที่ไม่พึงพอใจ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

2.2 กลุ่มผู้รับบริการ

เลือกเหตุผลที่เหมือนกัน 3 ข้อ สนับสนุน
ความเห็นด้วยที่จะให้เภสัชกรชุมชนจัดเก็บบันทึก
ประวัติการใช้ยาของคนไข้ นับเป็นมุมมองที่สอดคล้อง
กันยิ่ง (ตารางที่ 3)

ส่วนพวกที่ไม่สนับสนุนกิจกรรมนี้ จะให้
เหตุผลที่แตกต่างกัน กลุ่มสาธารณชนคิดว่า “ในทาง
ปฏิบัติมีความเป็นไปได้น้อยที่จะประสบความสำเร็จ”
แต่ กลุ่มคนไข้กลับคิดว่า “เขาจะรู้สึกเบื่อหน่าย
และคิดว่าเป็นการยุ่งยากที่จะต้องให้ประวัติแก่
เภสัชกรเพราะ ได้ให้ไว้กับแพทย์แล้ว” (ตารางที่ 4)

2.3 กลุ่มผู้ให้บริการ

เช่นเดียวกับกลุ่มผู้รับบริการที่ให้ความ
สำคัญของเหตุผล 3 ข้อแรกเป็นเช่นเดียวกัน แต่
มุมมองของผู้ให้บริการจะแตกต่างออกไปบ้าง
เพราะกลุ่มนี้ยังเชื่อต่อไปอีกว่า “ผลโดยรวมอาจ

ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น” “ผลโดยรวมอาจทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น” และ “ประชาชนจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการ ใช้น้ำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น”

นอกจากนี้ กลุ่มเภสัชกรชุมชนยังมั่นใจต่อไปอีกว่า “จะเสริมวิชาชีพเภสัชกรรมให้เด่นและมีคุณค่ามากขึ้นในสังคม” “เภสัชกรจะได้เข้าใจคนไข้ ได้ดีขึ้นก่อนที่จะให้บริการใดๆ” และที่น่าสังเกตคือเหตุผลที่ว่า “เภสัชกรเป็นผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำบันทึกประวัติการใช้น้ำของคนไข้” มีแต่กลุ่มเภสัชกรชุมชนเท่านั้นที่เชื่อมั่น (ตารางที่ 3)

ส่วนพวกไม่สนับสนุนกิจกรรมใหม่นี้ กลุ่มแพทย์มองเช่นเดียวกับ กลุ่มสาธารณสุข ส่วนมุมมองของกลุ่มเภสัชกรชุมชนนั้น อาจเนื่องจากคิดว่าตัวเองจะต้องเป็นผู้ลงมือกระทำ จึงพะวงมากหน่อย โดยกล่าวว่า “ประชาชนอาจคิดว่าทำให้เขาต้องเสียเวลา” “ประชาชนอาจไม่ร่วมมือก็ได้” ทั้งยังเชื่อเช่นเดียวกับกลุ่มสาธารณสุข และ กลุ่มแพทย์ ว่า “ในทางปฏิบัติมีความเป็นไปได้ น้อยที่จะประสบความสำเร็จ” นอกจากนี้พวกเขายังเป็นห่วงว่า “ทำให้ต้องเสียเวลาในร้านที่ขายดี” อย่างไรก็ตาม ไม่มีผู้ใดเลยในกลุ่มเภสัชกรชุมชนที่คิดว่า “เภสัชกรยังขาดความรู้ที่เพียงพอในการบันทึกประวัติการใช้น้ำ” (ตารางที่ 4)

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลและการวิเคราะห์ข้างต้น คงจะเพียงพอในการที่จะสรุปว่า สังคมไทยพร้อมแล้วที่จะให้เภสัชกรชุมชน ได้ขยายบทบาทที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกในสังคม และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะ และข้อโต้แย้ง ที่เก็บรวบรวมได้จากการวิจัยครั้งนี้ควรนำมาใช้ประโยชน์ หรือหาทางแก้ไขป้องกัน เพื่อให้การปฏิบัติงานของเภสัชกรชุมชนมีประสิทธิภาพเต็มที่ อาทิเช่น การคัดเลือกคนไข้ที่จะทำในระยะเริ่มแรกการอธิบายผลดีที่เขาจะได้รับการประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีแก่ทุกฝ่าย และความร่วมมือที่ดีด้วย การเตรียมความพร้อมในระดับผู้นำ ผู้บริหาร อันได้แก่ กลุ่มเภสัชกรชุมชน สภาเภสัชกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตลอดจน คณะเภสัชศาสตร์ทุกสถาบัน ในการเตรียมองค์ความรู้ และอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการอำนวยความสะดวกให้แก่ตัวเภสัชกรชุมชนในฐานะผู้ปฏิบัติ จึงจะทำให้พวกเขาไม่โดดเดี่ยว อ้างว้าง ขาดกำลังใจหนุน

และถ้าเป็นไปได้ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในฐานะตัวแทนภาครัฐบาลผู้กำกับดูแลร้านยาโดยตรง หากสามารถจัดหา SOFTWARE มาช่วยในการทำกิจกรรมใหม่นี้ หรือมีการสนับสนุนด้านงบประมาณ อาจเป็นแรงสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพสูง และเป็นการเร่งให้บทบาทใหม่นี้เป็นจริงเร็วขึ้น

อนึ่ง ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติสู่วงกว้าง สมควรอย่างยิ่งที่น้ำจะได้มีการทำวิจัยต่อเพื่อศึกษาถึงผลเสีย และผลกระทบด้านต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ด้านผลการรักษา ความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ตลอดจน คุณภาพชีวิตด้วย คือให้พิจารณาทั้ง 3 มิติ ได้แก่ CLINICAL OUTCOME, HUMANISTIC OUTCOME และ ECONOMIC OUTCOME ผลของการวิจัยนี้อาจจะแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่แท้จริงในทางปฏิบัติ ตลอดจนแนวคิด และวิธีปฏิบัติที่จะบรรลุถึงจุดหมายของ GOOD PHAR-

MACY PRACTICE และ PHARMACEUTICAL CARE

ได้ในที่สุด

1992;Nov.28:723-727.

เอกสารอ้างอิง

1. Anderson LJ. Dispensing Doctors and Prescribing Pharmacists in the U.S.A. JSAP 1994;11 no.3:116-120.
2. Britten N, Gallagher K, Gallagher H. Patients' views of computerised pharmacy records. Int J Pharm Pract 1992;1:206-209.
3. Fink III JL. Liability Aspects of Patient Medication Records. Journal of the American Pharmaceutical Association 1975;NS 15 No.9 September:496-498.
4. Fryklof LE. Dispensing Doctors and Prescribing Pharmacists - Where is the Borderline ? JSAP 1994;11 no.3:105,160.
5. Jackson RA. 18 Advantages Result from Using Patient Medication Records. Pharmacy Times 1979;March:40-43.
6. Morris G. Patient Medication Records : A Personal View. The Pharmaceutical Journal 1989;March 25:351-352.
7. Rogers PJ, Rees JE, Fletcher G. Patient Medication Records in Community Pharmacy. The Pharmaceutical Journal 1992;Feb 8:193-196.
8. Rogers PJ, Rees JE, Fletcher G. Recording of Clinical Conditions by Community Pharmacists in Patient Medication Records. The Pharmaceutical Journal 1992;Nov.28:723-727.
9. Rogers PJ, Fletcher G, Rees JE. Reasons for community pharmacists establishing patient medication records. Int J Pharm Pract 1993;2:44-48.
10. Rogers PJ, Rees JE, Fletcher G. Patient Medication Records in Community Pharmacy. A standardised Pharmacist-Intervention Factor(SPIF) for Identifying Drug Products Most Likely to Require Professional Intervention in Community Pharmacy. JSAP 1995;12 no.2:80-85.
11. Steven RG, Crabbe AM. Patient medication records - evaluation of a drug interaction routine and potential for time saving. Int J Pharm Pract 1991;1:41-43.
12. Toffey WV. The patient profile key-opening new pharmacy doors. Drug Topics 1977;Jan 15:45-49.
13. กลุ่มนิติการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รวบรวมกฎหมายอาหารและยา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2537.
14. คทา บัณฑิตานุกูล. การปฏิรูปร้านยาเพื่อประชาชน. ทศวรรษที่เก้าเภสัชกรไทย กรุงเทพฯ 2538 หน้า 143-152
15. คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย และคณะ. ระบบยาของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ อรุณการพิมพ์. 2537.





ปัจจัยการผลิต ที่มีผลกระทบต่อ คุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

อวิวรรณ บวจินดา*
 ฐริกรณ์ บุญยวงศวิโรจน์**
 บุญสงค์ สีสกุลพลบเก***
 ศิริบทพิชญ์ อิบกรชัย**
 กรรณ ทิรสมัย**
 ไพริบ ภาปิฏบะ**

บทคัดย่อ

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ นครราชสีมา ได้สำรวจคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ในเขต 5 ประกอบกับการสำรวจข้อมูลปัจจัยการผลิตจากสถานประกอบการจำนวน 36 แห่ง ในจังหวัด บุรีรัมย์ ชัยภูมิ สุรินทร์ มหาสารคาม และนครราชสีมา พบว่าน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จำนวน 81 ตัวอย่างไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐาน 32 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 39.5 คุณภาพน้ำในภาชนะชนิดบรรจุถึงล่างบรรจุหลายครั้งมีคุณภาพไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าชนิดขวดใช้ครั้งเดียวในอัตราร้อยละ 48.4 และ 34.0 ตามลำดับ

จากการศึกษา ความสัมพันธ์ ทางสถิติพบว่า คุณภาพน้ำไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยการผลิต ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษาของผู้ดูแลกิจการ การเข้าข่ายโรงงานของสถานที่ผลิตการฝึกอบรมจากภาครัฐด้านการผลิต ระบบการกำจัดเชื้อจุลินทรีย์น้ำดิบที่นำมาผลิต และชนิดของภาชนะที่บรรจุ แต่สัมพันธ์กับการจัดทำบันทึกข้อมูล เช่น การตรวจวิเคราะห์สภาพการทำงาน เครื่องจักร การทดสอบสารเคมี ชนิดและปริมาณการผลิตซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการควบคุมคุณภาพ

หน่วยงานของรัฐจึงควรให้คำแนะนำผู้ประกอบการในการจัดทำบันทึกรายงานเพื่อควบคุม

* กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

** ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ นครราชสีมา

*** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

จุดบกพร่องของการผลิตน้ำบริโภค นอกจากนั้นควร มีการพัฒนาและสนับสนุนให้ใช้ชุดทดสอบอย่าง ง่ายในการควบคุมคุณภาพให้สมบูรณ์เพื่อพัฒนา ระบบการควบคุมคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิทให้มีคุณภาพที่ดีต่อไป

บทนำ

น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท เป็นที่ นิยมบริโภคกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ทำให้ จำนวนผู้ผลิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี 2540 สํารวจพบว่าจำนวนผู้ผลิตในเขต 5 มีสูงถึง 133 แห่ง แยกเป็นสถานที่ผลิตที่เข้าข่ายโรงงาน 30 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.6 และสถานที่ผลิตที่ไม่เข้าข่าย โรงงาน 103 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.4 น้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จัดเป็นผลิตภัณฑ์ที่มี ความสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังคุณภาพเพื่อคุ้มครองผู้ บริโภคเป็นประจำทุกปีอย่างไรก็ดีคุณภาพน้ำในเขต 5 ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ตามแผนคุ้มครอง ผู้บริโภค ปี 2538 2539 และ 2540 พบว่า คุณภาพ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุชนิดขวดบรรจุครั้งเดียว ไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐานในอัตราร้อยละ 33.0, 24.6 และ 26.9 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพน้ำบริโภคใน ภาชนะบรรจุชนิดถังปริมาตร 20 ลิตร ซึ่งใช้ล้าง บรรจุหลายครั้ง ไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐานในอัตรา ร้อยละ 45.2, 32.3 และ 43.5 1.2.3 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าคุณภาพน้ำในถังไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐาน สูงกว่าชนิดบรรจุขวดใช้ครั้งเดียวเสมอ

จากการศึกษาคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะ บรรจุที่ปิดสนิท ชนิดขวดใช้ครั้งเดียวในจังหวัด นครราชสีมาซึ่งอยู่ในเขต 5 โดยสุ่มตรวจตัวอย่าง จาก 20 ยี่ห้อทุกเดือน ในปีงบประมาณ 2538 พบว่า คุณภาพน้ำไม่สม่ำเสมอไม่มียี่ห้อที่สามารถควบคุม การผลิตให้น้ำอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ตลอดทั้งปี และคุณภาพน้ำที่วางไว้จำหน่ายโดยเฉลี่ยมีคุณภาพ ไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าคุณภาพน้ำที่เก็บตรวจ ตามแผนคุ้มครองผู้บริโภค 4 ในปี 2539 ได้มีการ

จัดทำโครงการยกระดับคุณภาพน้ำบริโภคใน ภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกำหนดเป้าหมายให้สถานประกอบการ ที่ผลิต น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกแห่ง มีคุณภาพเข้าเกณฑ์มาตรฐาน ขั้นต่ำ 5 ของสถานที่ผลิตที่สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยาคำหนด

ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางหรือกลวิธีในการ ส่งเสริมสนับสนุนทางวิชาการ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอปัจจัยการผลิตทั้งด้าน อุปกรณ์ วัตถุดิบ บุคลากร สถานที่ และกระบวนการ ว่ามีปัจจัยใดที่มีผลต่อคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะ บรรจุที่ปิดสนิท ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ประกอบการ ปรับปรุงแก้ไขและเป็นแนวทางในการควบคุม กำกับกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมี ประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ตัวอย่าง

น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทซึ่ง สํานักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขต 5 ได้แก่ จังหวัด บุรีรัมย์ ชัยภูมิ สุรินทร์ มหาสารคาม และ นครราชสีมาเก็บและนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ ตามแผนเก็บตัวอย่างส่งตรวจ เพื่อการคุ้มครอง ผู้บริโภคประจำปี 2540

วิธีวิเคราะห์

วิเคราะห์คุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิท ทางเคมี-ฟิสิกส์^๑ ได้แก่ ความเป็น กรด -ด่าง ปริมาณสารทั้งหมด ความกระด้างทั้งหมด (คำนวณเป็น แคลเซียมคาร์บอเนต) คลอไรด์ ไนเตรต เหล็ก ตะกั่ว และทางจุลชีววิทยา^๒ ได้แก่ MPN Coliform, *E.coli*, *S.aureus*, *Salmonella* และ *C.perfringens* ตามมาตรฐานประกาศกระทรวง สาธารณสุข ฉบับที่ 61 (พค.2524)^๑ และฉบับที่ 135 (พค.2534)^๒

การเก็บข้อมูลด้านปัจจัยการผลิต

สร้างแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลด้านผู้ประกอบการ

- 1.1 อายุ
- 1.2 เพศ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 ประสบการณ์การทำงาน
- 1.5 สถานภาพการทำงาน
- 1.6 แหล่งความรู้ของวิธีการผลิตน้ำ
- 1.7 การได้รับอบรมจากภาครัฐ

2. ข้อมูลด้านสถานประกอบการ

- 2.1 ลักษณะการเป็นโรงงาน
- 2.2 ลักษณะสถานที่ผลิต
- 2.3 เนื้อที่บริเวณที่ผลิต
- 2.4 จำนวนรถบริการส่ง

3. ข้อมูลด้านการผลิต

- 3.1 ความถี่ของการผลิต
- 3.2 ชนิดของภาชนะที่ใช้บรรจุในการผลิต
- 3.3 การปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนการผลิต
- 3.4 ระบบการผลิตน้ำบริโภค
- 3.5 การบรรจุน้ำลงภาชนะ
- 3.6 การปรับปริมาตรน้ำในภาชนะ
- 3.7 การกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำบริโภค

4. อุปกรณ์

- 4.1 น้ำที่นำมาผลิต
- 4.2 ประเภทเครื่องกรอง

5. บุคลากร

- 5.1 จำนวนคนงานจำแนกตามเพศ
- 5.2 การตรวจสอบสุขภาพของคนงาน
- 5.3 ระดับการศึกษา
- 5.4 คนงานที่ได้รับการอบรม

6. การควบคุมคุณภาพ

- 6.1 รายการวิเคราะห์ที่เป็นปัญหา
- 6.2 ชุดทดสอบที่ใช้บ่อย
- 6.3 สถานที่สนับสนุนชุดทดสอบ
- 6.4 สถานที่ตรวจสอบคุณภาพน้ำ
- 6.5 การบันทึกข้อมูลคุณภาพน้ำ
- 6.6 การแก้ไขปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ให้น้ำไม่ได้คุณภาพ

ส่งแบบสอบถามไปยังสถานประกอบการในเขต 5 เพื่อให้ผู้ดูแลกิจการตอบแบบสอบถามแล้วส่งกลับนำมาบันทึกลงแบบบันทึกข้อมูล ร่วมกับผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

การบันทึกข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSSpc

ผล

จากการส่งแบบสอบถามไปยังผู้ประกอบการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในเขต 5 ได้รับตอบกลับมา 36 แห่งจากจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ และมหาสารคาม จำนวน 12, 9, 8, 4 และ 3 แห่งตามลำดับ สถานประกอบการที่ตอบแบบสอบถามแบ่งเป็นสถานประกอบการที่เข้าข่ายโรงงาน 6 แห่ง (16.7%) และไม่เข้าข่ายโรงงาน 30 แห่ง (83.3%)

ผลจากการวิเคราะห์คุณภาพน้ำบริโภคซึ่งเก็บตัวอย่างตามแผนคุ้มครองผู้บริโภคประจำปี 2540 ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแบบสอบถามกลับมาผลวิเคราะห์จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ น้ำบริโภคชนิดบรรจุในขวดชนิดใช้ครั้งเดียวและชนิดบรรจุในถังขนาด 20 ลิตร ซึ่งใช้บรรจุได้หลายครั้ง พบว่าคุณภาพของชนิดบรรจุขวดดีกว่าชนิดบรรจุถัง รายละเอียดผลการตรวจและสาเหตุไม่เข้ามาตรฐานแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำและสาเหตุไม่เข้ามาตรฐานจำแนกตามชนิดของ
ภาชนะบรรจุ

ประเภท	ตรวจ	ไม่เข้ามาตรฐาน (ร้อยละ)	สาเหตุ
น้ำบริโภคบรรจุขวด	50	7(34.0)	ความกระด้าง 3, pH 7, ไนเตรต 1 Coliform สูง 8, <i>E.coli</i> 1
น้ำบริโภคบรรจุถัง	31	15(48.4)	pH 1, ตะกอน 2, เหล็ก 1 Coliform สูง 10, <i>E.coli</i> 1 <i>C.perfringens</i> 3, <i>Sal E</i> 1
รวม	81	32(39.5)	

ข้อมูลด้านผู้ประกอบการ

ผู้ดูแลกิจการส่วนใหญ่เป็นเพศชายถึงร้อยละ 80.6 (29 คน) เป็นเพศหญิงเพียงร้อยละ 19.4 (7 คน) อายุเฉลี่ย 40.9 ปี (ระหว่าง 23-65 ปี) ระดับการศึกษาต่ำกว่า ปริญญาตรี ร้อยละ 50 และปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 50 ในกลุ่มต่ำกว่า

ปริญญาตรี ผู้มีการศึกษาระดับ ป.4 มีถึงร้อยละ 19.4 (7 คน) ผู้ดูแลกิจการเหล่านี้ได้รับความรู้ด้านการผลิตน้ำจาก ผู้จำหน่ายเครื่องกรองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.0) รายละเอียดแหล่งความรู้การผลิตน้ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แหล่งความรู้ด้านการผลิตน้ำบริโภคของผู้ดูแลกิจการ

แหล่งความรู้	จำนวนแห่ง (ร้อยละ)
ผู้จำหน่ายเครื่องกรอง	27 (75.0)
ผู้ผลิตรายอื่น	17 (47.2)
ตำราหรือเอกสาร	16 (44.4)
เจ้าหน้าที่ของรัฐ	14 (38.9)
พื้นความรู้เดิม	12 (33.3)
บุคลากรในโรงงาน	2 (5.6)

ผู้ดูแลกิจการเหล่านี้มีประสบการณ์การทำงานด้านการผลิตน้ำบริโภคระหว่าง 1-18 ปี เฉลี่ย 4.4 ปี ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของกิจการเองถึงร้อยละ 61.1

เป็นญาติ หุ่นส่วนกิจการ และลูกจ้างร้อยละ 16.7, 13.9 และ 8.3 ตามลำดับ ผู้ดูแลกิจการผลิตน้ำบริโภคเคยได้รับการอบรมความรู้ เรื่องการควบคุม

คุณภาพน้ำบริโภคจากภาครัฐ 28 คน (ร้อยละ 77.8)

ข้อมูลด้านสถานประกอบการ

สถานที่ผลิตน้ำบริโภคส่วนใหญ่แยกจากส่วนที่พักอาศัย ร้อยละ 77.2 มีเพียงร้อยละ 22.9 ซึ่งอยู่ร่วมกับที่อยู่อาศัย เนื้อที่บริเวณสถานที่ผลิตมีขนาดระหว่าง 16 - 600 ตารางวา เฉลี่ย 141.8 ตารางวา การขนส่งผลิตภัณฑ์เพื่อจำหน่ายใช้รถยนต์ระหว่าง 0-9 คัน โดยส่วนมาก อยู่ที่ 1 หรือ 2 คัน ซึ่งมีอยู่ 14 และ 11 แห่งตามลำดับ สถานประกอบการที่ไม่มีรถยนต์ มีจำนวน 2 แห่ง ซึ่งจะผลิตและจำหน่ายในบริเวณเดียวกัน

ข้อมูลด้านการผลิต

การผลิตน้ำบริโภคหลาย ๆ แห่งจะผลิตทุกวัน

(ร้อยละ 63.9) มีเพียงบางแห่ง (ร้อยละ 36.1) ที่ผลิตไม่ทุกวัน ชนิดของผลิตภัณฑ์ที่ผลิตได้แก่ ขวดชนิดบรรจุครั้งเดียว ชนิดขวดและชนิดถัง ซึ่งนำมาบรรจุซ้ำได้หลายครั้ง ในอัตราร้อยละ 94.4, 22.2 และ 88.9 ตามลำดับ

น้ำที่นำมาใช้ในการผลิตน้ำบริโภค ในเขต 5 ส่วนใหญ่ได้แก่น้ำประปา (ร้อยละ 69.4) น้ำบาดาล (ร้อยละ 13.9) น้ำระหนองคลองบึง (ร้อยละ 11.1) และน้ำบ่อตื้น (ร้อยละ 5.6) การปรับปรุงคุณภาพน้ำให้เหมาะสมก่อนนำมาผลิต ทำโดยการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ (ร้อยละ 23) การกำจัดตะกอนความขุ่น (ร้อยละ 50.0) การกรองความขุ่น (ร้อยละ 44.4) และการเติมอากาศ (ร้อยละ 8.3) ระบบการผลิตน้ำบริโภคในเขต 5 จำแนกไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนสถานประกอบการ จำแนกตามระบบที่ใช้ในการผลิตน้ำบริโภค

ระบบการผลิต	จำนวนแห่ง (ร้อยละ)
การฆ่าเชื้อโดยใช้แสงอุลตราไวโอเลต	30(83.3)
การกำจัดเชื้อโดยใช้กรอง	27 (75.0)
การกำจัดเชื้อโดยสารเคมี	8 (22.2)
การกรองสารเคมี	22 (61.1)
การใช้ระบบ Reverse osmosis	2 (5.6)

สำหรับการบรรจุน้ำลงในภาชนะยังใช้แรงงานคนเป็นส่วนใหญ่ เช่น การใช้ก๊อปปี้บรรจุ (ร้อยละ 86.1) การใช้สายยางบรรจุ (ร้อยละ 36.1) และใช้เครื่องจักรอัตโนมัติบรรจุเป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 8.3) ดังนั้นผู้เติมน้ำจึงต้องปรับปริมาณน้ำในภาชนะโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การกะปริมาณจากปากภาชนะหรือมีขีดบอกระดับน้ำ (ร้อยละ 50.0) การเอียงภาชนะให้น้ำล้นออกมา (ร้อยละ 19.4) เครื่องบรรจุอัตโนมัติปรับปริมาตร (ร้อยละ 5.4) และใช้วัสดุสอดให้น้ำล้นออกมา (ร้อยละ 5.4)

การฆ่าเชื้อโรคในน้ำมีหลายวิธี เช่น การใช้แสงอุลตราไวโอเลต การใช้สารเคมี การกรองจุลินทรีย์พบว่า สถานประกอบการใช้เพียงชนิดเดียว ร้อยละ 55.6 ใช้ร่วมกัน 2 ชนิด ร้อยละ 36.1 และใช้ร่วมกัน 3 ชนิด ร้อยละ 8.3

การล้างเครื่องกรองน้ำของสถานประกอบการมักจะทำเอง (ร้อยละ 86.1) มีเพียงร้อยละ 5.6 ที่ให้บริษัทขายเครื่องกรองล้าง และทำเองสลับกับการให้บริษัทล้างอีกร้อยละ 8.3 โดยล้างเป็นประจำ

26 แห่ง (ร้อยละ 72.2) และล้างเมื่อพบว่าคุณภาพ เปลี่ยนไป 30 แห่ง (ร้อยละ 83.3)

การล้างภาชนะล้างด้วยเครื่องอัตโนมัติ 1 แห่ง (ร้อยละ 2.8) ล้างด้วยคน 10 แห่ง (ร้อยละ 27.8) และใช้ทั้งคนและเครื่อง 24 แห่ง (ร้อยละ 66.7)

โดยมีผู้ตอบว่าใช้วิธีเทน้ำเดิมทิ้งแล้วกรอกน้ำบริโภค เลย 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.5 และผู้ประกอบการ ใช้น้ำผสมผงปูนคลอรีนในการล้างสูงถึงร้อยละ 83.3 (30 แห่ง) รายละเอียดแสดงไว้ในตาราง ที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนสถานประกอบการจำแนกตามกรรมวิธีล้างบรรจุน้ำบริโภค

กรรมวิธี	จำนวนสถานประกอบการ (ร้อยละ)
ล้างด้วยน้ำผสมผงปูนคลอรีน	30 (83.3)
ล้างด้วยน้ำประปา	8 (22.2)
ใช้ทรายผสมน้ำเขย่าหรือปั่น	5 (13.9)
ล้างซ้ำด้วยน้ำกรอง	7 (19.4)
ผึ่งคว่ำให้แห้ง	3 (8.3)
เทน้ำเดิมทิ้งกรอกน้ำบริโภคทันที	2 (5.5)

ผาจากและภาชนะชนิดบรรจุครั้งเดียวส่วนใหญ่ ผู้ผลิตมักจะนำมาล้างก่อนบรรจุ (ร้อยละ 88.9) ไม่ได้ล้างเพียงร้อยละ 2.8 และที่เหลือ เพียง ร้อยละ 5.6 ที่ล้างบางครั้ง และในการผลิตแต่ละ รุ่นไม่มีการบันทึกวันที่ผลิต (ร้อยละ 93.3) มีการ บันทึกเพียงร้อยละ 6.7

อุปกรณ์ประเภทน้ำที่นำมาผลิตน้ำบริโภค ส่วนใหญ่คือน้ำประปา (69.4) รองลงมาได้แก่ น้ำบาดาล (ร้อยละ 13.9) และน้ำสระคลองบึง (ร้อยละ 11.1) และน้ำบ่อตื้น (ร้อยละ 5.6) มีการใช้เครื่องกรอง น้ำหลายประเภท เช่น ถังบรรจุเรซิน ถังกรองผง ถ่าน ถังกรองกรวดทราย รวมทั้งไส้กรองชนิดต่าง ๆ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนสถานประกอบการ จำแนกตามการใช้เครื่องกรองและไส้กรอง

ประเภท	จำนวนสถานประกอบการ (ร้อยละ)
ถังบรรจุเรซิน	34 (92.3)
ถังกรองผงถ่าน	32 (88.9)
ถังกรองกรวดทราย	19 (52.8)
ไส้กรองเซรามิค	21 (58.3)
ไส้กรองใยสังเคราะห์	13 (36.1)
ไส้กรองแอนทราไซด์และเมมเบรน	10 (27.8)
ชุด Reverse Osmosis	3 (8.3)

ข้อมูลด้านบุคลากร

ในสถานประกอบการแต่ละแห่งมีพนักงาน ตั้งแต่ 0 ถึง 21 คน เฉลี่ย 5.5 คน รวมทั้งสิ้น 198 คน เป็นหญิงมากกว่าชาย หรือคิดเป็นร้อยละ 56.1 มีการตรวจสอบสุขภาพร้อยละ 73.5 การศึกษาส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่าถึงร้อยละ 73.0 คนงานเหล่านี้ได้รับการอบรมเรื่องวิธีที่ดีในการ ผลิตน้ำบริโภคเพียงร้อยละ 18.4

ข้อมูลการควบคุมคุณภาพ

การผลิตน้ำบริโภครายการที่ผู้ผลิตคิดว่าเป็น ปัญหาสำคัญได้แก่ ค่าความเป็นกรด-ด่าง (ร้อยละ 38.9) ความกระด้าง (ร้อยละ 36.1) และ แบคทีเรีย โคลิฟอร์ม (ร้อยละ 19.4) จึงมีการใช้ชุดทดสอบ อย่างง่าย สำหรับรายการนั้น โดยชุดทดสอบมัก ได้รับจากบริษัทจำหน่ายเครื่องกรองน้ำ (ร้อยละ 61.1) และได้รับจากภาครัฐเพียงร้อยละ 22.2 ส่วน การตรวจสอบคุณภาพน้ำ ผู้ดูแลจะเลือกใช้บริการ จากห้องปฏิบัติการของรัฐ และการใช้ชุดทดสอบ อย่างง่ายในอัตราที่เท่ากัน (ร้อยละ 52.8)

การจัดทำบันทึกและรายงานเก็บที่สถาน ประกอบการ เพื่อการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่รัฐ พบ ว่าผู้ประกอบการมีการจัดทำในอัตราที่ต่ำ เช่น การ ตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประจำปีซึ่งจัดเก็บมาก ที่สุด มีเพียงร้อยละ 33.3 การตรวจวิเคราะห์แหล่งน้ำ (ร้อยละ 25.0) การบันทึกปริมาณจุลินทรีย์ จาก ภาชนะบรรจุ การทดสอบสารเคมีที่ใช้ฆ่าเชื้อ ชนิด และปริมาณการผลิตตลอดจน เอกสารรับรอง

สุขภาพประจำปีของผู้ปฏิบัติงาน มีการจัดทำเพียง ไม่กี่แห่ง หรือน้อยกว่าร้อยละ 20

สาเหตุที่ผู้ประกอบการคิดว่าเป็นสาเหตุที่ ทำให้ทำไม่ได้มาตรฐาน เช่น การไม่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ ล้างมือ การไม่ใช้ถุงมือระหว่างบรรจุ (ร้อยละ 16.7) การไม่มีรองเท้าแยกต่างหาก ขณะปฏิบัติงาน (ร้อยละ 16.7) การใช้สายยางบรรจุน้ำและปล่อยทิ้งเรี่ยราด ที่พื้นเปียกแฉะ (ร้อยละ 11.1) ซึ่งเมื่อเกิดปัญหา ด้านคุณภาพผู้ดูแลมักจะแก้ไขตามจุดที่คิดเป็นสาเหตุ (ร้อยละ 63.9) ล้างเครื่องกรอง (ร้อยละ 61.1) และแจ้งบริษัทเครื่องกรอง (ร้อยละ 33.3)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ

จากการศึกษาปัจจัยการผลิตพบว่าปัจจัยการ ผลิตที่มีผลให้คุณภาพน้ำมีแนวโน้มดี ได้แก่ ผู้ดูแล กิจการที่เป็นเทศหญิง ผู้ดูแลกิจการที่มีการศึกษา ในระดับสูง (ระดับปริญญาตรีขึ้นไป) การได้รับความรู้ด้านผลิตจากภาครัฐ การกำจัดจุลินทรีย์ใน น้ำดิบก่อนผลิตและการใช้ขวดหรือภาชนะที่ใช้บรรจุ ครั้งเดียว แต่จากการทดสอบความสัมพันธ์ทาง สถิติระหว่างตัวแปรปัจจัยการผลิต และคุณภาพจาก การวิเคราะห์น้ำบริโภคพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่สัมพันธ์ กับคุณภาพน้ำอย่างมีนัยสำคัญ มีเพียงตัวแปรการ บันทึกข้อมูลคุณภาพน้ำ เช่น การตรวจวิเคราะห์ สภาพการทำงานเครื่องจักร การทดสอบสารเคมี ชนิดและปริมาณการผลิต ฯลฯ ซึ่งสัมพันธ์กับ คุณภาพน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ ความเชื่อมั่น 0.05 รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตัวแปรปัจจัยการผลิต จำนวนตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพน้ำบริโภค และค่าสถิติ

ปัจจัยการผลิต	จำนวนตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท		ค่า chi-square
	ตรวจ	ไม่เข้ามาตรฐาน (ร้อยละ)	
เพศของผู้ดูแลกิจการ			
- หญิง - ชาย	17	4 (23.5)	1.5298
	64	28 (43.8)	
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลกิจการ			
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	39	19(48.7)	1.9789
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	42	13(30.9)	
การเข้าข่ายโรงงานของสถานที่ผลิต			
- โรงงาน	14	6(42.9)	0.0003
- ไม่เข้าข่ายโรงงาน	67	26(38.8)	
การฝึกอบรมด้านผลิตจากรัฐของผู้ดูแลกิจการ			
- เคยฝึกอบรม	62	24(38.7)	0.0000
- ไม่เคยฝึกอบรม	19	8(42.1)	
การฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำดิบ			
- มี	51	19(37.3)	0.0018
- ไม่มี	30	13(43.3)	
ประเภทภาชนะบรรจุ			
- ขวดใช้ครั้งเดียว	50	17(34.0)	1.1100
- ถึง 20 ลิตร บรรจุหลายครั้ง	31	15(48.4)	
การบันทึกคุณภาพน้ำ			
- บันทึก	31	3(9.7)	16.7296*
- ไม่ได้บันทึก	50	29(58.0)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น $p = 0.05$

วิจารณ์

คุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีคุณภาพไม่ได้เกณฑ์มาตรฐานระดับสูง (ร้อยละ 39.5) โดยเฉพาะชนิดบรรจุในถังขนาด 20 ลิตร มีคุณภาพไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐานสูงถึงร้อยละ 48.4 ซึ่งสูงกว่าชนิดบรรจุขวดใช้ครั้งเดียวซึ่งไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐานเพียงร้อยละ 34.0 แสดงว่า ขั้นตอนการล้างทำความสะอาดภาชนะและกระบวนการผลิตที่แตกต่างกันมีผลทำให้คุณภาพน้ำไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐานสูงขึ้นกว่าปกติถึงร้อยละ 14.4 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มคือ การปนเปื้อนจุลินทรีย์

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ดูแลกิจการ มักเป็นเจ้าของกิจการ ญาติ หรือหุ้นส่วนรวมกัน ถึงร้อยละ 91.7 จึงควรให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการซึ่งจะดีกว่าให้ความรู้แก่คนงานอื่นๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงานบ่อย และในอีกส่วนหนึ่ง น่าจะได้มีการอบรมผู้จำหน่ายเครื่องกรองซึ่งนับเป็นแหล่งความรู้สำคัญลำดับแรกของผู้ประกอบการ

ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคที่ผลิต หลังจากออกจำหน่ายแล้วบางส่วนจะมีการเก็บรักษาไว้ระหว่างรอจำหน่ายซึ่งผู้ผลิต เชื่อว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 30.6 นอกจากนั้นยังไม่มีกำหนดการหมดอายุ หรือแจ้งวันเดือนปีผลิต แจ้งไว้ที่ภาชนะบรรจุ จึงควรที่จะมีการศึกษาถึงเรื่องคุณภาพกับการเก็บรักษา เพื่อพิจารณาการกำหนดให้แสดงวันเดือนปีที่ผลิตต่อไป

รายการวิเคราะห์ซึ่งผู้ผลิตคิดว่าเป็นปัญหาสำคัญได้แก่ ความเป็นกรด-ด่าง ความกระด้าง และแบคทีเรียโคลิฟอร์ม ดังนั้นจึงควรมีการทดสอบและพัฒนาการผลิตชุดทดสอบให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้โดยเฉพาะสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้น้ำมีคุณภาพไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐานสูง ได้แก่ โคลิ

ฟอร์ม (ร้อยละ 20.7) ความเป็นกรด-ด่าง (ร้อยละ 10.3) และความกระด้าง (ร้อยละ 3.4)

การตรวจสอบคุณภาพน้ำเพื่อควบคุมคุณภาพในการผลิต ผู้ที่ตรวจเป็นประจำมีเพียง 24 ราย (ร้อยละ 66.7) แต่มีการจัดทำบันทึกและรายงานเก็บไว้ที่สถานประกอบการ เพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพในจุดที่เป็นปัญหาและให้เจ้าหน้าที่ของรัฐตรวจสอบ เช่น ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำบริโภคประจำปี มีเพียงร้อยละ 33.3 ผลการตรวจวิเคราะห์แหล่งน้ำร้อยละ 25.0 การบันทึกข้อมูลคุณภาพน้ำของผู้ประกอบการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพน้ำบริโภค ทั้งนี้เนื่องจากการจัดทำบันทึกข้อมูลคุณภาพน้ำเป็นขั้นตอนสำคัญในการตรวจสอบความบกพร่องของกระบวนการผลิต ผู้ดูแลกิจการสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องของคุณภาพน้ำได้ ดังนั้นในการผลิตน้ำหากมีการจัดทำบันทึกและรายงานถือว่าผู้ดูแลกิจการมีความเอาใจใส่ ทราบสถานการณ์คุณภาพน้ำ และพร้อมที่จะแก้ไขคุณภาพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่เสมอ

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการจัดทำบันทึกข้อมูลคุณภาพน้ำเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซึ่งตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่ดีในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท กำหนดให้ผู้ผลิตต้องจัดทำบันทึกและรายงาน หน่วยงานของรัฐจึงควรมีมาตรการกำกับดูแลเสนอแนะในส่วนนี้เป็นอย่างมาก นอกจากนั้นควรสนับสนุนให้มีการใช้ชุดทดสอบอย่างง่าย เพื่อช่วยให้กระบวนการควบคุมคุณภาพน้ำเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานประจำปี 2538 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ นครราชสีมา
2. รายงานประจำปี 2539 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ นครราชสีมา
3. รายงานประจำปี 2540 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ นครราชสีมา
4. จุริกรณ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ.วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2539 ; 85-93.
5. หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตน้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ใน : คู่มือ การผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. กรุงเทพมหานคร : กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2535 : 23-28.
6. Anonymous. 1992. Standard Methods for water and Wastewater, 18th ed. American Public Health Association, Wash- ington DC. p. 2-36, 2-55, 3-9, 3-13, 4-49, 4-68, 9-45-9-47.
7. Ohashi, m., Murakami, H. , Kudoh, Y. and Sakai, S. 1978. Manual for the Laboratory Diagnosis of Bacterial Food Poisoning and the Assessment of Sanitary Quality of Food. SEAMIC Publication No. 12 Technocrat Division, Fuji Marketing Research Co. Ltd. Tokyo p. 30-31, 38-41, 53-57, 60, 77-78.
8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 (พ.ศ. 2524) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิท, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 98 ตอนที่ 157 ลงวันที่ 24 กันยายน 2524
9. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2534) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 2), ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 108 ตอนที่ 61 ลงวันที่ 2 เมษายน 2534



การศึกษา ระบบควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข ต่อการโฆษณาลดความอ้วน กลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ในสถานพยาบาลเอกชน

*มานิตย์ อรุณากูรและคณะ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบการจ่ายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานพยาบาลเอกชน และศึกษาทัศนคติของแพทย์ต่อระเบียบ ข้อบังคับ และการบริหารจัดการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขการตรวจสอบการใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในสถานพยาบาล และปรับปรุงกฎระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งการบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ได้จากการสำรวจการจ่ายยาของสถานพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 67 แห่ง ได้จากการสุ่ม

ตัวอย่างอย่างง่าย พบว่ามีจำนวน 40 แห่ง (59.7%) กระจายตาม พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 โดยขายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ให้แก่ประชาชนโดยไม่ได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ และที่สำคัญพบ Cathine และ Amfepramone ซึ่งมีลักษณะไม่ตรงกับที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอนุญาตให้นำเข้า และเป็นยาที่ผิดกฎหมายจำนวนอย่างละ 1 ตัวอย่าง จากสถานพยาบาล 2 แห่ง ผลการวิจัยข้างต้นนี้สอดคล้องกับรายงานของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษระหว่างประเทศ องค์การสหประชาชาติซึ่งพบว่าในหลาย ๆ ประเทศ มีการใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มแอมเฟตามีน

- | | | |
|------------------|----------------|-----------|
| 1. นายมานิตย์ | อรุณากูร | เภสัชกร 8 |
| 2. นางจันทนา | ปานปรีชา | เภสัชกร 8 |
| 3. นางสาวนวลน้อย | รุ่งทิววิโรจน์ | เภสัชกร 6 |

เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ขณะเดียวกันก็พบการนำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งนอกจากจะมาจากการสั่งยาที่ไม่เหมาะสมของแพทย์และเภสัชกรแล้ว ยังสามารถได้ยามาจาก ตลาดมืดอีกด้วย การศึกษาในส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการควบคุมและ การบริการด้านการจัดหาจากการตอบแบบสอบถามของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่เคยให้บริการรวม 171 ราย พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการยกระดับยาลดความอ้วนกลุ่มนี้ให้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เพื่อควบคุมให้เข้มงวดขึ้น ด้วยเหตุผล ที่ยาอาจเป็นอันตรายกับผู้ไข้ แพทย์เท่านั้นควรเป็นผู้ควบคุมดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปไม่สามารถซื้อยาเองจากร้านขายยา ในส่วนความคิดเห็นต่อการให้บริการโดยเฉลี่ยแล้วยังไม่ถึงระดับที่พอใจ

ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรจะต้องมีมาตรการจัดส่งพนักงานเจ้าหน้าที่ออกตรวจสอบการจ่ายยาของแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยในสถานพยาบาลเอกชน นอกเหนือจากการตรวจสอบเฉพาะรายงานการใช้ยา เพื่อป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หรือการนำยาไปใช้ในทางที่ผิด พร้อมกันนั้นควรปรับปรุงการบริการด้านการจัดหาเพื่อเป็นมาตรการเสริมไม่ให้เกิดการระบาดของการนำยานอกระบบซึ่งผิดกฎหมายเข้ามาใช้ในประเทศต่อไป

บทกวี

เนื่องจากยาลดความอ้วนกลุ่มที่จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ได้แก่ Phentermine, Amfepramone, Cathine และ Mazindol เมื่อ

เข้าสู่ร่างกาย นอกจากจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากอาหารแล้วยังก่อให้เกิดผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น อาการกระสับกระส่าย ตื่นเต้น นอนไม่หลับ และหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการติดยาได้ (Craddock, 1976) พบรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงความสัมพันธ์ของการเกิด Ischemic Stroke ในผู้ที่ใช้ Phentermine จำนวน 2 ราย (Kokkinos and Levine, 1992) พบการเกิดอาการปวดลูกอ๊อดในชายที่รับประทาน Mazindol จำนวน 8 ราย โดย 5 ราย พบในประเทศออสเตรเลีย และอีก 3 ราย พบในประเทศเนเธอร์แลนด์ (McEwen, 1983) ทั้ง Amfepramone และ Phentermine สามารถทำให้เกิด psychosis ได้เช่นเดียวกับ Amphetamine (Carney, 1988 และ Devan, 1990) อันตรายอีกประการหนึ่งของการใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มนี้ คือ การรับประทานร่วมกันกับยาลดความดันโลหิตซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้ง adrenergic neurons เช่น guanethidine, debrisoquine เป็นต้น ซึ่งยาลดความอ้วนกลุ่มนี้อาจจะมีผลทำให้ประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตกลุ่มดังกล่าวลดลง (Craddock, 1976) หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องใช้ยาลดความอ้วนจึงควรหลีกเลี่ยงไปใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มอื่น เช่น Fenfluramine หรือ Dexfenfluramine เป็นต้น หรือหากจำเป็นต้องใช้จริงๆ ก็ควรจะต้องปรับขนาดของยาทั้งสองให้เหมาะสม ด้วยเหตุผลในการออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทซิมพาเทติกนี้เองเป็นเหตุให้ ยาลดความอ้วนกลุ่มนี้มีข้อห้ามใช้ กับผู้ป่วยโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคต่อหินและผู้มีแนวโน้มของอาการทางจิต เพื่อป้องกันการใช้อย่างไม่

ถูกต้องของประชาชน กระทรวงสาธารณสุข ได้ ยกระดับยาลดความอ้วนกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้น ประสาทส่วนกลาง จากเดิมที่เคยเป็นวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 3 หรือ ประเภท 4 ขึ้นเป็นวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 2 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 84 (พ.ศ. 2535) ออกตามความในพระราช- บัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ซึ่งห้ามมิให้ผู้ใดผลิต ขาย นำเข้า หรือส่งออก หาก มีความจำเป็นต้องใช้ในทางการแพทย์ สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยาในฐานะผู้บริหาร กฎหมายแทนกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้จัดทำมา ไขขายแก่แพทย์หรือทันตแพทย์ เพื่อใช้กับผู้ป่วย ในกรณีที่เห็นสมควร นั้นหมายถึงผู้ป่วยจะต้องเข้า รับการรักษาและอยู่ในความดูแลของแพทย์หรือ ทันตแพทย์เท่านั้น จากการศึกษาวิจัยของกอง ควบคุมวัตถุเสพติด (ทวีศักดิ์ และจันทนา, 2537) พบว่า หลังจากทีประกาศฯ ฉบับดังกล่าวมีผล บังคับใช้ ปริมาณการใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มที่ ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางในปี พ.ศ. 2536 ลดลงจากปี พ.ศ. 2535 ถึงร้อยละ 90.59 ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบการ ซื่อขาย แต่เมื่อเวลาผ่านไปจนถึงปัจจุบันจากสถิติ ของกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะ กรรมการอาหารและยา พบว่า การนำเข้ายาลด ความอ้วนกลุ่มที่จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และกองควบคุมวัตถุเสพติดยัง ได้รับการร้องเรียนจากผู้ปกครองของเยาวชนเพศ หญิงที่ได้รับอันตรายจากการซื้อยาลดความอ้วน จากคลินิกเอกชนแห่งหนึ่งมารับประทานเองถึงขั้น ต้องเข้ารับการรักษาด่วนใน โรงพยาบาลจากเหตุผล ดังกล่าวข้างต้นจึงได้ทำการศึกษาวิจัยโดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบว่าระบบควบคุมการใช้ ยาลดความอ้วนกลุ่มที่จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ใน ประเภท 2 ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันสามารถควบคุมให้ ประชาชนมีการใช้ยาลดความอ้วนดังกล่าว เฉพาะใน ความดูแลของแพทย์หรือไม่ และแพทย์มีทัศนคติ อย่างไรต่อระบบการควบคุมและการบริการ ด้าน การจัดหายาลดความอ้วนกลุ่มนี้ของกระทรวง สาธารณสุข เพื่อจะได้นำข้อมูลมาเป็นแนวทางใน การแก้ไขปรับปรุงมาตรการและกฎระเบียบให้ เหมาะสมอันจะส่งผลต่อการคุ้มครองผู้บริโภคใน แ่งของการใช้ยาอย่างถูกต้องต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (Applied Research) โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจเป็นสำคัญ ยาลดความอ้วนที่ศึกษามี 4 ชนิด ได้แก่ Amfe- pramone (Diethylpropion), Cathine (Norpseu- doephedrine), Mazindol และ Phentermine

ลักษณะของประชากรและการสุ่มตัวอย่างประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การสำรวจการควบคุมดูแลการ จำหน่ายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ฯ แก่ผู้ป่วย ของแพทย์ ได้แก่ สถานพยาบาลเอกชนในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล (เขตจังหวัด สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี) ซึ่งซื้อยาลด ความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในปี พ.ศ. 2537 จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ใช้สถาน พยาบาล 67 แห่ง ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่าง ง่าย (Simple Random Sampling) โดยการ

เรียงลำดับปริมาณการซื้อยาลดความอ้วนในปี พ.ศ. 2537 คำนวณเป็น Defined Daily Dose (DDD) ซึ่งค่า DDD ของยา Amfepramone, Cathine, Mazindol และ Phentermine เท่ากับ 75, 20, 3 และ 37.5 มิลลิกรัม ตามลำดับ (ทวีศักดิ์ และจันทนา, 2537)

ส่วนที่ 2 เพื่อสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ที่มีต่อระบบการควบคุมยาลดความอ้วน กลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ รวมทั้งการบริการและจัดหาของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ทุกคนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (เขตจังหวัดสมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี) ซึ่งซื้อยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใน ปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนทั้งสิ้น 503 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจการควบคุมดูแลการจ่ายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ แก่ผู้ป่วยของแพทย์ประจำสถานพยาบาลของเอกชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ต่อระบบการควบคุมยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ รวมทั้งการบริการและจัดหาของกระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เพื่อสำรวจการควบคุมดูแลการจ่ายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์

1. ขอซื้อยาลดความอ้วนจากสถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ต้องได้รับการตรวจจากแพทย์

2. หากพนักงานในสถานพยาบาลตัวอย่างปฏิเสธการขายยาลดความอ้วนโดยไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ให้ถือว่า สถานพยาบาลนั้นมีการควบคุมยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์อย่างถูกต้อง

3. หากพนักงานในสถานพยาบาลตัวอย่างขายยาลดความอ้วนให้โดยไม่ต้องได้รับการตรวจจากแพทย์ นำยาที่ซื้อได้มาตรวจเอกลักษณ์โดยใช้ลักษณะเม็ดยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ที่มีขายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นมาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบ หากมียานิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดมีลักษณะเหมือนยามาตรฐานให้ถือว่าสถานพยาบาลนั้นมีการควบคุมยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ อย่างไม่ถูกต้อง

4. หากยาที่ซื้อได้ไม่สามารถตรวจเอกลักษณ์ได้ตามข้อ 3 นำส่งยาให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจหาเอกลักษณ์ทางห้องปฏิบัติการ หากมียานิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดเป็นยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ให้ถือว่าสถานพยาบาลนั้นมีการซื้อและควบคุมยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ อย่างไม่ถูกต้อง

5. นำผลการสำรวจที่ได้บันทึกลงในแบบสำรวจ

6. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม epi info

ส่วนที่ 2 การสำรวจความคิดเห็นของแพทย์

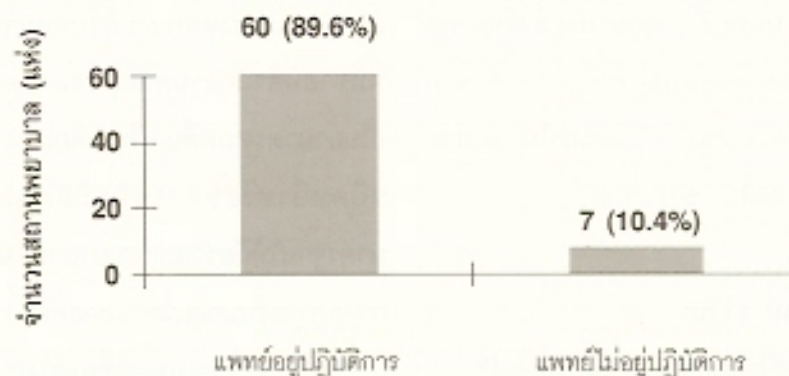
ที่มีต่อระบบการควบคุมและการบริการด้านการ
จัดหาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์

1. ส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์กลุ่ม
ตัวอย่างทางไปรษณีย์
2. เก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ส่งกลับ
มา นำข้อมูลมาวิเคราะห์สถิติด้วยคอมพิวเตอร์
โปรแกรม epi info

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การสำรวจการควบคุมดูแลการจ่ายยา
ลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์แก่ผู้ป่วยของแพทย์
การสำรวจจากจำนวนตัวอย่างสถานพยาบาล
ทั้งหมด 67 แห่ง พบว่า ในขณะที่ออกทำการ
ซื้อขายมีแพทย์อยู่ประจำการจำนวน 60 แห่ง คิด
เป็นร้อยละ 89.6 และที่เหลืออีก 7 แห่ง ไม่มีแพทย์
อยู่ประจำการ คิดเป็นร้อยละ 10.4 (ดูรูปที่ 1)

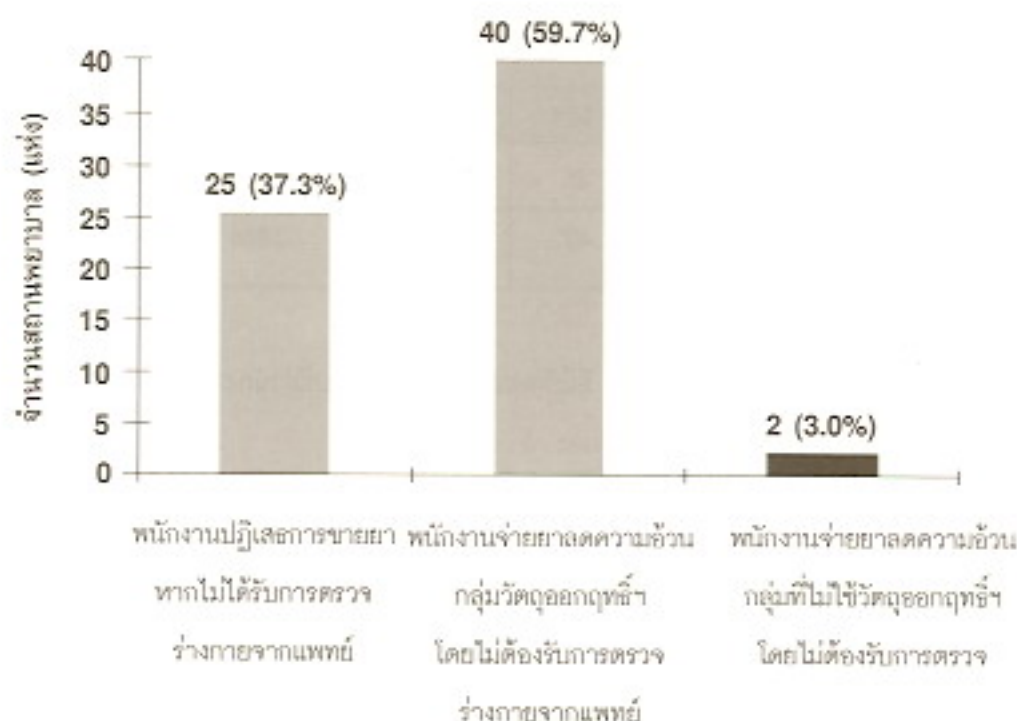
รูปที่ 1 จำนวนสถานพยาบาลแบ่งตามการอยู่ปฏิบัติการของแพทย์ขณะเก็บตัวอย่าง



ผลจากการขอซื้อขายไปรับประทานเองโดย
ไม่ต้องรับการตรวจจากแพทย์พบว่ามีสถานพยาบาล
ซึ่งพนักงานขายขายลดความอ้วนกลุ่มวัตถุ
ออกฤทธิ์ ให้จำนวน 40 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 59.7

ขายลดความอ้วนกลุ่มที่ไม่ใช่วัตถุออกฤทธิ์
ให้จำนวน 2 แห่ง และปฏิเสธไม่ยอมขายให้ 25
แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.3 (ดูรูปที่ 2)

รูปที่ 2 จำนวนสถานพยาบาลแบ่งตามลักษณะการจ่ายยา



เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ระหว่างสถานพยาบาลที่มีระบบการจ่ายยาอยู่ในความดูแลของแพทย์ และสถานพยาบาลที่มีการจ่ายยาโดยไม่อยู่ในการดูแลของแพทย์ โดยเปรียบเทียบจากผลรวมปริมาณการใช้ Amfepramone, Cathine, Phentemine และ Mazindol ในปีพ.ศ. 2537 พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เปรียบเทียบโดยใช้ค่า

log ของผลรวมปริมาณการใช้ยาซึ่งคำนวณเป็น Defined Daily Dose) นอกจากนั้นผลการตรวจเอกลักษณ์ของยาทางห้องปฏิบัติการ พบตัวยาคathine และ Amfepramone ซึ่งเมื่อดูจากลักษณะเม็ดยาแล้วไม่ตรงกับที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข อนุญาตให้นำเข้า โดยพบอย่างละ 1 ตัวอย่าง (ดูตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณการซื้อยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ระหว่างสถานพยาบาลที่ปฏิบัติตามและที่ฝ่าฝืน พ.ร.บ.วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

	จำนวนสถานพยาบาล		ค่าเฉลี่ย (X)	X±SD
	แห่ง	%	ของ log ปริมาณ DDD**	
การจ่ายยาอยู่ในความดูแลของแพทย์	25	37.3	3.704	3.704 ± 0.912
การจ่ายยาไม่ได้อยู่ในความดูแลของแพทย์	40*	62.7	3.888	3.888 ± 0.926

p>0.05

* พบ Cathine และ Amfepramone ที่มีลักษณะเม็ดยาไม่ตรงกับที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข อนุญาตให้นำเข้าอย่างละ 1 ตัวอย่าง

** DDD = Defined Daily Dose

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่ปฏิบัติการของแพทย์และการฝ่าฝืน พ.ร.บ. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

	จำนวนสถานพยาบาล ที่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.		จำนวนสถานพยาบาล ที่ฝ่าฝืน พ.ร.บ.	
	แห่ง	%	แห่ง	%
แพทย์อยู่ประจำการ	23	34.3	37	55.2
แพทย์ไม่อยู่ประจำการ	2	3	5	7.5

p>0.05

จากตารางที่ 3 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการอยู่ปฏิบัติการของแพทย์กับการฝ่าฝืนกฎหมาย แต่พบว่าขณะที่มีแพทย์อยู่ประจำการ พนักงานประจำสถานพยาบาลก็มีการฝ่าฝืนกฎหมายโดยขายยาให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ก่อนถึง 37 แห่ง ขณะที่สถานพยาบาลที่มีแพทย์อยู่ประจำการและปฏิบัติตามกฎหมายมีน้อยกว่า คือ 23 แห่ง

ยาลดความอ้วนที่ซื้อได้จากสถานพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ เป็นยาลดความอ้วนชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงชนิดเดียว และยาลดความ

อ้วนที่จ่ายออกเป็นชุดหลายรายการ รับประทานภายใน 1 วัน อาจจะเป็นตอนเช้าครั้งเดียว หรือแบ่งให้รับประทานตอนเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เมื่อเปรียบเทียบราคาของ Panbesey (Phentermine) ขนาด 15 mg. พบว่า ราคาขายโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาราคาเม็ดละ 3.45 บาท แต่ราคาที่ซื้อได้จากสถานพยาบาลจะสูงกว่าประมาณ 3-6 เท่า คือ ราคาอยู่ระหว่างเม็ดละ 11-21 บาท ส่วนยาลักษณะเป็นชุด ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 14-42 บาท (ดูตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ราคายาลดความอ้วนที่ซื้อได้จากสถานพยาบาล

	ราคายา (บาท)	
	ที่ซื้อจากสถานพยาบาล	ที่ขายโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Panbeseey (Phentermine)	16 ± 5 (n = 13)	3.45
* ยาลดความอ้วนจ่ายลักษณะเป็นชุด	18 ± 14 (n = 21)	

* ประกอบด้วยยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ชนิดใดชนิดหนึ่งจำนวน 1 รายการ และยาชนิดอื่น ๆ อีก 1-5 รายการ

ส่วนที่ 2 การสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ที่มีต่อระบบการควบคุมและการบริการด้านการจัดหายาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์

จากแบบสอบถามที่ส่งไปยังแพทย์ซึ่งมีรายงานการซื้อยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ในปี พ.ศ. 2537 จำนวน 503 ราย ปรากฏว่าแบบสอบถามถูกส่งคืนเนื่องจากไม่ถึงมือผู้รับจำนวน 29 ราย และมีผู้ตอบแบบสอบถามส่งกลับมา 184 ราย มีจำนวน 4 ราย ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้จึงได้ข้อมูลจากแบบสอบถามเพียง 180 ฉบับ คิดเป็น 38 % จากแบบสอบถามที่คาดว่าจะถึงมือผู้รับ 474 ราย และเนื่องจากการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการควบคุมและการบริการจำเป็นจะต้องเป็นผู้ที่เคยใช้บริการเสียก่อน ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ข้อมูลจากแพทย์จำนวน 171 ราย ซึ่งตอบว่ามีหรือเคยมียาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ (7 ราย ตอบว่า ไม่เคยมียาลดความอ้วนจำหน่ายให้แก่ผู้ป่วย และ 2 ราย มียาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ แต่ไม่ตอบแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็นของแพทย์ต่อการเปลี่ยนแปลงการควบคุมยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์

ให้จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ซึ่งการนำไปใช้ทางการแพทย์ต้องติดต่อสั่งซื้อจากกระทรวงสาธารณสุข และความเห็นต่อการให้บริการด้านการจัดหาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแสดงไว้ในตารางที่ 5 และ 6 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะที่สำคัญซึ่งแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามเสนอมา คือ ควรปรับปรุงบริการให้สะดวก รวดเร็ว 25 ราย ควรปรับปรุงการสำรองยาในคลัง เพื่อไม่ให้ยาขาดบ่อย 23 ราย ให้เปลี่ยนระบบการบริการโดยสั่งผ่านบริษัทเอกชน แล้วให้ขึ้นทะเบียนแพทย์ผู้ซื้อยาไว้ตรวจสอบ จำนวน 17 ราย ต้องการรับยาได้เลยเมื่อไปติดต่อภายในวันเดียวกัน 12 ราย สถานที่ชำระเงินอยู่ไกลจากสถานที่ขายยามาก จำนวน 8 ราย และน่าจะมีการกระจายสถานบริการออกไปเป็นสาขาย่อย 5 ราย

หากยาลดความอ้วนกลุ่มดังกล่าวนี้ถูกห้ามจำหน่าย พบว่าจะมีผลกระทบอย่างมากต่อการรักษาในสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 41 ราย (24.0%) มีผลกระทบบ้าง จำนวน 94 ราย (55.0%) และไม่มีผลกระทบ จำนวน 31 ราย (18.1%) ไม่ตอบจำนวน 5 ราย (2.9%)

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นของแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการควบคุมยาลดความอ้วน กลุ่มวัตถุออกฤทธิ์

ข้อคิดเห็น	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5 คะแนน)	ค่อนข้าง เห็นด้วย (4 คะแนน)	เฉย ๆ (3 คะแนน)	ไม่ค่อย เห็นด้วย (2 คะแนน)	ไม่ เห็นด้วย (1 คะแนน)	รวม	เฉลี่ย คะแนน
1. การซื้อยาลดความอ้วนกลุ่มนี้จากกระทรวง สาธารณสุขเป็นประโยชน์มาก เพราะทาง ราชการสามารถควบคุมการใช้จ่ายอย่าง เคร่งครัด เนื่องจากยากกลุ่มนี้อาจทำให้ เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ได้	94 (55.0%)	54 (31.6%)	12 (7.0%)	4 (2.3%)	7 (4.1%)	171 (100%)	4.3
2. การซื้อยาฯ จากกระทรวงเป็นประโยชน์ เพราะประชาชนที่ใช้ยากกลุ่มนี้ต้องอยู่ ในความดูแลของแพทย์ไม่สามารถซื้อ ยาจากร้านขายยาทั่วไปได้	108 (63.2%)	49 (28.6%)	3 (1.8%)	6 (3.5%)	5 (2.9%)	171 (100%)	4.4
3. การซื้อยาฯ จากกระทรวงเป็นการแก้ ปัญหาการใช้ยาลดความอ้วนฟุ่มเฟือย เกินความจำเป็น	73 (44.5%)	50 (29.2%)	19 (11.1%)	21 (12.3%)	5 (2.9%)	171 (100%)	4.0
4. การซื้อยาฯ จากกระทรวงเป็นการป้อง กันมิให้มีการนำยากกลุ่มนี้ไปใช้ในทาง ที่ผิดหรือนอกวัตถุประสงค์ทางการ แพทย์ เช่น ใช้กระตุ้นประสาท	89 (52.0%)	52 (30.4%)	14 (8.2%)	10 (5.9%)	6 (3.5%)	171 (100%)	4.2
5. การซื้อยาฯ จากกระทรวงทำให้เกิด ความยุ่งยากในการซื้อยา	62 (36.3%)	51 (29.8%)	38 (22.2%)	6 (3.5%)	14 (8.2%)	171 (100%)	3.8
6. การซื้อยาฯ จากกระทรวงทำให้เกิด ความยุ่งยากในการจัดทำรายงาน	41 (24.0%)	55 (32.2%)	50 (29.2%)	11 (6.4%)	14 (8.2%)	171 (100%)	3.6
7. การซื้อยาฯ จากกระทรวงทำให้ต้นทุน ในการซื้อยาสูงขึ้น ค่ารักษาก็จะสูง ขึ้นด้วย	37 (21.6%)	37 (21.6%)	44 (25.8%)	29 (17.0%)	24 (14.0%)	171 (100%)	3.2
8. ไม่จำเป็นต้องควบคุมเคร่งครัดขนาดนี้ เพราะยาไม่ได้มีอันตรายมากนัก	6 (3.5%)	31 (18.1%)	21 (12.3%)	59 (34.5%)	54 (31.6%)	171 (100%)	2.3
9. การควบคุมเข้มงวดมากเกินไปเป็น อุปสรรคต่อการทดลองใช้ยาใหม่ ๆ	8 (4.7%)	31 (18.1%)	43 (25.1%)	42 (24.6%)	47 (27.5%)	171 (100%)	2.5
10. หากยากกลุ่มนี้มีการควบคุมมากขึ้นก็ สามารถเปลี่ยนไปใช้ยากกลุ่มอื่นที่มีผล ใกล้เคียงกันแทนได้	7 (4.2%)	44 (26.0%)	49 (29.0%)	43 (25.4%)	26 (15.4%)	169 (100%)	2.8

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นของแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการขายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์

การให้บริการเกี่ยวกับ	พอใจ มาก (5 คะแนน)	พอใจ (4 คะแนน)	เฉย ๆ (3 คะแนน)	ไม่ พอใจ (2 คะแนน)	ไม่พอใจ อย่างยิ่ง (1 คะแนน)	รวม	เฉลี่ย คะแนน
1. ชนิดของยาลดความอ้วนที่จัดหามาไว้ขาย	1 (0.5%)	7 (4.2%)	34	109 (20.4%)	16 (65.3%)	167 (9.6%)	2.2 (100%)
2. ปริมาณยาที่จัดเตรียมไว้ขายเพียงพอต่อความต้องการและต่อเนื่องไม่ขาดช่วง	25 (15.0%)	47 (28.1%)	36 (21.5%)	50 (30.0%)	9 (5.4%)	167 (100%)	3.2
3. ความสะดวกในการติดต่อซื้อยา	23 (13.8%)	52 (31.2%)	44 (26.3%)	44 (26.3%)	4 (2.4%)	167 (100%)	3.3
4. การให้บริการและการอำนวยความสะดวกในการติดต่อซื้อยา	21 (12.7%)	44 (26.5%)	48 (28.9%)	48 (28.9%)	5 (3.0%)	166 (100%)	3.2
5. ความรวดเร็วในการดำเนินการ	22 (13.3%)	60 (36.4%)	45 (27.3%)	34 (20.6%)	4 (2.4%)	165 (100%)	3.4
6. การเรียกเก็บเงินค่ายา	14 (8.6%)	29 (17.7%)	72 (43.9%)	44 (26.8%)	5 (3.0%)	164 (100%)	3.0
7. การจัดส่งยา (กรณีที่ไม่ได้มาซื้อยาเอง)	12 (8.3%)	29 (20.0%)	65 (44.8%)	34 (23.4%)	5 (3.5%)	145 (100%)	3.1

บทสรุป

การตรวจสอบระบบควบคุมยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์

ผลจากการเก็บข้อมูลจากการออกสำรวจสถานพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลพบว่า มีการจ่ายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ให้แก่ประชาชนโดยไม่ได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ในอัตรา 59.7 % ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงว่าการควบคุมยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถควบคุมให้ประชาชนใช้ยาเฉพาะในความดูแลของแพทย์เท่านั้น นอกจากการฝ่าฝืนพระราช

บัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทแล้วยังพบ 3 % ของสถานพยาบาลตัวอย่างจ่ายยาลดความอ้วนซึ่งไม่ใช่วัตถุออกฤทธิ์ให้แก่ผู้ซื้อ คาดได้ว่าเป็น fenfluramine หรือ dexfenfluramine ชนิดใดชนิดหนึ่ง

เนื่องจากปริมาณการนำเข้ายาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก และจากการร้องเรียนของประชาชน เนื่องจาก เยาวชนในความปกครองซื้อยาลดความอ้วนมารับประทานเองจากสถานพยาบาลซึ่งมีสิทธิการซื้อยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ จาก

**การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบ
การจ่ายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
ของสถานพยาบาลเอกชน และศึกษาทัศนคติของแพทย์
ต่อระเบียบ ข้อบังคับ และการบริหารจัดการ
ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขการตรวจสอบ
การจ่ายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ในสถานพยาบาล**

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสูงเป็นอันดับหนึ่ง จึงทำให้เกิดแนวคิดที่ว่าสถานพยาบาลที่มีการควบคุมการจ่ายยาอย่างไม่ถูกต้องน่าจะมีอัตราการจ่ายที่สูงกว่าสถานพยาบาลที่มีการควบคุมการจ่ายอย่างถูกต้อง แต่ผลการทดลองที่ได้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ระหว่างค่าเฉลี่ยของ log ของปริมาณการใช้ยาต่อปี (คำนวณเป็น Defined Daily Dose) ในสถานพยาบาลทั้งสองกลุ่มดังกล่าว (ตารางที่ 2) ดังนั้นสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาน่าจะมีระบบการตรวจสอบการจ่ายยาในสถานพยาบาลด้วยการตรวจสอบจำเป็นจะต้องสุ่มตัวอย่างทำทุกสถานพยาบาลไม่เฉพาะสถานพยาบาลที่มีการจ่ายยาในอัตราที่สูงเท่านั้น ความจริงที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่พบจากการสำรวจครั้งนี้ก็คือ ตัวอย่างยาบางตัวอย่างซึ่งไม่สามารถระบุได้จากลักษณะเม็ดยา เพราะมีลักษณะไม่ตรงกับลักษณะเม็ดยาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานุญาตให้นำเข้ามาในปัจจุบันหรือที่อนุญาตให้นำเข้าหรือที่อนุญาตให้ผลิตในอดีต นั่นก็หมายความว่ามีการนำเอาวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 นอกกรอบซึ่งเป็นยาที่ผิดกฎหมายเข้ามาใช้ในประเทศไทยแล้ว

ขณะออกเก็บข้อมูลพบสถานพยาบาลที่แพทย์ไม่อยู่ปฏิบัติการมีจำนวน 7 แห่ง จาก 67

แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.4 (รูปที่ 1) และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการอยู่ประจำการของแพทย์กับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 (ตารางที่ 3) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแม้แพทย์จะอยู่ปฏิบัติการหรือไม่ประชาชนก็สามารถเข้าไปซื้อยามารับประทานเองได้ นอกจากนั้นจากผลการสำรวจยังพบว่าแพทย์เป็นผู้ขายให้กับผู้เก็บตัวอย่างเองโดยเพียงบอกชื่อยาหรือนำตัวอย่างยาไปให้ดูเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องมีประวัติผู้ป่วยหรือได้รับการตรวจร่างกายก่อนแต่อย่างใด

ผลการวิจัยที่พบข้างต้นนี้สอดคล้องกับรายงานการวิจัยเกี่ยวกับยาลดความอ้วนที่เสนอในการประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญด้านสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ครั้งที่ 2 ขององค์การสหประชาชาติ ณ นครเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 25-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2539 (INCB Secretariat, 1996) ซึ่งกล่าวว่า "ตั้งแต่เริ่มปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา ได้มีการเฝ้าติดตามสังเกตพบว่าการบริโภคยาลดความอ้วนกลุ่มแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากในหลาย ๆ ประเทศ และเมื่อเร็ว ๆ นี้ มีรายงานการเริ่มนำไปใช้ในทางที่ผิดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นสัญญาณแสดงว่าการเพิ่มขึ้นทั้งสองอย่างนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกัน และจากรายงานเกี่ยว

กับผู้ขายในทางที่ผิด พบว่าสารที่นำไปใช้เหล่านี้ ไม่ได้มีเพียงได้มาจากการสั่งจ่ายยาโดยไม่เหมาะสมของแพทย์และเภสัชกรเท่านั้น แต่ยังสามารถได้มาจากการตลาดมืดซึ่งมีการกระจายยาในช่องทางที่ผิดกฎหมายอีกด้วย” องค์การสหประชาชาติจึงแนะนำให้ประเทศต่าง ๆ ควรมีระบบเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด ขณะเดียวกันก็ให้มีการจัดการส่งเสริมให้บุคลากรในวงการแพทย์และเภสัชกรรมรวมทั้งประชาชนทราบ เพื่อช่วยกันหลีกเลี่ยงและจำกัดการสั่งจ่ายยาลดความอ้วนอย่างไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังเผชิญกับปัญหาขั้นรุนแรงของการใช้สารกระตุ้นประสาท

ในส่วนของการขายสำรวจแล้วพบว่า ราคา ยา panbesey ซึ่งเป็นชื่อการค้าชนิดหนึ่งของยา Phentermine โดยใช้ขนาด 15 mg เนื่องจากเป็นตัวอย่างที่เก็บได้มากที่สุด คือ 13 ตัวอย่าง พบว่ามีราคาสูงกว่าราคาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาขาย 3-6 เท่า คือ ราคาอยู่ระหว่าง 11-21 บาท (ค่าความเชื่อมั่น 95%) ขณะที่ราคาขาย ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ราคาเม็ดละ 3.45 บาท ซึ่งจะเห็นว่าได้กำไร 200-500 % (ยังไม่ได้หักค่าใช้จ่าย) การขายยาให้ผู้ป่วยในลักษณะเช่นนี้จะทำให้ประชาชนซื้อยาได้ในราคาที่แพงกว่าที่เคยซื้อได้จากร้านขายยาในขณะที่ยาถูกจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 เพราะโดยส่วนใหญ่บริษัทผู้นำเข้าหรือผู้ผลิตจะกำหนดราคาขายไว้ที่กล่องหรือขวด ทำให้การขายแบบเอากำไรมากเกินไปเกิดขึ้นได้น้อยกว่า และจากการสำรวจตัวอย่างยาลดความอ้วนที่จัดไว้เป็นชุดรับประทานเหมือนกันในแต่ละวัน ประกอบด้วยยาอื่น ๆ อีกประมาณ 1-5 รายการ จะมีราคาสูงขึ้นไปอีก วันหนึ่ง ๆ ผู้ที่ต้องการลดความอ้วนจะต้องจ่ายเงินเป็นค่ายาลดความอ้วนวันละ 28 บาท (14 บาท) (ตารางที่ 4)

ความคิดเห็นของแพทย์ที่มีต่อระบบการควบคุม และการบริการด้านการจัดหา

จากการสำรวจโดยการตอบแบบสอบถามของแพทย์จำนวน 171 ราย (ตารางที่ 4) โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเพิ่มมาตรการการควบคุมยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ฯ ให้จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ด้วยเหตุผลที่ยาอาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ แพทย์ท่านนั้นควรจะต้องเป็นผู้ควบคุมดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถซื้อยาเองจากร้านขายยา (คะแนนเฉลี่ย 4.3 และ 4.4 ตามลำดับ) อีกทั้งยังเป็นการแก้ไขปัญหายาฟุ่มเฟือย ป้องกันการนำยากลุ่มนี้ไปใช้ในทางที่ผิด (คะแนนเฉลี่ย 4.0 และ 4.2 ตามลำดับ) แต่แพทย์ก็มีความเห็นว่าการซื้อยาจากกระทรวงสาธารณสุขได้เพียงแห่งเดียวนั้นมีความยุ่งยากในการซื้อยาและการทำรายงาน (คะแนนเฉลี่ย 3.8 และ 3.6 ตามลำดับ) ด้วยคะแนนเฉลี่ยเข้าใกล้ 3 และแพทย์ตอบแบบสอบถามให้ข้อคิดเห็นว่าเฉย ๆ เป็นจำนวนมากที่สุดทำให้สรุปยังไม่ได้ว่าการซื้อยาจากกระทรวงจะทำให้การรักษาสำหรับผู้ป่วยสูงขึ้นหรือหากมีการควบคุมยากลุ่มนี้มากขึ้นจะสามารถเปลี่ยนไปใช้ยากลุ่มอื่นที่มีผลใกล้เคียงกันแทนได้หรือไม่

ในแง่ของการบริการพบว่า (ตารางที่ 5) แพทย์ยังไม่พอใจต่อชนิดของยาลดความอ้วนที่จัดหามาไว้ขาย ซึ่งน่าจะหมายถึงควรจะมีให้มากขึ้นดีกว่านี้เพราะปัจจุบันยาลดความอ้วนที่มีไว้จำหน่ายมีเพียง 4 ชนิดเท่านั้น ส่วนการบริการในด้านอื่น ๆ เช่น ปริมาณยาที่จัดเตรียมไว้ขายเพียงพอต่อความต้องการ ความสะดวกในการติดต่อขอซื้อยา การอำนวยความสะดวก ความรวดเร็ว การเรียกเก็บเงินค่ายา การจัดส่งยา ได้ ค่าเฉลี่ยเข้าใกล้ 3 ทำให้ยังไม่สามารถบอกได้ว่าแพทย์พอใจต่อการบริการ อย่างไรก็ตามในแง่ของการบริการที่ดี ก็ควรจะต้องบริหารจัดการให้ผู้มาติดต่อขอรับบริการสะดวกและประทับใจในการ

บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของวัตถุออกฤทธิ์
จะเป็นอุปสรรคสำคัญในการควบคุม เพราะเนื่อง
จากการบริการที่ไม่สะดวก ไม่รวดเร็ว จะทำให้
เกิดภาระหนักต่อผู้มาขอรับบริการ และอาจเป็น
เหตุทำให้เกิดการจัดหายาจากตลาดมืดเพิ่มมากขึ้นได้

ดังนั้นสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
โดยเฉพาะกองควบคุมวัตถุเสพติด จำเป็นจะต้อง
เร่งพัฒนา ปรับปรุงระบบการบริการ ปรับปรุงการ
สำรองยาในคลัง เพื่อไม่ให้ยาขาดบ่อย รวมทั้ง
การเปลี่ยนระบบบริการโดยอาจให้บริษัทเอกชน
เป็นผู้รับผิดชอบการจัดซื้อยาและจัดส่งยา ลด
ระยะเวลาในการสั่งซื้อจนถึงการรับยาให้ได้ภายใน
วันเดียวหรือใช้เวลาสั้นที่สุด เพิ่มสถานที่บริการ
ออกเป็นสาขาย่อยหรือในต่างจังหวัดหากไม่สามารถ
ดำเนินการในส่วนใดได้ควรจะได้มีการชี้แจง ทำ
ความเข้าใจกับสถานพยาบาลผู้รับอนุญาตเพื่อสร้าง
ทัศนคติที่ดีของแพทย์ต่อหน่วยงานของรัฐ อาจจะเป็น
ทางหนึ่งที่จะทำให้แพทย์เพิ่มความร่วมมือใน
การควบคุมยาลดความอ้วนรวมทั้งยาชนิดอื่น ๆ
ที่จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ ที่กระทรวงสาธารณสุข
ควบคุมอยู่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. นอกจากการตรวจสอบรายงานการจ่าย
วัตถุออกฤทธิ์ ให้แก่ผู้ป่วยแล้ว สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยาควรจะต้องมีการจัด
ส่งพนักงานเจ้าหน้าที่ออกตรวจสอบการจ่ายยา
ของแพทย์ให้แก่ผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลต่าง ๆ
เช่นเดียวกับการตรวจร้านขายยาด้วย

2. การวิจัยครั้งนี้พบยาลดความอ้วนกลุ่ม
วัตถุออกฤทธิ์ นอกกระบบซึ่งเป็นการกระทำที่ผิด
กฎหมาย เป็นเรื่องที่น่าสนใจที่จะต้องติดตามศึกษา
ต่อไปอย่างลึกซึ้งว่ายานี้ถูกนำเข้ามาในประเทศไทยได้
อย่างไร และใครเป็นผู้นำเข้ามา เพื่อจะได้นำไปสู่
การหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดต่อไป

3. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดใน
เรื่องของการออกเก็บข้อมูลภาคสนาม จึงทำให้ได้
ข้อมูลเพียงในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเท่านั้น
ควรมีการศึกษาข้อมูลในส่วนภูมิภาคต่อไป
อีกซึ่งอาจจะมีข้อมูลที่แตกต่างออกไปหรืออาจจะ
ได้ข้อมูลใหม่ ๆ ที่น่าสนใจยิ่งขึ้นอีก

เอกสารอ้างอิง

ทวีศักดิ์ จันฉวี และจันทนา ปานปรีชา,
พฤติกรรมการใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มที่
ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง
ของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและ
บริษัทห้างร้านในเขตกรุงเทพมหานคร.
รายงานการวิจัยกองควบคุมวัตถุเสพติด
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา,
มกราคม 2537.

Carney, MWP. Diethylpropion and psychosis.
Clinical Neuropharmacology, 1988, 11,
183-188.

Craddock, D. Anorectic drugs : use in gen-
eral practice. Drugs., 1976,11, 378-393.

Devan, G.S. Phentermine and psychosis. British
Journal of Psychiatry., 1990, 156, 442-443.
INCB Secretariat. Recent Trends in the
Use of Stimulants as Anorectic. in Ex-
pert Meeting on Amphetamine-type
Stimulants. Shanghai, 25-29 Novem-
ber 1996.

Kokkinos, J. and Levine, D.R. Possible asso-
ciation of ischemic stroke with
phentermine. Stroke., 1992, 24(2), 310-
313.

McEwen, J. Testicular pain caused by
mazindol. British Medical Journal., 1983,
287, 1763-1764.





การศึกษาวิจัยศักยภาพบุคลากรขายยา ในร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ ที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ จังหวัดลำพูน

DRUG SELLERS' CAPABILITIES IN SELLING AND RECOMMENDING DRUGS IN READY-PACKED MODERN DRUGS IN LAMPHUN PROVINCE

จิระ	วิภาสวงศ์	ภบ.*	Jira	Wiphassawong	B.Sc(Pharm) *
อินทริยา	จันทฤตย์	ภบ., สม. *	Intariya	Chamroonrat	B.Sc(Pharm), M.P.H. *
ยุพิน	นันทน์ศักดิ์	ภบ. *	Yupin	Nampoonsak	B.Sc(Pharm) *

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหมาะสมของศักยภาพของบุคลากรขายยาในร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (หรือเรียกว่า ร้านขย.2) ของจังหวัดลำพูน และเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ขายยาในร้าน ขย. 2 ในการจ่ายยาและการให้คำแนะนำแก่ผู้ซื้อยาและคนไข้ การศึกษานี้จึงออกแบบการวิจัยในลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ร่วมกับการนำกระบวนการประเมินชนบทอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) และกระบวนการ AIC

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

(Appreciation Influence Control) มาประยุกต์ร่วมด้วยทำการศึกษาในพื้นที่ 8 อำเภอ ของจังหวัดลำพูน โดยศึกษาในกลุ่มบุคคล 3 กลุ่ม คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และกลุ่มผู้บริโภค โดยภาครัฐ ได้แก่ กลุ่มบุคคลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับร้านขายยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน จำนวน 3 คน ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คอยให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุน ภาคเอกชน ได้แก่ กรรมการชมรมร้านขายยาจำนวน 13 คน และบุคลากรร้าน ขย.2 ของจังหวัดลำพูน จำนวน 27 คน ส่วนกลุ่มผู้บริโภค ได้แก่ ผู้แทนชุมชนระดับผู้นำจำนวน 29 คน ผู้ป่วยที่เคยซื้อยาจากร้าน ขย.2 จำนวน 66 คน และผู้แทนนักศึกษาในสถานศึกษา 30 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในบริเวณตลาดร้าน ขย.2 การศึกษาใช้วิธีการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสร้างสถานการณ์ซื้อยา การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกผลการประชุมกลุ่มย่อยและการประชุมใหญ่ที่จัดขึ้น ผลการศึกษานำมาวิเคราะห์เนื้อหาในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ร้อยละ และฐานนิยม

ผลการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันศักยภาพของบุคลากรร้าน ขย.2 ยังไม่มีความเหมาะสมที่จะเป็นผู้จ่ายยาและให้คำแนะนำแก่ผู้ซื้อยาและคนไข้ บุคลากรดังกล่าวส่วนใหญ่มุ่งธุรกิจการค้าเป็นสำคัญและไม่แสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในอันตรายที่อาจจะเกิดแก่ประชาชนผู้ใช้ยา โดยผลการสำรวจภาคสนามพบว่า ร้อยละ 95 ของบุคลากรดังกล่าว ไม่ถามอาการป่วยของผู้ซื้อยา ไม่แนะนำการใช้ยาไม่ว่าผู้ซื้อจะแจ้งอาการเจ็บป่วยหรือบอกซื้อยาในการซื้อ ทั้ง ๆ ที่ยานั้นเป็นยา

อันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ เมื่อผ่านกระบวนการวิจัยที่ใช้วิธีการ PRA และ AIC แล้ว ปรากฏว่าบุคลากรร้าน ขย.2 และกรรมการชมรมร้านขายยาส่วนใหญ่ได้เปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการขายยาที่อาจจะเกิดอันตรายแก่ผู้บริโภค และตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่ควรได้รับการพัฒนา จึงให้ความร่วมมือในการวางแผน วางโครงการ และกำหนดแนวทางและกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้บริโภคที่ได้สำรวจมาด้วย กระบวนการ PAR, PRA และ AIC ยังสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนให้มีส่วนร่วมในการคิด วางแผน และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับร้าน ขย.2 ในปัจจุบัน ในขณะที่เดียวกันเจ้าหน้าที่ภาครัฐก็ยอมรับในระดับสูงถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรร้านขาย.2 พร้อมๆกับการปรับปรุงกฎระเบียบการปฏิบัติงานบางประการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ควรมีการดำเนินการและประเมินผลโครงการวิจัยครั้งนี้ตามแผนงานที่กำหนด โดยเร่งนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาศักยภาพบุคลากรขายยา ร้าน ขย.2 โดยด่วน และควรศึกษาแนวทางที่จะขยายผลการวิจัยนี้ในพื้นที่อื่นของประเทศไทยต่อไป

บทกวี

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 60 ล้านคน⁽¹⁾ มีร้านขายยามากกว่า 12,119 แห่ง เป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน(ขย.1) 4,723 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่มีใบยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ(ขย.2) 5,147 แห่ง

ร้านขายยาแผนโบราณ 2,249 แห่ง และร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุน้ำสำหรับสัตว์อีกจำนวนหนึ่ง⁽²⁾ เฉพาะร้าน ขย.1 และ ขย.2 ซึ่งมีจำนวนรวมถึง 9,870 แห่ง นั้น คิดเป็นสัดส่วนหนึ่งร้านต่อประชากร 6,000 คน โดยเฉลี่ย ในปี 2536 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาของคนไทยตกปีละประมาณ 50,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด และค่าใช้จ่ายนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁽³⁾

จากการศึกษาเอกสารการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนไทย⁽⁴⁾ พบว่าการซื้อยาของประชาชน ร้อยละ 68.8 เป็นการซื้อยาเพื่อใช้เอง ที่เหลือเป็นการซื้อเพื่อให้ผู้อื่นใช้ ผู้ซื้อยามีพฤติกรรมการซื้อยา ดังนี้ บอกเล่าอาการป่วยให้ผู้ขายยาเลือกยาให้ ระบุชื่อยาที่ต้องการซื้อ ระบุชื่อยาที่ทราบจากการโฆษณา นำตัวอย่างมาขอซื้อยา มาขอซื้อยาชุด มาขอซื้อยาของแก้ปวด ผู้ป่วยวินิจฉัยตัวเองว่าเป็นโรคอะไรมาก่อนซื้อยา และผู้ป่วยมาซื้อยาตามใบสั่งแพทย์ และจากการศึกษาวิจัยใน 12 จังหวัด ในภาคกลาง ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ภาคเหนือ และ ภาคใต้⁽⁵⁾ ยังพบอีกว่าร้านขายยา ขย.1 และ ขย.2 ขายยาควบคุมพิเศษโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ถึงร้อยละ 74.80 และ 59.90 ตามลำดับ และยังพบอีกว่า ประชาชนหาซื้อยามารับประทานเพื่อรักษาตัวเอง มากกว่าการไปตรวจรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ร้านขายยาเป็นแหล่งที่พึ่งที่สำคัญของประชาชนที่นิยมใช้บริการในการรักษาสุขภาพ และส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเนื่องจากบุคลากรที่ขายยา โดยเฉพาะร้านขายยา ขย.2 มิใช่เภสัชกร แต่เป็น

บุคลากรที่ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา และบางส่วนก็ไม่ผ่านการอบรม พฤติกรรมการขายยาของบุคลากรเหล่านี้เกือบทั้งหมด อาศัยความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมกันมาเป็นหลัก ในการทำหน้าที่ขายยา พฤติกรรมในการซื้อขายยา ของประชาชน และร้านขายยาจึงไม่ถูกต้องเท่าที่ควร ดังนั้นการทำการศึกษาวิจัยศักยภาพของบุคลากรขายยาในร้าน ขย.2 จึงมุ่งที่จะค้นหาคำตอบว่าบุคลากรเหล่านี้มีศักยภาพที่เหมาะสม ในการที่จะทำหน้าที่จ่ายยา และให้คำแนะนำการใช้ยาให้แก่ผู้ซื้อยาและคนไข้หรือไม่ และหากไม่เหมาะสมจะมีแนวทางในการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรเหล่านี้ได้อย่างไร

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR) โดยการนำกระบวนการประเมินชนบทอย่างมีส่วนร่วม (Participatory rural appraisal : PRA) และกระบวนการ AIC (Appreciation influence control) มาประยุกต์ ร่วมด้วย⁽⁶⁻⁸⁾

พื้นที่ในการวิจัย ทำการวิจัยในพื้นที่จังหวัดลำพูน รวม 8 อำเภอ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 176 คน แยกเป็น กลุ่มตัวอย่างจากภาคเอกชน ได้แก่ บุคลากรขายยา ร้าน ขย.2 จำนวน 27 คน กรรมการชมรมร้านขายยา จังหวัดลำพูน จำนวน 13 คน กลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้บริโภค ได้แก่ ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป จำนวน 95 คน และนักศึกษาในสถาบันการศึกษา

จำนวน 30 คน ผู้บริโภคทั้งหมด อาศัยอยู่บริเวณ
ปริมณฑล ร้าน ขย.2

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์
อย่างมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง และตัว
นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ที่ทำการเก็บข้อมูลจาก
การสัมภาษณ์ สร้างสถานการณ์ซื้อขาย และการ
สังเกตอย่างมีส่วนร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการศึกษาจากเอกสาร
แล้วให้ผู้ช่วยนักวิจัยทำการออกสัมภาษณ์ บุคลากร
ร้าน ขย.2 และประชาชนผู้ซื้อขาย โดยใช้แบบ
สัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลและทำการสร้างสถานการณ์
ซื้อขาย เพื่อสังเกตพฤติกรรมกรรมการขายของ
บุคลากรร้าน ขย.2 หลังจากนั้น ทำการจัดประชุม
ร่วมกับกรรมการชมรมร้านขายยา โดยการ
ประยุกต์ใช้กระบวนการ PAR, PRA และ AIC
เพื่อกำหนดกระบวนการทำงานดังกล่าวให้กรรมการ
ชมรมร้านขายยานำไปใช้กับบุคลากรร้าน ขย.2 ต่อ
ไป ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในเชิง
บรรยายโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน
และฐานนิยม

ผลการศึกษา

1. ผลการสำรวจข้อมูลบุคลากรร้าน ขย.2

1.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวนบุคลากรร้าน ขย.2
ที่สำรวจทั้งสิ้น 27 คนจาก 27 ร้าน พบว่าผู้ขาย
ยาเป็นหญิงร้อยละ 55.6 และชายร้อยละ 44.4
เปิดร้านขายยาในเขตอำเภอป่าซางมากที่สุด รอง
ลงมาเป็นอำเภอเมือง สำเร็จการศึกษาสูงสุด
ระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง หรือเทียบเท่ามาก
ที่สุด(ร้อยละ 33.30) รองลงมาสำเร็จระดับประถม
ศึกษา(ร้อยละ 22.20) มัธยมศึกษาตอนต้น(ร้อยละ

18.50) มัธยมศึกษาตอนปลาย(ร้อยละ 14.80)
ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 7.40) และต่ำกว่า
ประถมศึกษา(ร้อยละ 3.70) อายุโดยเฉลี่ย 41 ปี
ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของร้าน ภรรยาหรือสามีหรือญาติ
(ร้อยละ 85.10) รองลงมาเป็นลูกจ้าง(ร้อยละ 11.10)
และอื่นๆ (ร้อยละ 3.70) มีประสบการณ์ในการ
ขายยา เฉลี่ยประมาณ 14 ปี

1.2 การขายยาและจ่ายยา พบว่าเกือบทุก
ร้าน ขย.2 เปิดขายยาช่วงเวลาระหว่าง 07.00 -
18.00 น. ส่วนใหญ่มีผู้ขายยา 2 คน (ร้อยละ 55.60)
รองลงมามี 1 คน (ร้อยละ 22.20) 3 คน (ร้อยละ
14.80) และ 4 คน (ร้อยละ 7.40) ส่วนใหญ่คน
ขายยาช่วยกันขาย(ร้อยละ 63.00)รองลงมาขาย
คนเดียว (ร้อยละ 22.20) และเปลี่ยนกันขาย
(ร้อยละ 14.80) ร้าน ขย.2 ส่วนใหญ่มีผู้มาซื้อขาย
ไม่เกินวันละ 30 ราย (ร้อยละ 22.20) ผู้มาซื้อขาย
ส่วนใหญ่ซื้อไปใช้เองและส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร
(ร้อยละ 70.40)

โรคหรืออาการที่คนส่วนใหญ่มาขอซื้อขาย
ได้แก่ ไข้หวัด (ร้อยละ 85.20) ท้องเสีย (ร้อยละ
51.90) ผื่นคัน ปวดเมื่อยและอื่นๆ (ร้อยละ 23.60)
หวัด เจ็บคอ (ร้อยละ 22.20) ซื้อมาที่มีผู้มาซื้อบ่อยคือ
พาราเซตามอล ทิฟฟี ยาหม่องและยาลดไข้ ซึ่ง
ตรงกับความเห็นของผู้ซื้อยาที่ได้จากการสำรวจ
ซึ่งผู้ขายยาจะจ่ายยาให้ตามที่ต้องการทุกครั้ง เมื่อ
ผู้ซื้อบอกซื้อยาที่ต้องการ

1.3 การแนะนำยา เมื่อผู้มาซื้อยาระบุ
อาการของโรคให้ผู้ขายยาบางส่วนแจ้งว่า จะแนะนำ
ยาดังนี้

- 1) ไข้หวัด ปวดหัว แนะนำยา ทิฟฟี
- 2) ไข้หวัด เจ็บคอ แนะนำยา แอมปีซิลลิน

		อะม็อกซิ เตตรา	แจ้งว่าได้อธิบายอันตรายของยาให้ผู้ซื้อยา (ร้อยละ
		ซัลคลิน	81.50) เพราะเกรงว่าผู้ซื้อจะได้รับอันตรายจาก
3) ท้องเสีย	แนะนำยา	โลโมติล น็อกซี	การช้ำยา ได้แนะนำวิธีการช้ำยาแก่ผู้ซื้อ (ร้อยละ
		โดเซนโต	85.20) เพื่อให้ผู้ซื้อได้ช้ำยาได้อย่างถูกต้องและ
4) โรคกระเพาะอาหาร	แนะนำยา	แอนตาซิล ไบร	แนะนำรายละเอียดของโรค (ร้อยละ 77.80) วิธี
		เยล แม็ค 77	การปฏิบัติตน การส่งต่อผู้ป่วยกรณีผู้ซื้อยาช้ำยา
5) ผื่นคัน	แนะนำยา	คาลาไมน์ คลอ	แล้วไม่หาย
		เฟนิรามีน	
6) ปวดเมื่อย	แนะนำยา	พาราเซตามอล	
		เคนเตอร์เพน	
7) ปวดฟัน	แนะนำยา	พาราเซตามอล	

เหตุผลที่แนะนำ ส่วนใหญ่ระบุว่าเป็นยาที่มีสรรพคุณตรงตามอาการของโรค มีผลข้างเคียงน้อย เป็นยาบรรจุเสร็จ ยาบรรเทาอาการ ผู้ซื้อบอกว่าได้ผลดีกว่ายาอื่น ราคาไม่แพง และเป็นยามาซื้อ

1.4 การซักถามเพิ่มเติม บุคลากรร้านขายยา ขย.2 เกินครึ่ง (ร้อยละ 66.70) แจ้งว่าได้ซักถามอาการเพิ่มเติมจากผู้ซื้อยา โดยให้เหตุผลว่าเพื่อให้ได้ยาได้ถูกต้อง เกรงว่ายาจะเป็นอันตรายแก่ผู้ซื้อ จะได้ทราบอาการที่แท้จริง และเพื่อมนุษยสัมพันธ์ ส่วนผู้ขายที่ไม่ได้ซักถามอาการเพิ่มเติม ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะผู้ซื้อจะจูงซื้อนั้นๆ หรือเมื่อได้รับยาแล้ว ก็รีบออกจากร้านไปเลย ไม่มีโอกาสพูดคุย

แต่จากการสำรวจการขายยาของร้าน ขย.2 จริงๆ โดยการสร้างสถานการณ์ซื้อยา พบว่า การขายยาบางประเภท ซึ่งผู้ขายน่าจะได้ซักถามอาการก่อน แต่ปรากฏว่าบุคลากรขายยาเกือบทั้งหมดไม่ได้ถามอะไรผู้ซื้อเลย ได้แต่หยิบยาให้ผู้ซื้อเท่านั้น

1.5 การให้คำแนะนำ ผู้ขายยาส่วนใหญ่

1.6 เกี่ยวกับการปรับปรุงร้าน บุคลากรขายยา ร้าน ขย.2 เกินครึ่ง (ร้อยละ 59.30) แจ้งว่าต้องการปรับปรุงร้านให้น่าดูขึ้น ส่วนใหญ่อยากมีความรู้เพิ่มเติมในเรื่องโรคต่างๆ และยาที่ใช้รักษา (ร้อยละ 81.50) ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงประเภทร้านเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ต้องมีเภสัชกรประจำ (ร้อยละ 77.80) เพราะเสียค่าใช้จ่ายสูง และไม่สามารถหาเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติการได้ และส่วนใหญ่ไม่คิดเลิกกิจการเพราะทำมานานแล้ว บางคนให้ความเห็นว่าควรเปิดโอกาสให้ร้าน ขย.2 ขายยาได้มากกว่าการขึ้น

2. ผลการสำรวจข้อมูลจากประชาชนผู้ซื้อยา

2.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้สำรวจประชาชนผู้ซื้อยาจำนวน 95 คน แยกเป็น ผู้นำชุมชน 29 คน (ร้อยละ 30.50) และประชาชนทั่วไป 66 คน (ร้อยละ 69.50) อาศัยอยู่บริเวณบริเวณถนนร้านขายยามีอายุโดยเฉลี่ย 44 ปี การศึกษาเกินครึ่งมีการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

2.2 ข้อมูลการซื้อยา ประชาชนผู้ซื้อยาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.30) แจ้งว่าเคยซื้อยาจากร้าน ขย.2 โดยซื้อยาสูงสุดปีละ 3-4 ครั้ง (ร้อยละ 40.00) รองลงมา 6 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 17.90) มักจะซื้อยาจากร้าน ขย.2 ร้านเดิมเป็นประจำ (ร้อยละ 72.60) รองลงมาซื้อยาจากหลายร้าน (ร้อยละ 22.10) ขึ้น

กับความสะดวก ส่วนใหญ่เห็นว่าร้าน ขย.2 ที่ตนเองซื้อประจำนั้นมีคนขายยา 2 คน (ร้อยละ 58.90) รองลงมา 1 คน (ร้อยละ 18.90) และ 3 คน (ร้อยละ 11.60) ส่วนใหญ่มักพบว่าเจ้าของร้านเป็นคนขายเอง (ร้อยละ 60.00) รองลงมาเป็นภรรยาหรือสามีหรือญาติเจ้าของร้านขาย (ร้อยละ 27.40) มีส่วนน้อยที่ลูกจ้างเป็นคนขาย (ร้อยละ 4.20) ผู้ซื้อยาแจ้งว่าคนขายยา มีการซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการป่วย (ร้อยละ 56.80) และไม่มีการซักถาม (ร้อยละ 37.90) ส่วนใหญ่คนขายยาจะขายยาให้ตามที่ต้องการทุกครั้งเมื่อผู้ซื้อบอกซื้อยาที่ต้องการ (ร้อยละ 80.00) มีส่วนน้อยขายให้แต่ไม่ทุกครั้ง (ร้อยละ 6.30) และมีที่ไม่ขายให้เลย (ร้อยละ 1.10) ผู้ซื้อแจ้งว่าคนขายยาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.90) แนะนำวิธีใช้ยา และบางส่วน (ร้อยละ 35.80) ไม่แนะนำเลย

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนผู้บริโภคจากสถานศึกษา เป็นนักศึกษาการศึกษานอกโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 30 คน จากอำเภอเมืองและอำเภอป่าซาง อำเภอละ 15 คน มีอายุเฉลี่ย 24 ปี ทุกรายแจ้งว่าเคยซื้อยาจากร้านขายยา แต่ไม่ทราบว่าเป็นร้านขายยาประเภทใด ซื้ออย่างต่ำปีละประมาณ 10 ครั้ง ซื้อจากหลายร้านแต่ส่วนใหญ่ร้านอยู่ในอำเภอที่อาศัยอยู่ ส่วนใหญ่แจ้งว่าเห็นร้านขายยามีคนขายประจำ ประมาณ 1-2 คน มักเป็นสามีและภรรยากัน คนขายยามักไม่ถามอาการเจ็บป่วยเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.80)

จากผลการสำรวจข้อมูลจากบุคลากรขายยาร้าน ขย.2 และประชาชนผู้ซื้อยาพอสรุปได้ว่าบุคลากรขายยาร้าน ขย.2 มีพฤติกรรมในการขายยา ดังนี้

1) ผู้ขายยาไม่ค่อยซักถามอาการเจ็บป่วยของผู้มาซื้อยา (ยิ่งถ้าผู้ซื้อระบุชื่อยา มักจะหยิบยาขายให้เลย) โดยเฉพาะในเรื่องต่อไปนี้

- อาการเจ็บป่วยโดยละเอียด
- ประวัติการเจ็บป่วย
- พฤติกรรมที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย
- มีประวัติการรักษาอะไรมาก่อนหน้านี้บ้าง

2) การจัดยามักจะเลือกยาชนิดที่รับอาการได้รวดเร็วเป็นหลัก โดยไม่ค่อยคำนึงถึงอันตรายของยานั้นๆ บางครั้งก็มีการเปลี่ยนแปลงเป็นยาชนิดอื่นถ้าผู้ซื้อไม่มีเงินซื้อยาไม่เพียงพอ

3) การให้คำแนะนำวิธีใช้ยา บางครั้งไม่ถูกต้อง

4) ไม่ค่อยแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวสำหรับคนป่วย หรือคำเตือนในการใช้ยานั้นๆ

5) มีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องวิธีการรักษาอาการหรือโรคบางโรค

ซึ่งสรุปได้ว่า บุคลากรขายยาร้าน ขย.2 จังหวัดลำพูน ยังมีศักยภาพอยู่ในระดับต่ำ ทั้งด้านคุณวุฒิ ความสามารถ วุฒิภาวะทางวิชาการ การแสดงออกในการขายยายังขาดความรู้ และทักษะในการรักษาโรคและการใช้ยา และยังมีการขายยาบางประเภทที่กฎหมายห้ามขายในร้าน ขย.2 อีกด้วย

3. แนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรขายยา

จากการประชุมร่วมกับกรรมการชมรมร้านขายยา จังหวัดลำพูนและร้าน ขย.2 ที่ประชุมได้กำหนดแนวทางและวางแผนการดำเนินกิจกรรม

ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรขายยา ร้าน ขย.2 ดังนี้

- 3.1 การอบรมความรู้ทางวิชาการ
- 3.2 การตรวจเยี่ยมแนะนำร้าน ขย.2
- 3.3 การจัดทำเอกสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ

- 3.4 การดูงานร้านขายยาตัวอย่าง

โดยกิจกรรมทั้งหมด จะดำเนินการและประเมินภายใน 1 ปี ซึ่งจะดำเนินการในปีต่อไป ทั้งนี้ในระหว่างการประชุม กรรมการชมรมร้านขายยาได้กระตุ้นให้ที่ประชุมได้พิจารณาอย่างอิสระปราศจากการแทรกแซง ชี้นำ หรือครอบงำ ความคิดในการพิจารณาจากกรรมการชมรม หรือผู้วิจัย ในเรื่องสภาวะการณ์ปัจจุบันของการขายยา ในร้าน ขย.2 และพิจารณาสภาพการณ์ของร้าน ขย.2 ที่คาดหวังในอนาคต แล้วกำหนดเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนา ทั้งนี้โดยอาศัยเทคนิค PAR, PRA และ AIC ที่กรรมการชมรมร้านขายยาได้รับการถ่ายทอดจากผู้วิจัย ซึ่งผลของการประยุกต์ใช้เทคนิคดังกล่าวกับการประชุมปรากฏว่าได้ผลดี ดังปรากฏข้างต้น

วิจารณ์ผล

ร้านขายยายังเป็นสถานที่หนึ่งที่มีความจำเป็นต่อการรักษาสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะร้านขายยา ขย.2 ที่มีจำนวนมากที่สุดและกระจายอย่างกว้างขวางอยู่ทั่วทุกพื้นที่ในประเทศไทย พฤติกรรมการขายยาของร้าน ขย.2 เหล่านี้ยังคงมีปัญหาอยู่มาก อันมีสาเหตุสำคัญมาจากบุคลากรที่ทำหน้าที่ขายยาในร้าน ยังมีศักยภาพไม่เหมาะสม ขาดความรู้และทักษะในการรักษาโรค

และการจ่ายยา มีทัศนคติที่มุ่งผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นสำคัญ การขายยาอาศัยความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมมาเป็นหลัก แต่จะมีบางส่วนได้รับการอบรมความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข ความรู้ที่ได้รับนั้นเล็กน้อยและผ่านการอบรมมาเนิ่นนานแล้ว ประกอบกับร้าน ขย.2 มิได้มีเภสัชกรซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านยา มาควบคุมดูแลการขายยา จึงทำให้การขายยาและแนะนำการใช้ยาจากร้าน ขย.2 อาจจะทำให้เกิดอันตรายกับประชาชนผู้ซื้อยา หรือคนไข้ได้ การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรผู้ขายยา ร้าน ขย.2 ที่ผ่านมาในอดีตไม่ประสบความสำเร็จ ปัจจัยสำคัญ มาจากกิจกรรมการพัฒนาดำเนินการโดยรัฐเป็นหลัก ร้านขายยามีได้มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมดำเนินการในแต่ละขั้นตอนเลย การเข้าร่วมกิจกรรมจึงมีลักษณะจำใจ เกรงใจ หรืออึดอัดใจในการเข้าร่วม เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ควบคุม ร้านขายยา ซึ่งมีอำนาจตามกฎหมายอยู่ในมือ แต่ภายหลังจากที่ได้นำกระบวนการ PAR ร่วมกับการนำเทคนิค PRA และ AIC มาประยุกต์ร่วมด้วยแล้ว ร้าน ขย.2 ทั้งหมดได้มีส่วนร่วมอย่างอิสระ โดยปราศจากการชี้นำ ครอบงำ จากเจ้าหน้าที่รัฐ ทำให้การพิจารณา สภาวะการณ์ของร้าน ขย.2 ในปัจจุบันเป็นไปโดยธรรมชาติ มีอิสระ มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความเต็มใจ ปราศจากความหวาด ระวัง ทั้งหมดได้กำหนดสภาพร้านขายยาที่คาดหวังในอนาคตและกำหนดแนวทางในการพัฒนาร้านขายยาโดยเฉพาะศักยภาพคนขายยา ในการจ่ายยา และการแนะนำยาแก่ประชาชนผู้ซื้อยาและคนไข้ ตลอดจนวางแผนการดำเนินงานกิจกรรม เพื่อให้

บรรลุลักษณะดังกล่าว ผลของการนำเทคนิคดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ทำให้ ร้าน ขย.2 มีความรู้สึกมีส่วนร่วมในการพัฒนานี้ และผูกพันในการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่จะดำเนินการในอนาคต จึงอาจสรุปได้ว่ากระบวนการ PAR, PRA และ AIC สามารถนำมาใช้กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรขายยา ร้าน ขย.2 เพื่อให้บรรลุลักษณะดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะ

ควรจะมีการดำเนินงานและประเมินผลตามแนวทางและแผนงานที่ได้กำหนดไว้และควรจะนำแนวทางที่ได้ศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้กับจังหวัดอื่นๆต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.อนุรักษ์ ปัญญาวัฒน์ รศ.อุเทน ปัญญา และผศ.วรารักษ์ ปันณวลี จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคุณจงกลณี วิทยา รุ่งเรืองศรี จาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้และให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

บรรณานุกรม

1. กรมการปกครอง (2539). **สถิติประชากรของประเทศไทย**. กรุงเทพฯ : กรมการปกครอง
2. กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2540). **สถิติเภสัชกรและสถานบริการเภสัชกรรมชุมชน** กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา. (2537).

วิเคราะห์ระบบยา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

4. สมจิตต์ ใจวิถี และคณะ. (2536). **การศึกษาพฤติกรรมการซื้อขายยาของประชาชนและร้านขายของชำ : กรณีศึกษาในตำบลท่านาว อำเภอเมือง จังหวัดน่าน**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
5. อะเคื้อ อุณหเสวกะ. (2539). **การวิจัยเรื่องการปฏิบัติตามนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้**. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. อมรา พงศาพิชญ์. (2537). ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ ในอุทัย ดุลยเกษม (2537) (บรรณาธิการ). **คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่นสถาบันวิจัยและพัฒนา.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. อรพินท์ สฟโชคชัย. (2535). **คู่มือการจัดการประชุม เพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
8. อคิน รพีพัฒน์ (ม.ร.ว.) (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย ในทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ) **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา**. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภารพิมพ์



ห้องปฏิบัติการ

และหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ (Mobile Unit)

กฤษฎกรณ ปริญญาศิร

การดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ผ่านมามีงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ขณะที่สถานการณ์ด้านอาหารได้เปลี่ยนไป ผู้บริโภคตื่นตัวในการเรียกร้องสิทธิมากขึ้น ข่าวสารความไม่ปลอดภัยที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้รับความสนใจจากสื่อมวลชน สำนักงานฯ ได้เล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว และ สอดรับกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 เพื่อให้มีข้อมูลในการตัดสินใจ ของผู้บริหารในการวางแผน และการปฏิบัติงานในเชิงรุกให้ทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่สามารถใช้งานได้ให้เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น และช่วยในการคัดแยกเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่เป็นปัญหาเพื่อส่งวิเคราะห์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อดำเนินงานตามกฎหมายต่อไป ซึ่งบางครั้งการวิเคราะห์โดยหน่วยงานที่ต้องใช้วิธีมาตรฐาน ต้องใช้เวลา และไม่ทันต่อการทำงานเชิงรุกและการตัดสินใจของผู้บริหารเพื่อดำเนินการให้ทันทั่วทั้ง

ห้องปฏิบัติการของสำนักงานฯ จึงได้รับการพัฒนาขึ้นพร้อมกับการจัดตั้งหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น โดยบทบาทของห้องปฏิบัติการและหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น โดย

บทบาทของห้องปฏิบัติการและหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ อยู่ในการตรวจสอบเบื้องต้น (Screening lab) และการวิจัย ทำให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่และทำให้ทราบสาเหตุเบื้องต้นของปัญหาได้รวดเร็ว (Rapid Survey) สามารถทราบผลการตรวจสอบทันทีหรือ ภายใน 1-2 วัน ตัวอย่างเช่น ได้ใช้ประโยชน์ของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ในการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคฯ ในพะเยาเกมส์ จังหวัดตรัง ที่ผ่านมา โดยได้รับความร่วมมือในการเก็บตัวอย่างจากจังหวัด นำมาตรวจวิเคราะห์ที่รถ Mobile และรายงานผลให้จังหวัดทราบภายใน 1-2 วัน เพื่อให้จังหวัดดำเนินการตามมาตรการการคุ้มครองผู้บริโภคต่อไป

การใช้ประโยชน์ของรถ Mobile จะต้องใช้ห้องปฏิบัติการควบคู่กันไป ในเรื่องของการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และสารเคมี และ ชุดทดสอบ (Test kit) แล้วจัดให้รถตรวจสอบเคลื่อน ที่นำไปใช้ในภาคสนาม และประการสำคัญที่สุดคือ ในบางครั้งจำเป็นจะต้องนำตัวอย่างอาหารที่เก็บได้ในระหว่างการตรวจกลับมาวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการ เนื่องจากวิธีการตรวจวิเคราะห์และปริมาณตัวอย่างอาหารมีมากเกินไปขีดความสามารถที่จะรับได้ของรถ Mobile

การจัดสร้างรถ Mobile Unit และการจัดตั้งห้องปฏิบัติการ ได้รับการสนับสนุนด้าน

งบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ และเครื่องมือต่างๆ จาก JICA มาเป็นเวลา 3 ปี

รถ Mobile Unit คืออะไร

Mobile Unit เป็นรถ Mini Bus ที่ติดตั้งอุปกรณ์ปั่นไฟฟ้า พร้อมติดตั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาวิจัย และการดำเนินการภาคสนามประกอบด้วยอุปกรณ์เผยแพร่ความรู้ และอุปกรณ์ตรวจสอบเบื้องต้น (Screening test Unit) ด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร

อุปกรณ์ภายในรถ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. อุปกรณ์เก็บตัวอย่าง ได้แก่ ตู้เย็น 4 °C, -40 °C
2. อุปกรณ์การตรวจสอบเบื้องต้น เช่น Test kit ทางจุลินทรีย์และเคมี และอุปกรณ์ฆ่าเชื้อ
3. อุปกรณ์สื่อสาร เช่น Fax Modem, Note book Computer, Printer, เครื่องโทรสาร, โทรศัพท์มือถือ
4. อุปกรณ์เผยแพร่ฯ เช่น วีดีโอ, โทรทัศน์, วิทยุ, สไลด์

Mobile Unit ตรวจวิเคราะห์อะไรได้บ้าง

Mobile Unit สามารถตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ในเครื่องต่างๆ ดังนี้

- ตรวจหา -
- กรดแอสซิด
 - ปริมาณกรดน้ำส้มสายชู
 - กรดซาลิซิลิก
 - บอแรกซ์
 - ฟอรัมาลดีไฮด์
 - โซเดียมไฮโดรซัลไฟด์

- สเตียรอยด์
- ยาฆ่าแมลง
- ความกระด้างของน้ำ

ตรวจ pH และคลอรีน

ตรวจสอบอาหารทางด้านจุลินทรีย์

- Standard plate count
- Coliforms & *E. coli*
- Yeast & Mold
- Coliforms & *E. coli* โดย Membrane
- Coliforms & *E. coli* โดย Colitest

ตรวจสอบเครื่องดื่มทางด้านจุลินทรีย์

- Standard plate count
- Coliforms & *E. coli*

ประโยชน์ของ Mobile Unit / ห้องปฏิบัติการ

1. นำไปใช้เพื่อปฏิบัติงานเฝ้าระวังเชิงรุก สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทันที
2. สามารถนำไปใช้ในการหาสถานการณ์ปัญหาสภาพความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพในท้องตลาด
3. ข้อมูลที่ได้จากผลการตรวจสอบเบื้องต้น โดยรถ Mobile และห้องปฏิบัติการ จะได้นำมาวิเคราะห์ในเชิงบริหาร สำหรับการวางแผน/ตัดสินใจในระดับผู้บริหาร
4. ทำงานเชิงพัฒนา เช่น ทำโครงการในด้านยกระดับสุขลักษณะอาหารในการผลิตของโรงงาน
5. ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเผยแพร่ความรู้

- ทั้งในด้านวิชาการ และวิธีตรวจสอบ
ในห้องปฏิบัติการในโรงงาน ให้แก่ เจ้า
หน้าที่ผู้ประกอบการและผู้บริโภค
6. เป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับ
สำนักงานฯ ในการดำเนินงานเชิงรุก ของ
งานคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ
เช่น การจัด Food Festival ณ จังหวัด
เชียงใหม่ ในปี 2539 และ จังหวัดระยอง
ในปี 2540

ผลงานที่กำลังดำเนินการและได้ดำเนินการไปแล้ว

1. โครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยของน้ำ
ดื่มในงานพะยูนเกมส์
2. โครงการตรวจซูเปอร์มาเก็ต ของอาหาร
พร้อมปรุง/พร้อมบริโภค
3. โครงการสร้างระบบประกันคุณภาพนม
พร้อมดื่ม
4. โครงการเฝ้าระวังคุณภาพมาตรฐานของ
ไส้กรอก และหมูปดในท้องตลาด
5. โครงการยกระดับมาตรฐานการผลิต
ของผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ชนิดไส้ครีม

ผลงานที่คาดว่าจะดำเนินการต่อไป

1. โครงการศึกษาเพื่อประเมินสถานการณ์
คุณภาพ ความปลอดภัยด้านอาหาร
โดยใช้หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ ได้แก่
การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์นม
พร้อมบริโภค ณ สถานที่ผลิต

2. การตรวจสอบเรื่องร้องเรียนต่างๆ จาก
ผู้บริโภค
3. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ด้าน
อาหารและยา
4. งานศึกษาวิจัย เพื่อหาข้อมูลสำหรับ
ช่วยในการตัดสินใจในระดับผู้บริหาร
ทำในเขต กทม./ภูมิภาค เช่น สถาน
การณ์การระบาดของการใช้ Borax ใน
หมูสดที่ตลาดสด
5. งานที่ต้องยกระดับมาตรฐานการผลิตเช่น
โครงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพของ
โรงงานผลิตนมพร้อมดื่ม เพื่อรองรับ
โครงการนมโรงเรียนของรัฐบาล
6. โครงการเฝ้าระวังคุณภาพอาหารในงาน
เอเชียนเกมส์ ปี 2542

สรุปความคุ้มค่าของรถ Mobile Unit และห้อง ปฏิบัติการ

รถ Mobile Unit เป็นเครื่องมือที่สำคัญใน
การตรวจประเมินสภาพปัญหา ความไม่ปลอดภัย
ของผลิตภัณฑ์ (Situation Analysis) ที่รวดเร็ว
เพื่อดัดสินใจดำเนินการในเรื่องเร่งด่วน ร้องเรียน
และการดำเนินการเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
โดยการนำไปใช้ในการประเมินสถานการณ์ปัญหา
ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่ได้ผลรวดเร็ว
เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ และแก้ไขปัญหของ
ผู้บริหาร ตลอดจนการพัฒนานโยบายและการ
ดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ





FDA - JICA FOOD FESTIVAL

วิลาลักษณ์ ชินบุรณ

FDA - JICA FOOD FESTIVAL เป็นงาน
คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอีกรูปแบบหนึ่งที่
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณจาก JICA (Japan Interna-
tional Cooperation Agency) ภายใต้โครงการ
Strengthening of Food Sanitation Activities
ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนิน
งานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำ
กิจกรรมด้าน Food Festival โดยเน้นการให้สุศึกษา
เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคด้านอาหารในงาน
เทศกาลที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นจำนวนมาก ๆ
ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้ดำเนินการไปแล้ว 3 ครั้ง
ทำติดต่อกัน 3 ปี ๆ ละ 1 ครั้ง เริ่มตั้งแต่ปี 2539
โดยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดังนี้

ครั้งที่ 1 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดเชียงใหม่ ได้จัดทำโครงการ การให้สุศึกษา
เกี่ยวกับบริโภคนิสัยโดยใช้รูปแบบความบันเทิงและ
มอบรางวัล กิจกรรมจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 1 - 15

มกราคม 2539 ในงานประเพณีท้องถิ่นและสมโภช
เมืองเชียงใหม่ครบ 700 ปี

ครั้งที่ 2 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดระยอง ในโครงการ การให้สุศึกษาเกี่ยว
กับพฤติกรรมการบริโภคในรูปแบบความบันเทิงและ
ให้รางวัล โดยกิจกรรมจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 27
ธันวาคม 2539 - 3 มกราคม 2540 ในงานปีใหม่
และงานกาชาด จังหวัดระยอง ณ สนามกีฬา
จังหวัดระยอง

ครั้งที่ 3 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี ในโครงการ การให้สุศึกษา
เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย
ซึ่งได้จัดขึ้นในระหว่างวันที่ 5 - 7 ธันวาคม 2540
ในงานวันคุ้มครองผู้บริโภค

จากผลการดำเนินงานของทั้ง 3 จังหวัดที่
ผ่านมานับว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี มี
ผู้บริโภคเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความสนใจเป็น
จำนวนมาก ทำให้ JICA เห็นประโยชน์จาก

FDA - JICA FOOD FESTIVAL

เป็นงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอีกรูปแบบหนึ่ง
ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
จาก JICA (Japan International Cooperation Agency)
ภายใต้โครงการ Strengthening of Food Sanitation Activities
ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินงานร่วมกับ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำกิจกรรมด้าน Food Festival
โดยเน้นการให้สุศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคด้านอาหาร

กิจกรรมนี้ จึงได้ให้การสนับสนุนงบประมาณอีก
เป็นปีที่ 4 ซึ่งครั้งนี้จะจัดที่เทศบาล นครหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา ในโครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน
อาหารในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยร่วมมือ
กับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด ซึ่งคาดว่าจะจัดในปลายเดือน
สิงหาคม 2541 นี้

รูปแบบของกิจกรรมที่ดำเนินการ

1. กิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ก่อนงานนิทรรศการ

ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายทราบ
จัดทำเอกสาร แผ่นพับ ใบปลิว โปสเตอร์
แถลงข่าวแก่อีเมลมวลชน

2. จัดหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ (Mobile Unit) ออกเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อตรวจวิเคราะห์ตามแหล่งชุมชนและตลาดสด

3. กิจกรรมที่จัดในระหว่างวันที่จัดเทศกาล
จัดนิทรรศการด้านสุขลักษณะอาหาร การ
เลือกซื้อ เลือกใช้ ผลิตภัณฑ์อย่างปลอดภัย
การแสดงบนเวที
การตอบปัญหาชิงรางวัล
การอภิปรายทางวิชาการ
การตอบปัญหาโดยใช้แบบสอบถาม
การประกวดการทำอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ
การจำหน่ายสินค้าที่มีราคาถูกและปลอดภัย
 ฯลฯ

รูปแบบการสนับสนุน

1. JICA สนับสนุนงบประมาณในการจัด
นิทรรศการ
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สนับสนุน เอกสารเผยแพร่ฯ รถ Mobile Unit
สำหรับตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหารเบื้องต้น





เครื่องสำอาง...กับ...จุดซ่อนเร้น

พวพรรณ อุนทรธรรม

Uริเวณซ่อนเร้น หรือบริเวณอวัยวะเพศของสตรี โดยเฉพาะบริเวณด้านในที่เป็นเยื่อบุอ่อน เป็นผิวที่มีความบอบบาง และมีปัญหาเกิดการแพ้ระคายเคืองได้ง่าย ตัวอย่างเช่น บางราย แม้แต่เพียงการใช้ผ้าอนามัยที่ใช้ภายนอก ก็ยังมีการแพ้ระคายเคืองได้ เป็นต้น

สัญญาณอันตรายจากผลิตภัณฑ์ที่ใช้กับจุดซ่อนเร้น คือ พบว่ามีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ใช้กับจุดซ่อนเร้นของสตรีในสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ โดยเฉพาะสื่อบันเทิง ทำให้เข้าใจว่า ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีสรรพคุณทำให้ช่องคลอดกระชับ หรือโฆษณาว่า “ใช้แล้วเหมือนกับการทำรีแพร์โดยไม่ต้องผ่าตัด” หรือ “ทำสาวโดยไม่ต้องผ่าตัด” มีการแสดงภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งโฆษณาสรรพคุณว่า ช่วยส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ทำให้คู่ชีวิตลุ่มหลง ล้วนแต่เป็นการโอ้อวด ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิด นอกจากจะสิ้นเปลืองแล้ว ยังอาจเกิดอันตรายจากการใช้

ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ได้

หลายท่านอาจสงสัยว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้มีการติดตามตรวจสอบหรือไม่ คำตอบคือ ได้มีการตรวจสอบการโฆษณา แจ้งรับทราบการโฆษณาทุกรายที่ตรวจพบ ผู้ประกอบธุรกิจที่มีคุณธรรม ส่วนใหญ่ยอมรับและแก้ไขให้เหมาะสม แต่พบว่ามีจำนวนมากทั้งที่นำเข้าจากต่างประเทศ และผลิตในประเทศ ที่มีเล่ห์เหลี่ยมพลิกแพลงมากมาย ตัวอย่างเช่น บางผลิตภัณฑ์มีการหลอกลวงผู้บริโภคอย่างโจ่งแจ้งชัดชัด เช่น อ้างว่าผ่านการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข ผลิตภัณฑ์ที่อ้างเช่นนี้ สรุปได้เลยว่าเป็นการหลอกลวงทั้งสิ้น เนื่องจากเจ้าของผลิตภัณฑ์เพียงแต่นำตัวอย่างไปตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยาที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าในรายงานผลการตรวจวิเคราะห์จะมีการระบุไว้ชัดเจนว่า “ห้ามนำรายงานนี้ไปประกาศ

โฆษณา” แต่ผู้ประกอบการที่ไร้จริยธรรมเหล่านี้ ก็ยังฝ่าฝืน นำไปโฆษณาทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิด

ผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ลงทุนน้อย แต่อาศัยกลยุทธ์ การโฆษณาที่หวือหวา สองแ่งสองงาม ขยายในราคา แพง ทำให้ผู้บริโภคที่ไม่รอบคอบ หลงเชื่อ เสียเงินซื้อ สร้างปัญหาให้กับหน่วยงานรัฐในการติดตามตรวจสอบ โอกาสนี้ จึงควรมีการกระเทาะเปลือก ทำความ รู้จักกับผลิตภัณฑ์ที่ใช้กับจุดซ่อนเร้นว่ามีประโยชน์ หรือโทษอย่างไรบ้าง

ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ใช้กับจุดซ่อนเร้น จุดมุ่งหมายของการใช้ส่วนใหญ่เพื่อความสะอาด แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เป็นผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด ที่ใช้แล้วต้องล้างออก เช่น อยู่ในรูปของ สบู่เหลว โฟม เจล ใช้ฟอกผิวทำความสะอาด แล้วล้างออก ด้วยน้ำ จะมีประโยชน์เหมือนกับสบู่ทำความสะอาด ผิวกายเพียงแต่มีการปรับรูปแบบ แต่งสี แต่งกลิ่น อาจมีส่วนผสมของวัตถุที่ใช้ระงับเชื้อ โดยทั่วๆ ไป หากใช้แล้วไม่เกิดการแพ้ ระคายเคือง ก็สามารถ ใช้ฟอกผิวเช่นเดียวกับสบู่ทั่วไป แต่พบว่าบางราย มีอาการแพ้ระคายเคือง ทั้งนี้อาจแพ้ส่วนผสมบาง ชนิดในผลิตภัณฑ์ เช่น สารชะล้าง วัตถุกันเสีย วัตถุระงับเชื้อ หรือน้ำหอมที่ใช้แต่งกลิ่น หรือบาง ผลิตภัณฑ์มีความเป็นด่างมากเกินไป ทำให้ขณะที่ ใช้เกิดการแสบระคายเคืองแล้วลุกลามอักเสบได้

กลุ่มที่ 2 เป็นน้ำยาที่ใช้สวนเข้าไปในช่อง คลอดเพื่อความสะอาด แล้วปล่อยให้แห้ง ปล่อยให้ น้ำยาไหล ออกมาโดยไม่ต้องทำความสะอาดด้วยน้ำอีก แต่ จุดมุ่งหมายก็คือ เพื่อทำความสะอาด บางผลิตภัณฑ์ มีการเติมสารที่มีคุณสมบัติเป็นสารฝาดสมาน หรือ เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Astringent ตัวอย่างเช่น สารในกลุ่มสารส้ม สารสกัดจากพืช และมีการ

อวดอ้างสรรพคุณว่าทำให้ช่องคลอดกระชับ ลด การหล่อลื่น เป็นการอวดอ้างสรรพคุณทางยา ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง

สำหรับสารในกลุ่มสารส้มนั้น เป็นที่รู้จัก กันมาแต่สมัยโบราณว่าช่วยกำจัดความเมือกได้ เช่น ใช้กำจัดความเมือกของปลาช่อน ทำให้ไม่ลื่นและ ลดกลิ่นคาวปลา แต่การนำมาใช้กับเยื่อบุช่องคลอด นั้น ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการว่าเหมาะสมหรือ อาจเกิดอันตรายอย่างไรบ้าง และหากความเข้มข้น มากเกินไปหรือใช้บ่อยครั้งเกินไป มีโอกาสที่จะ เกิดการแพ้ ระคายเคืองได้

การใช้ผลิตภัณฑ์สวน หรือ ชะล้างเข้าไป ในช่องคลอด อาจก่อให้เกิดอันตรายและเป็น ปัญหาทางด้านสุขภาพของสตรีเป็นอย่างมาก เนื่อง จากระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีมีความซับซ้อน แต่ขณะเดียวกันธรรมชาติก็มีการรักษาสมดุลย์ สภาพในช่องคลอดให้เป็นปกติอยู่แล้ว การใช้ ผลิตภัณฑ์เหล่านี้อาจมีผลไปกระทบต่อเยื่อบุอ่อน ภายใน ทำให้เกิดการอักเสบ เป็นอันตรายที่ ลุกลามได้ ในสหรัฐอเมริกาได้มีข้อกำหนดเตือน สตรีที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ชะล้างหรือสวนเข้าไปในช่อง คลอดโดยกำหนดให้ต้องแสดงไว้บนฉลากเครื่องสำอาง ที่ใช้ชะล้างหรือสวนเข้าไปในช่องคลอด การกำหนด ให้แสดงคำเตือน แสดงว่าเคยมีปัญหา หรือ มี อันตรายเกิดขึ้นแล้ว คำเตือนมีดังนี้

1) ใช้เพื่อทำความสะอาด มิได้เป็นการ คุมกำเนิด และมีได้เป็นการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์

2) ไม่ควรใช้มากกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และไม่ควรใช้ในขณะตั้งครรภ์ ยกเว้นอยู่ภายใต้ คำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3) การล้างภายในบ่อย อาจทำให้เกิดการ

ผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ลงทุนน้อย แต่อาศัยกลยุทธ์การโฆษณา
ที่หือหวา สองแ่งสองอ่าม ขยายในราคาแพง
ทำให้ผู้บริโภคที่ไม่รอบคอบ หลงเชื่อ เสียเงินซื้อ
สร้างปัญหาให้กับหน่วยงานรัฐในการติดตามตรวจสอบ
โอกาสนี้ จึงควรมีการกระเทาะเปลือก
ทำความเข้าใจกับผลิตภัณฑ์ที่ใช้กับจุดซ่อนเร้น
ว่ามีประโยชน์หรือโทษอย่างไรบ้าง

อักเสบของช่องเชิงกราน ซึ่งจะมีอาการปวด มีไข้ มีกลิ่น ควรปรึกษาแพทย์

4) ห้ามใช้ในกรณีที่มีการอักเสบของช่อง
เชิงกราน หรือในกรณีที่มีอาการโรคทางเพศสัมพันธ์
จึงขอเตือนสุภาพสตรีทั้งหลายว่า หากมี
ปัญหาหรือมีความผิดปกติใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริเวณ
จุดซ่อนเร้น เช่น มีอาการคัน ตกขาว มีเยื่อเมือก
ออกมาผิดปกติ มีอาการอักเสบ ปวดท้อง ความผิด
ปกติต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเป็นสัญญาณเตือนว่าภายใน
ช่องคลอด หรือมดลูก มีความผิดปกติ ซึ่งการดูแล
รักษา จำเป็นต้องพบแพทย์ เพื่อมิให้เกิดอาการ
ลุกลามจนสายเกินแก้ การใช้ผลิตภัณฑ์ใด ๆ กับ
บริเวณจุดซ่อนเร้นจะต้องใคร่ครวญให้รอบคอบ
อย่าหลงเป็นเหยื่อโฆษณา เพราะหากเกิดปัญหาแล้ว
คนที่เจ็บปวดมากที่สุดคือ ตัวเราเอง บางครั้ง

นอกจากเสียเงินแล้ว ยังเสียใจที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่
ปลอดภัย แล้วเกิดปัญหาลุกลาม ต้องเสียเงินเสีย
ทองรักษาอีกด้วย

โปรดคิดให้รอบคอบก่อนตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์
เหล่านี้ อย่าได้หลงคำเชื้อโฆษณา ในการเลือกต้อง
พิจารณาข้อความฉลากภาษาไทย หากมีการ
อวดอ้างสรรพคุณที่มีปัญหาข้างต้น หรือไม่มีการ
แจ้งแหล่งผลิต วันเดือนปีที่ผลิต ให้หลีกเลี่ยงการ
ซื้อ และขอให้แจ้งหน่วยงานรัฐ เพื่อดำเนินการกับ
ผู้ฝ่าฝืนและหากจำเป็นต้องใช้ พึงระมัดระวังตาม
คำเตือนข้างต้น มิฉะนั้น อาจเกิดอันตรายจาก
การใช้และมีผลลุกลามกระทบต่อระบบอวัยวะ
สืบพันธุ์ ซึ่งเป็นระบบที่สำคัญยิ่งต่อชีวิต ทำให้เกิด
ความผิดพลาดที่ยากต่อการแก้ไข





ความอ้วน

กับเครื่องสำอาง

1. นวัตกรรมที่สิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน อาหารการกินสะดวกและสมบูรณ์แต่ด้วยความเร่งรีบในชีวิตประจำวัน ทำให้คนส่วนใหญ่ขาดเวลา และโอกาสในการบริหารร่างกาย ปัญหา “ความอ้วน” หรือมีไขมันส่วนเกิน จึงแพร่ระบาดอยู่ทั่วไป และเป็นจังหวะของผลิตภัณฑ์ที่อวดอ้างสรรพคุณว่าลดไขมันส่วนเกิน หรือละลายไขมัน ทำให้ผู้ที่ประสบปัญหาความอ้วนทั้งหลายหลงเชื่อและคล้อยตาม เสียเงินซื้อมาใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ใช้กับผิวภายนอกร่างกาย แต่มีการอ้างสรรพคุณทางยาว่า ออกฤทธิ์ ลดไขมัน หรือละลายไขมัน ซึ่งเป็นการโฆษณาอวดอ้างที่เกินจริงทั้งสิ้น

1. สบู่ฟอกผิวผสมสารร้าย เป็นสบู่ฟอกผิวในลักษณะที่เป็นสบู่ก้อนเป็นเครื่องสำอางประเภทหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อชำระล้างสิ่งสกปรกออกจากร่างกาย ซึ่งส่วนประกอบหลักจะประกอบด้วย

ส่วนประกอบพื้นฐานของสบู่ หรือที่เรียกว่า Soap base และสิ่งปรุงแต่ง เช่น สี น้ำหอม หรือสารที่ช่วยเพิ่มสรรพคุณให้กับผิว เช่น ช่วยให้ผิวนุ่มเนียน ตัวอย่างเช่น Aloe vera gel, Glycerine, Propylene glycol น้ำผึ้ง และสารในกลุ่ม Moisturizer หรือ Emollient อื่นๆ

สำหรับสบู่ฟอกผิวผสมสารร้าย ซึ่งมักมีการโฆษณาว่าช่วยละลายหรือลดไขมันส่วนเกินนั้น แท้จริงคือสบู่ฟอกผิวสำหรับทำความสะอาดผิว ซึ่งจัดเป็นเครื่องสำอางทั่วไป แต่เพิ่มสารร้ายในลักษณะขึ้นเล็ก ๆ ประมาณ 1-2 % ลงไปในสบู่ และเพิ่มสารให้ความนุ่มเนียนต่อผิวลงไปด้วยและตามข้อเท็จจริงแล้ว ก็คือสบู่ฟอกผิวทั่วๆ ไปนั่นเอง

สบู่ฟอกผิวผสมสารร้ายเหล่านี้ ในขั้นตอนวิธีใช้ จะกำหนดให้มีการนวดส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยมีการโอ้อวดสรรพคุณทางยาว่า สารร้ายที่เป็นส่วนผสมจะช่วยละลายไขมันที่สะสมอยู่ใต้ผิวหนังได้

จุดนี้ เป็นปัญหาที่ล่อกลวงผู้บริโภคตลอดมา โดยข้อเท็จจริงแล้ว สบู่เหล่านี้ เป็นเครื่องสำอางประเภททำความสะอาดผิวหนังชนิดหนึ่งเท่านั้น การอ้างสรรพคุณละลายไขมันเป็นเรื่องโอ้อวดและล่อกลวง แต่มีจุดหนึ่งที่จะได้จากการใช้สบู่ คือการบังคับหรือกำหนดให้ผู้ใช้ต้องนวดผิวหนังบริเวณที่ผู้ใช้คิดว่ามีไขมันส่วนเกิน โดยให้นวดนาน 15-30 นาที การนวดในขณะที่มีฟองสบู่ทำให้ผิวหนังนวดได้นาน นวดได้ง่าย สบายผิว การนวดกล้ามเนื้อที่บริเวณใด บริเวณหนึ่ง เป็นเวลาติดต่อกันนานๆ เหมือนกับการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อส่วนนั้น ทำให้กล้ามเนื้อส่วนนั้น ๆ กระชับขึ้น สรุปคือ หากกล้ามเนื้อ กระชับขึ้น ก็เป็นเพราะผลจากการนวดนั่นเอง

2. นอกจากจะอยู่ในรูปแบบที่เป็นสบู่ก้อน ผสมส่าหร่าย ขณะนี้ไม่มีการพัฒนาการเป็นโฟม เจล หรือ ชนิดที่เป็นน้ำ (Solution) ทาผิว และ นวดตามวิธีที่กำหนดแล้วล้างออก

3. ผลิตรภัณฑ์ที่ใช้ทาผิวไว้บนผิวมีการนวดตามวิธีที่กำหนดอาจอยู่ในรูปของ Solution โลชั่น ครีมหรือเจล ผลิตรภัณฑ์ในกลุ่มนี้จะประกอบด้วย สารสำคัญ ได้แก่

3.1 ส่าหร่ายหรือสารสกัดจากส่าหร่าย โดยถือหลักการว่าส่าหร่ายหรือสารสกัดจากส่าหร่ายที่สัมผัสผิวทั้งชนิดที่ล้างออกและล้างไม่ออก จะมีผลต่อการเผาผลาญไขมันของผิวหนังบริเวณที่มีไขมันส่วนเกิน โดยการละลายแล้วเข้าสู่กระแสโลหิต ซึ่งโดยหลักการแล้วเป็นไปไม่ได้ที่ส่าหร่ายหรือสารสกัดจากส่าหร่ายในผลิตรภัณฑ์ที่สัมผัสผิวเท่านั้น ไม่ว่าจะระยะสั้นหรือระยะยาวจะมีผลต่อการเผาผลาญไขมันที่อยู่ใต้ผิว แต่การที่กล้ามเนื้อบริเวณนั้น ๆ กระชับขึ้น เป็นผลมาจากการเข้มนวดท้อง

แล้วนวด หรือเนื่องมาจากความตั้งใจจริงของผู้ใช้ที่จะลดความอ้วน จึงมีการควบคุมอาหาร รวมทั้งมีการออกกำลังกายควบคู่ไปด้วย

3.2 สาร Aminophylline ในต่างประเทศมีการใช้ในประมาณ 1-2% สารนี้คณะทำงานพิจารณาผลิตภัณฑ์ว่าจัดเป็นยา อาหาร เครื่องสำอาง หรือเครื่องมือแพทย์ ได้เคยพิจารณาผลิตภัณฑ์ที่อ้างว่าทำให้ผิวกระชับที่มี Aminophylline เป็นสารสำคัญแล้ว มีมติว่า ผลิตภัณฑ์ที่มี Aminophylline เป็นสารสำคัญ ต้องส่งมอบหลักฐานที่พิสูจน์ได้ว่าการใช้เครื่องสำอางที่มี Aminophylline เป็นส่วนผสมทาผิวแล้วปลอดภัย ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ Aminophylline ซึ่งละลายน้ำได้ดี และมีโมเลกุลเล็กกว่า Theophylline หรือ Caffeine รวมทั้ง derivatives ของทั้งสองสาร Aminophylline อาจถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดและมีผลต่อร่างกายได้ เนื่องจากสารเหล่านี้ เป็นสารที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด

3.3 Theophylline และ Caffeine รวมทั้งอนุพันธ์ของทั้งสองสาร

3.4 สารสกัดจากพืชพรรณที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด

ข้อสังเกต ทุกผลิตรภัณฑ์จะมีข้อกำหนดให้นวดผิวหนังบริเวณที่ใช้ตั้งแต่ 15-45 นาที

ความพยายามที่จะอ้างการออกฤทธิ์ทางยา

จากข้อมูลที่มีการทดลองในห้องปฏิบัติการ (In Vitro Test) ซึ่งไม่ได้ทดลองกับมนุษย์ สรุปได้ว่า ทั้ง Aminophylline, Theophylline และ Caffeine มีคุณสมบัติในการยับยั้ง Phosphodiesterase

enzyme จึงเชื่อกันว่าสารทั้งสามมีคุณสมบัติในการกระตุ้น - adrenergic receptor ซึ่งจะทำให้ Triglyceride ที่มีการพอกพูนในเซลล์ไขมันบริเวณนั้นถูกย่อยสลายเป็นกรดไขมันอิสระซึ่งจะถูกกำจัดออกจากบริเวณนั้นด้วยระบบน้ำเหลืองต่อไป แต่กรณีนี้เป็นการออกฤทธิ์ทางยาที่ตัวยาเหล่านี้ต้องเข้าสู่ภายในร่างกาย มิใช่การสัมผัสเฉพาะผิวภายนอกดังเช่นการใช้เครื่องสำอาง

ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ได้ผลจริงหรือ

ข้อมูลจาก Cosmetics & Toiletries Magazine Vol. 110 July 1995 ได้มีการทดลองในอาสาสมัคร 20 คน (10 คนเป็นผู้ที่มีปัญหา cellulite ในขั้นที่ 3-4 และอีก 10 คน เป็นคนปกติ คือผู้ที่ไม่มีความผิดปกติเรื่อง cellulite) สรุปได้ว่าผลที่ได้จากการใช้ผลิตภัณฑ์ไม่มากนัก (อาจแปลเองว่าได้ผลน้อย) และต้องใช้ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 8 สัปดาห์จึงจะสามารถเห็นผลได้บ้าง

ข้อสังเกตผลิตภัณฑ์ที่อ้างว่าช่วยลดไขมันส่วนเกิน คือ ไม่มีหลักฐานวิชาการ หรือการวิจัย หรือการทดลองที่เห็นผลชัดเจน ว่าผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีสรรพคุณตามที่อ้างส่วนใหญ่จะอ้างว่าสรุปผลจากผู้ที่เคยใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ โดยใช้ความรู้สึกในการประเมินหรือการตัดสินใจ ซึ่งไม่ใช่การวัดผลทางวิทยาศาสตร์ เพราะมีปัจจัยอื่นๆเกี่ยวข้องด้วย เช่น ในระหว่างที่ใช้ผลิตภัณฑ์ ผู้ใช้มีความตั้งใจจริงพยายามลดปัจจัยที่มีส่วนทำให้อ้วน เช่น เลือกอาหารที่ไม่ทำให้อ้วน ออกกำลังกาย จึงทำให้มีความรู้สึกว่าได้ผล แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะ ผู้ใช้เริ่มเบื่อ ทำตัวเหมือนเดิม ความอ้วนก็จะกลับมาเยือนอีกเหมือนเดิม

ปัญหาที่พบ

1. สารสำคัญที่ใช้ส่วนใหญ่ยังมีหลักฐานด้านสรรพคุณไม่เพียงพอ จึงไม่อนุญาตให้ใช้คำว่า Anticellulite หรือ Slimming และจุดที่น่าเป็นห่วงคือยังไม่มีข้อมูลผลของการใช้ติดต่อกันในระยะยาวว่าจะมีผลข้างเคียง หรืออันตรายมากน้อยเพียงใด

2. ปัญหาการโอ้อวดชื่อและสรรพคุณ

2.1 ในกรณีที่เป็นผลิตภัณฑ์นำเข้าจะไม่อนุญาตให้แสดงคำหรือข้อความในทำนองลดความอ้วน ลดไขมันหรือละลายไขมัน ตัวอย่างเช่น Anti-cellulite หรือ Slimming แต่อนุญาตให้ใช้คำว่า Firming หรือ Toning

2.2 ในกรณีที่เป็นผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศ ขณะนี้จัดเป็นเครื่องสำอางทั่วไป จึงไม่ต้องมายื่นคำขอขึ้นทะเบียน หรือแจ้งรายละเอียดแต่อย่างใด จำเป็นต้องติดตามตรวจสอบจากผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายในท้องตลาด

2.3 ทั้งผลิตภัณฑ์ที่ผลิตและนำเข้า มักมีการโฆษณาทั้งทาง Direct sale ทางไปรษณีย์ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ โดยเฉพาะสื่อบันเทิงว่า ลดไขมัน ละลายไขมัน หรือ ลดความอ้วน เป็นต้น

ดังนั้นในกรณีที่มีปัญหาเรื่องอ้วน การแก้ไขที่ถูกต้องคือ ต้องแก้ไขที่สาเหตุ ตัวอย่างเช่น ความอ้วนที่เกิดจากการรับประทานอาหารเกินจำเป็นก็ต้องจำกัดอาหารให้พอเหมาะ โดยเฉพาะอาหารที่มีแคลอรีสูงและหากมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากรูปร่างจะสมส่วนแล้วสุขภาพร่างกายจะแข็งแรง จิตใจจะแจ่มใสและคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะเป็นของท่าน





แนวทางวินิจัย ของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา : (ที่น่าสนใจบางเรื่อง) เป็นยาหรือไม่

ศานิต ศรีสังข์

กรณีที่ 1. ข้อเท็จจริงมีในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ฉบับลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2526 ได้มีการลงโฆษณาขายสินค้าข้อความว่า “ใส่เลี่ยน ใช้นีโอ-บาร์รี่ หมดกัวลโดยสิ้นเชิง...เป็นสายรัดใส่เลี่ยน ที่มีชื่อเสียงทั่วโลก ไม่ต้องผ่าตัด ไม่ต้องใช้เบาะรอง และไม่ต้องใช้สปริงรัดอีกต่อไป ท่านจะลืมใส่เลี่ยน ได้อย่างเด็ดขาด...สามารถปฏิบัติการณ์ได้นุ่มนวล เหมือนมือ ใช้ง่ายและสะดวกที่สุด ท่านจะรู้สึกสบาย เหมือนไม่ได้เป็นใส่เลี่ยนเลย... จะไม่รัดกล้ามเนื้อ ให้รู้สึกอึดอัดเหมือนสปริงชนิดอื่น คุณภาพเชื่อถือ และวางใจได้มีทั้งชนิดสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก...” “สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้ว เห็นว่าเรื่องนี้มีปัญหาว่าการโฆษณาขายสายรัดใส่เลี่ยนนีโอ-บาร์รี่ เป็นการโฆษณาขาย “ยา” ตาม บทนิยามของคำว่า “ยา” ในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 หรือไม่ซึ่งปัญหานี้คณะกรรมการกฤษฎีกา (กรรมการ

ร่างกฎหมายคณะที่ 8) เห็นว่าตาม (2) ของบทนิยามดังกล่าวได้บัญญัติไว้ว่า “ยา” หมายความว่า “(2) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์

การที่จะวินิจฉัยว่าวัตถุใดเป็น “ยา” ตาม บทนิยามดังกล่าวข้างต้นหรือไม่นั้น ข้อสำคัญหาได้อยู่ที่ว่าวัตถุนั้นจะวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ได้จริงหรือไม่ แต่ข้อสำคัญอยู่ที่ความมุ่งหมายในการใช้วัตถุนั้นว่าใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรคหรือความเจ็บปวดของมนุษย์หรือสัตว์หรือไม่เท่านั้น ในเมื่อปรากฏข้อเท็จจริงตามคำชี้แจงของผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขว่าใส่เลี่ยนนั้นในวงการแพทย์ถือกันว่าเป็นโรคอย่างหนึ่งและในเมื่อได้พิจารณาข้อความโฆษณาขายสายรัดใส่เลี่ยนนีโอ-บาร์รี่ ของห้างขายยาวัดสามจีนในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ฉบับวันที่ 15 พฤษภาคม

2526 ที่ว่า “ใส่เลื่อน ใช้นีโอ-บาร์ริรี หมดกั้วล โดยสิ้นเชิง... เป็นสายรัดใส่เลื่อนที่มีชื่อเสียงทั่วโลก ไม่ต้องผ่าตัดไม่ต้องใช้เบาะรอง และไม่ต้องใช้สปริง รัดอีกต่อไป ท่านจะลืมนใส่เลื่อนได้อย่างเด็ดขาด... สามารถปฏิบัติการได้นุ่มนวลเหมือนมือ ใช้ง่าย และสะดวกที่สุดท่านจะรู้สึกสบายเหมือนไม่ได้ เป็นใส่เลื่อนเลย จะไม่รัดกลัมนเนื้อให้รู้สึกอึดอัด เหมือนสปริงชนิดอื่น คุณภาพเชื่อถือ และวางใจ ได้...มีทั้งชนิดสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก...” แล้วจะ เห็นได้ว่าถึงแม้ข้อความโฆษณาดังกล่าวจะโฆษณา โดยหลีกเลี่ยงไม่ใช้ถ้อยคำว่า “บำบัด” “รักษา” หรือ “ป้องกัน” โดยตรงก็ตาม แต่เมื่ออ่านข้อความ โฆษณาดังกล่าวทั้งหมดรวมกันแล้วย่อมเป็นที่เข้าใจได้ว่าเป็นการโฆษณาสายรัดใส่เลื่อนซึ่งเป็นวัตถุ ที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการบำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรคใส่เลื่อนได้ดังนั้น จึงได้ว่าการ โฆษณาขายสายรัดดังกล่าวจะสามารถใช้ในการ บำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคใส่เลื่อนได้จริง ตามที่โฆษณาไว้หรือไม่เป็นเรื่องข้อเท็จจริง ที่ต้องมีการพิสูจน์กันต่อไป

ปัญหาทำนองเดียวกันนี้ศาลฎีกาโดยที่ประชุมใหญ่ได้เคยวินิจฉัยไว้เป็นบรรทัดฐานในคำ พิพากษาศาลฎีกาที่ 201/2506 แล้วว่า คำว่า “ยา” ตาม (2) ในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ. 2493 นั้นข้อสำคัญไม่ได้อยู่ที่ว่าวัตถุนั้นจะบำบัดรักษา หรือป้องกันโรคได้จริงหรือไม่ แต่อยู่ที่ความมุ่ง หมายในการใช้ถ้ามุ่งหมายจะใช้วัตถุนั้นบำบัดรักษา และป้องกันโรคแล้วก็ต้องถือว่าวัตถุนั้นเป็นยาดังนั้น ในคดีนี้ศาลฎีกาจึงได้วินิจฉัยว่า กำไล แหวนและ สร้อยวิทยาศาสตร์ เป็น “ยา” ตามบทนิยามใน มาตรา 1 แห่งพระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ. 2493 ซึ่งเป็นบทบัญญัติที่คล้ายคลึงกับบทนิยามคำว่า “ยา” ตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

ในเมื่อวินิจฉัยไว้แล้วว่าข้อความโฆษณา ขายสายรัดใส่เลื่อนนีโอ-บาร์ริรี จึงเป็นการขาย

โฆษณาอันอยู่ในความควบคุมตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

กรณี 2. ข้อเท็จจริงโดยสรุปมีว่า ได้มีบริษัท หนึ่งมีหนังสือถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา ว่าบริษัทฯ มีความประสงค์จะจำหน่าย ผลิตภัณฑ์ที่มีแม่เหล็ก จึงขอสอบถามสำนักงานฯ ว่าบริษัทฯ จะต้องยื่นขออนุญาตโฆษณาตาม พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์หรือไม่

กรณีนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและ ยาได้ขอหารือกับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา แล้วมีความเห็นว่า ความหมายของคำว่า “เครื่องมือแพทย์” หมายความว่า ฯลฯ “(2) เครื่องใช้ผลิตภัณฑ์ หรือวัตถุสำหรับใช้ให้เป็นผล แก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์ ดังนั้น เมื่อข้อเท็จจริง ที่ปรากฏตามเอกสารแนะนำสินค้าของบริษัทฯ ได้ระบุข้อความอันเป็นการแสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์ ดังกล่าวเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้กับร่างกายมนุษย์ โดย มีความมุ่งหมายเพื่อรักษาลักษณะธรรมชาติเพื่อ ป้องกันมิให้น้ำหนักของร่างกายลดลงบนเอนและ สะโปกมากเกินไป ดังนั้น ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวจึงเป็น เครื่องมือแพทย์ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531

ข้อสังเกตจะเห็นได้ว่าความเห็นของสำนักงาน คณะกรรมการกฤษฎีกาใน 2 เรื่องข้างต้นแตกต่างกัน ไปคนละแนวทาง ทั้งนี้เพราะว่าในปี พ.ศ. 2531 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 ซึ่งให้ความหมายคำว่า “เครื่องมือ แพทย์” หมายถึง...(2) เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือ วัตถุสำหรับใช้ให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือ การกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกาย มนุษย์หรือสัตว์ ซึ่งถ้าเทียบเคียงกับนิยามคำว่า “ยา” ในมาตรา 4 (2) ที่ว่า วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความ เจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์แล้ว จะเห็นว่ามี ความหมายที่ใกล้เคียงกันมาก กล่าวโดยสรุปก็คือ

จะตีความให้เข้ากฎหมายว่าด้วยเครื่องมือแพทย์ก็ ย่อมได้ แต่มีเหตุผลที่ยึดถือในทางปฏิบัติอยู่ ประการหนึ่งว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยาเป็นผู้รับผิดชอบกฎหมายดังกล่าวทั้ง 2 ฉบับ การที่จะดำเนินการตามกฎหมายใดให้ได้ผลดีที่สุด ไม่ขัดกับความรู้สึกโดยทั่ว ๆ ไปของประชาชน ทางราชการควรจะเลือกปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน นั้น ดังนั้นนับแต่กฎหมายว่าด้วยเครื่องมือแพทย์ ใช้บังคับจำพวกเครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่คน ทั่วไปดูแล้วไม่น่าจะเป็นยา อย่างเช่น ที่นอนแม่เหล็ก เบาะแม่เหล็ก รองนั่งสำหรับรถยนต์ เก้าอี้เสริม สุขภาพ เครื่องกายภาพบำบัดต่างๆ จะจัดอยู่ใน บังคับกฎหมายว่าด้วยเครื่องมือแพทย์

กรณี 3. ข้อเท็จจริงโดยสรุปได้ว่า บริษัทอีเมน จำกัด ได้นำผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร” จาก ประเทศเยอรมันนี้ แล้วนำมาให้บริษัทสมุนไพร เยอรมัน (ไทย) จำกัด แบ่งบรรจุและเป็นผู้แทน จำหน่ายผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ประกอบด้วยใบ มะขามแขกและฝักมะขามแขก โดยตัดใบมะขาม แขกและฝักมะขามแขกให้เป็นชิ้นเล็กแล้วบรรจุ รวมในซองเล็กซึ่งเป็นกระดาษบางสีขาว น้ำซองเล็ก สีขาว 10 ซองบรรจุในซองกระดาษตะกั่ว (อลูมิเนียมฟอยล์) น้ำซองกระดาษตะกั่ว จำนวน 5 ซอง บรรจุกล่อง 1 กล่อง ต่อมาบริษัทอีเมน จำกัด ได้นำผลิตภัณฑ์ “อีเมน สมุนไพร” ซึ่งมี ส่วน ประกอบและลักษณะเดียวกับผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร” เข้ามาในประเทศไทย โดยได้รับอนุญาต จากด่านตรวจพืชท่าเรือกรุงเทพฯ กรมวิชาการ เกษตร ให้นำเข้าได้

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร” มา พิจารณาแล้วเห็นว่า ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นยา และเป็นยาแผนโบราณ ไม่เป็นยาสมุนไพรตาม นิยามในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2510 และได้มีหนังสือแจ้งบริษัทสมุนไพรเยอรมัน (ไทย) จำกัด ว่า

1. ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวตามสูตรที่แจ้งไว้ใน

100 กรัม ประกอบด้วยสมุนไพรที่เป็นยาระบายคือ ใบมะขามแขก (Senna Leaf) 25 กรัม และฝัก มะขามแขก (Senna Fruit) 75 กรัม จึงจัดเป็นยา ตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

2. เนื่องจากผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นใบ มะขามแขก และฝักมะขามแขกที่นำมาผสมและ บรรจุในซองในลักษณะพร้อมที่จะนำไปรับประทาน เป็นผลิตภัณฑ์ยาที่ได้จากพืชชาติที่ผสมหรือแปร สภาพแล้ว จึงไม่จัดเป็น “ยาสมุนไพร” ตามนิยาม ในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ดังนั้น การนำหรือการส่งผลิตภัณฑ์ ดังกล่าวเข้ามาในราชอาณาจักรจึงต้องขอขึ้น ทะเบียนตำรับยา เมื่อได้รับใบสำคัญการขึ้น ทะเบียนตำรับยาแล้วจึงจะนำหรือส่งเข้ามาใน ราชอาณาจักรได้

บริษัทสมุนไพรเยอรมัน (ไทย) จำกัด ได้มี หนังสือขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและ ยาพิจารณาและรับรองว่าผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร” และ “อีเมนสมุนไพร” ไม่ใช่ “ยาแผน โบราณ” โดยชี้แจงเหตุผลว่า

1. ผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร” และ “อีเมนสมุนไพร” เป็นผลิตภัณฑ์ที่นำใบมะขามแขก และฝักมะขามแขกมาหั่นให้เล็กลงมิได้มีการผสม หรือปรุง เพราะแม้จะนำมาหั่นก่อนนำมาบรรจุรวม ในซองก็ยังคงลักษณะให้ตรวจสอบได้ว่าส่วนไหน เป็นใบ หรือฝัก และต้องนำไปแช่น้ำเย็นจึงจะ รับประทานได้ ทำนองเดียวกับยาสมุนไพรจีน ที่ ใช้หลายๆ อย่าง ไปต้มก่อนจึงจะรับประทานได้ การผสมปรุงควรจะเป็นเรื่องการนำสมุนไพรหลายๆ อย่างผสมกันและทำให้ลักษณะสภาพเดิมสิ่งนั้น หดไป ทำนองเดียวกับการผสมสี การผสมปูน

2. การแปรสภาพ การนำใบมะขามแขก และฝักมะขามแขกมาหั่นแล้วบรรจุรวมในซอง ไม่เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพจากเดิมเกิดสภาพ ใหม่ขึ้น หากนำสมุนไพรบดให้ละเอียดอัดเป็นเม็ด

แต่เมื่ออ่านข้อความโฆษณาดังกล่าวทั้งหมดรวมกันแล้ว
ย่อมเป็นที่เข้าใจได้ว่าเป็นการโฆษณาสายรัดไล่เลื้อนซึ่งเป็นวัตถุ
ที่มีมุ่งหมายสำหรับใช้ในการบำบัด บรรเทา รักษา
หรือป้องกันโรคไล่เลื้อนได้ดังนั้น จึงถือว่าการโฆษณาขาย
สายรัดดังกล่าวจะสามารถใช้ในการบำบัด บรรเทา รักษา
หรือป้องกันโรคไล่เลื้อนได้จริงตามที่โฆษณาไว้หรือไม่นั้น
เป็นเรื่องข้อเท็จจริงที่จะต้องมีการพิสูจน์กันต่อไป

หรือเป็นผลบรรจของจึงจะเป็นแปรสภาพทำได้
แก้ไอ ตู เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ของบริษัทจึงไม่ได้แปร
สภาพ

3. มีสมุนไพรจีนและไทยหลายอย่างที่ร้าน
จำหน่าย โดยนำสมุนไพรหลายชนิดมาห่อขาย เช่น
จับเลี้ยง เครื่องแห้ง จับสาได้เป่า หรือยาจีนแก้ร้อนใน
ซึ่งแต่ละอย่างต้องจัดสมุนไพรหลายๆ อย่างห่อรวม
ขายให้กับผู้ซื้อ

4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ได้ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายรวมทั้งคณะ
กรรมการพิจารณาเรื่องนี้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็น
ว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นใบมะขามแขกและฝัก
มะขามแขกเมื่อนำมาตัดให้เล็กลงแล้วนำมาบรรจุ
รวมในซอง ได้มีการผสม ปูร่งและแปรสภาพจาก
ยาสมุนไพรเป็นยาแผนโบราณซึ่งจะต้องขออนุญาต
และขึ้นทะเบียนตำรับยาเพื่อนำเข้ามาจำหน่ายใน
ราชอาณาจักรแต่เจ้าหน้าที่บางส่วนเห็นว่าการนำ
ใบมะขามแขกและฝักมะขามแขกซึ่งเป็นสมุนไพร
ประเภทเดียวกันมาตัดให้เล็กลงแล้วนำมาบรรจุ
รวมในซองไม่มีการผสม ปูร่งหรือแปรสภาพแต่
อย่างใด

คณะกรรมการกฤษฎีกา (กรรมการร่าง
กฎหมาย คณะที่ 5) ได้พิจารณาเป็นปัญหาดังกล่าว
โดยได้ฟังคำชี้แจงข้อเท็จจริงของผู้แทนกระทรวง
สาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและ
ยา) แล้วเห็นว่า ปัญหาเรื่องนี้กระทรวงสาธารณสุข
ขอให้พิจารณาว่า ผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร”
ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการนำใบมะขามแขก
และฝักมะขามแขกมาตัดให้เล็กลง และบรรจุรวม
ใส่ซองเดียวกันตามสูตร 100 กรัม ประกอบด้วย
ใบมะขามแขก 25 กรัม และฝักมะขามแขก 75 กรัม
เป็นยาสมุนไพรหรือไม่

มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510
ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5)
พ.ศ. 2530 บัญญัติว่า “ยาสมุนไพร” หมายความว่า
ยาที่ได้จากพืชชาติ สัตว์ หรือแร่ ซึ่งมีได้ผสมปรุง
หรือแปรสภาพ “ใบมะขามแขกและฝักมะขาม
แขกเป็นยาที่ได้จากพืชชาติชนิดหนึ่ง จึงมีปัญหา
ว่าการนำใบมะขามแขกและฝักมะขามแขกมาตัด
ให้เล็กลงและบรรจุรวมในซองเดียวกัน ตามสูตร 100
กรัม ประกอบด้วยใบมะขามแขก 25 กรัม และ
ฝักมะขามแขก 75 กรัม เป็นการผสม “ปูร่ง” และ

“แปรรูป” จึงต้องถือตามความหมาย ทั้ง ๆ ไป และความหมายทั่ว ๆ ไปของคำว่า “ผสม” “ปรุง” และ “แปรรูป” ปรากฏในพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ว่า “ผสม” หมายความว่า รวมกันเข้า “ปรุง” หมายความว่า ประสมหรือประกอบให้เหมาะสม “แปรรูป” หมายความว่า เปลี่ยนกลายไปจากลักษณะหรือภาวะเดิม และ “สภาพ” หมายความว่า ความเป็นเองตามธรรมชาติของมัน ลักษณะในตัวเองภาวะธรรมชาติ การที่ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร” และ “อีเมน สมุนไพร” นำใบมะขามแขกและฝักมะขามแขกมาตัดให้เล็กลงจึงเป็นการ “แปรรูป” เพราะทำให้ใบมะขามแขกและฝักมะขามแขกเปลี่ยนกลายไปจากลักษณะเดิมหรือภาวะเดิม เมื่อนำใบมะขามแขกและฝักมะขามแขก ที่ตัดแล้วมาบรรจุรวมกันเข้าในซองเดียวกัน จึงเป็นการ “ผสม” และการผสมนั้นเป็นการผสมให้เหมาะสมส่วนตามสูตร 100 กรัม ประกอบด้วยใบมะขามแขก 25 กรัม และฝักมะขามแขก 75 กรัม จึงเป็นการผสมปรุงและแปรรูปยาที่ได้จากพืชชาติ อันทำให้ยานั้นไม่มีลักษณะเป็นยาสมุนไพร นอกจากนี้ไม่มีการนำผลิตภัณฑ์ที่ได้ผสม ปรุง และแปรรูปแล้วนั้นมาบรรจุในซองขายในลักษณะพร้อมที่จะนำไปชงหรือแช่น้ำรับประทานได้ พร้อมกับมีคำว่า “Sliming Herb” และแสดงวิธีใช้ยาดังกล่าวอยู่บนซองมีข้อความว่า วิธีชงใช้น้ำอุ่น หรือน้ำเย็น 1/2 ถ้วยแก้ว (ไม่ควรใช้น้ำร้อน) แช่ไว้ประมาณ 30 นาทีต่อ 1 ซอง ดื่มแต่น้ำชาอาทิตย์แรกดื่มวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอนทุกคืน หลังจากนั้นให้เพิ่มอีกหนึ่งครั้ง ตอนเช้าก่อนอาหาร ข้อสังเกตสำหรับผู้ที่ใช้ยาตัวอ่อนแช่ประมาณ 20 นาที และดื่มวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอนทุกคืนก็พอเหมาะกับคนอ้วนที่ไม่ชอบคุมอาหารดื่มได้ทั้งหญิงและชาย ซึ่งทำให้เข้าใจว่าผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร” และ “อีเมน สมุนไพร” จึงไม่เป็น “ยาสมุนไพร” ตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยา

เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา (นายอมร จันทรมบูรณ์) ได้มีข้อสังเกตสรุปได้ว่าการตีความคำว่า “ยาสมุนไพร” ตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยาฯ ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ที่จะนำมาใช้ในการตีความคำว่า “ผสม” “ปรุง” และ “แปรรูป” ซึ่งมีทางเลือกตีความได้ 2 นัย โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา (กรรมการร่างกฎหมายคณะที่ 5) ได้ตีความถ้อยคำโดยถือความหมายทั่ว ๆ ไป ซึ่งปรากฏในพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 แต่เลขาธิการฯ มีความเห็นในหลักว่าการตีความคำว่า “ผสม” และ “ปรุง” โดยคำนึงถึง “คุณสมบัติทางยา” ของพืชและสัตว์ที่นำมาผสมหรือปรุงน่าจะตรงตามเจตนารมณ์ของกฎหมายว่าด้วยยา และการตีความคำว่า “แปรรูป” น่าจะพิจารณาจากความเข้าใจของ “บุคคลทั่วไป” ว่าพืชที่ได้หักหรือสับแล้วนั้นถ้าบุคคลทั่วไปยังอาจตรวจสอบได้เองก็ถือว่ายังมิได้แปรรูป

กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการวินิจฉัยว่าผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร” และ “อีเมน สมุนไพร” เป็นยาสมุนไพรหรือไม่ จะมีผลกระทบต่อการประกอบธุรกิจของเอกชนและจะเป็นหลักเกณฑ์ทั่วไปในการตีความในกรณีอื่นอีก ประกอบกับข้อสังเกตของเลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกามีเหตุผลควรรับฟังอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีหนังสือขอให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกานำเรื่องนี้เสนอที่ประชุมใหญ่กรรมการร่างกฎหมายพิจารณาทบทวนอีกครั้งหนึ่งเพื่อหาข้อยุติในปัญหานี้ต่อไป

คณะกรรมการกฤษฎีกา (ที่ประชุมใหญ่กรรมการร่างกฎหมาย) ได้พิจารณาปัญหาดังกล่าวแล้วเห็นว่าการนำใบมะขามแขกและฝักมะขามแขกซึ่งเป็นผลิตผลจากไม้อย่างเดียวกันเพียงตัดให้เป็นชิ้นเล็กเท่านั้นย่อมไม่ถือว่าเป็นการ “ปรุง” โดยยังคงสภาพเป็นใบและฝักมะขามแขกอยู่นั่นเองและไม่ถือว่าเป็นการ “แปรรูป” เพราะ

การนำใบมะขามแขกและฝักมะขามแขกมาตัดให้ เล็กกลง แล้วนำมาบรรจุของนั้นใบและฝักมะขาม แขกก็ยังคงสภาพอยู่ตามเดิมมิได้กลายเป็นสิ่งอื่นขึ้น ส่วนรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการใช้ก็ไม่มีผลทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงใบและฝักมะขามแขกซึ่งยังคง สภาพเดิมอยู่ให้กลายเป็นยาแผนโบราณ ดังนั้น ผลิตภัณฑ์ “สลิมมิน สมุนไพร” และ “อีเมน สมุนไพร” จึงเป็นยาสมุนไพรตามมาตรา 4 แห่ง พระราชบัญญัติยาฯ

ข้อยาเข้าข้อ

กรณี 4. ประเด็นอันต้องพิจารณามีว่าในกรณี ที่ข้อยาที่ขอขึ้นทะเบียนตำรับยาซ้ำซ้อนกับข้อยาที่ ได้ขอขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้แล้ว แต่ข้อยาที่ขอขึ้น ทะเบียนตำรับยานั้น เป็นข้อที่ขอจดทะเบียนเครื่องหมายการค้าตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องหมาย การค้าไว้แล้ว พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่า ด้วยยาจะรับขึ้นทะเบียนตำรับยาได้หรือไม่ เพียงใด ในประเด็นดังกล่าวเห็นว่า

1.) กฎหมายว่าด้วยยาเป็นกฎหมายที่ ตราขึ้นโดยมีความมุ่งหมายเพื่อให้ความคุ้มครอง แก่ประชาชนผู้ใช้ยา เพื่อความปลอดภัยและ สวัสดิภาพของประชาชน

2.) จากบทนิยามคำว่า “ตำรับยา” ที่ กำหนดไว้ตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ประกอบกับบทบัญญัติในมาตรา 25 (3) (4) และมาตรา 27 (4) แห่ง พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 จะเห็นได้ว่าการขึ้น ทะเบียนตำรับยา หมายถึง การนำสูตรที่ระบุส่วน ประกอบของสิ่งปรุงที่มียารวมอยู่ด้วย และการนำ ยาที่มีลักษณะเป็นวัตถุสำเร็จรูปทางเภสัชกรรมซึ่ง พร้อมที่จะนำไปใช้แก่มนุษย์ หรือสัตว์ได้มาขึ้น ทะเบียนไว้กับพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่า ด้วยยา โดยในการนำตำรับยามาขึ้นทะเบียนไว้กับ

พนักงานเจ้าหน้าที่นั้นจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง ที่ออก ตามมาตรา 82 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เพื่อนำไปสู่การขออนุญาตผลิต ขาย หรือนำ หรือ ส่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งยานั้นตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และมาตรา 14 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไข เพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

3.) บทบัญญัติในมาตรา 83 แห่งพระราช บัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระ ราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ได้กำหนด ห้ามมิให้พนักงานเจ้าหน้าที่รับขึ้นทะเบียนตำรับยา เมื่อกรณีปรากฏว่า คณะกรรมการยาเห็นว่าตำรับ ยาที่นำมาขึ้นทะเบียนนั้นมีลักษณะต้องห้ามตาม มาตรา 83 ดังกล่าวและมาตรา 85 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไข เพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ยังได้กำหนดให้ทะเบียนตำรับที่ได้ขึ้นทะเบียน ไว้แล้วเป็นอันยกเลิก หากมิได้มีการผลิตยาตาม ตำรับยานั้นเป็นเวลาสองปีติดต่อกัน

4.) การสั่งเพิกถอนทะเบียนตำรับยา หรือการสั่งแก้ไขทะเบียนตำรับยา ตามมาตรา 86 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 และมาตรา 86 ทวิ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ได้กำหนดให้กระทำได้แต่เฉพาะ เมื่อยาตามตำรับยาที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ไม่ปลอดภัย ของผู้ใช้นั้น

จากหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกฎเกณฑ์ว่า ด้วยยาดังกล่าวจะเป็นเห็นได้ว่า การขึ้นทะเบียน ตำรับยาเป็นแต่เพียงนำสูตรยามาขึ้นทะเบียนไว้ต่อ พนักงานเจ้าหน้าที่ และเมื่อการขอขึ้นทะเบียน ตำรับยานั้นเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและ เงื่อนไข ตลอดจนไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่

กำหนด ไว้มาตรา 83 ดังกล่าว ย่อมเป็นอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่จะต้องรับขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ เว้นแต่เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่เห็นว่าตำรับยาที่มาจากขึ้นทะเบียนนั้น จะไม่มีสรรพคุณหรือไม่ปลอดภัยแก่ผู้ใช้ยาอย่างเพียงพอ จึงจะมีสิทธิปฏิเสธการรับขึ้นทะเบียนตำรับยานั้นได้ ดังนั้นการที่บริษัทพาร์มาลันด์แล็บบอราดอร์ส จำกัด ได้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยา ชื่อยา "CINNA" โดยมี บริษัท ควอลเมค จำกัด เป็นผู้จัดทำจำหน่าย ซึ่งผู้ขอขึ้นทะเบียนตำรับยาได้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้โดยครบถ้วนแล้ว และตำรับยาดังกล่าวไม่มีลักษณะต้องห้ามโดยชัดแจ้ง ดังที่กำหนดไว้ตามมาตรา 83 นี้ พนักงานเจ้าหน้าที่จึงไม่มีเหตุที่จะปฏิเสธการรับขึ้นทะเบียนตำรับยาที่ขอขึ้นทะเบียนตำรับยาของผู้ขอได้ จึงขอรับขึ้นทะเบียนตำรับยาดังกล่าวให้แก่ผู้ขอขึ้นทะเบียนตำรับยาซึ่งได้มายื่นคำขอโดยถูกต้องตามกฎหมาย โดยต้องรับขึ้นทะเบียนในชื่อตามที่ยื่นคำขอมานี้

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องนี้เมื่อพิจารณาถึงข้อเท็จจริงว่า ในทางปฏิบัติของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีมติของคณะกรรมการยาเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ของการใช้ชื่อยา ในกรณีที่ใช้ชื่อเดียวกันซ้ำกันหรือเหมือนกันจะต้อง (1) มีส่วน ประกอบของตัวยาสสำคัญเหมือนกัน (2) มีสรรพคุณ เหมือนกัน และ (3) เป็นยาของบริษัทเดียวกัน ในเรื่องนี้มีปัญหาว่ามติของคณะกรรมการยาดังกล่าวจะมีผลเป็นหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการรับขึ้นทะเบียนตำรับยาหรือไม่เพียงใดนั้น เห็นว่ามาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 กำหนดให้คณะกรรมการยามีหน้าที่แต่เพียงให้คำแนะนำ หรือความเห็นในเรื่องเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนตำรับยาเท่านั้นมิใช่เป็นการให้อำนาจแก่คณะกรรมการยาในการที่จะกำหนดหลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขในการรับขึ้นทะเบียนตำรับยาแต่อย่างใดและหากกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด ตามความเห็นของคณะกรรมการยา

ดังกล่าวมีความสำคัญจะช่วยให้การขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นไปโดยถูกต้องและให้ความปลอดภัยแก่ผู้ใช้ยายิ่งขึ้นก็ควรที่จะได้นำหลักเกณฑ์ดังกล่าวไปกำหนดเป็นหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการรับขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ในกฎหมายให้ชัดเจน

ปัญหา เรื่องชื่อยานี้มีมาตรา 83 (4) และ (5) ได้กำหนดห้ามไว้แต่เพียงเรื่องชื่อยาที่เป็นไป ในทำนองโอ้อวด ไม่สุภาพ หรืออาจทำให้เข้าใจผิดจากความจริง หรือไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรมอันดีงามของไทยหรือส่อไปในทางทำลายคุณค่าของภาษาไทยเท่านั้น หาได้บัญญัติถึงเรื่องการใช้ชื่อยาซ้ำกันไว้ 3 ประการดังกล่าวนี้ จึงเป็นการขยายอำนาจของกฎหมาย ซึ่งฝ่ายบริหารไม่มีอำนาจที่จะกระทำได้และพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ก็มิได้ให้อำนาจคณะกรรมการยาที่จะดูแลและในเรื่องเครื่องหมายการค้าอันเป็นบทบัญญัติของกฎหมายซึ่งอยู่ในอำนาจการกำกับดูแลของหน่วยงานอื่น

ดังเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการกฤษฎีกา (กรรมการร่างกฎหมาย คณะที่ 3) จึงมีความเห็นว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะต้องรับขึ้นทะเบียนตำรับยาในชื่อยา "CINNA" ให้แก่บริษัทพาร์มาลันด์แล็บบอราดอร์ส จำกัด และเห็นว่าหากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีความประสงค์จะไม่รับขึ้นทะเบียนตำรับยาที่ใช้ชื่อซ้ำซ้อนกับทะเบียนตำรับยาที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้แล้ว ก็ควรจะได้กำหนดหลักเกณฑ์เช่นนั้นโดยชัดเจนไว้ในพระราชบัญญัติฯ ดังเช่นที่กำหนดไว้ในมาตรา 83 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา

กรณี 5. ข้อเท็จจริงโดยสรุปมีว่าผู้ผลิตผู้นำส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร ได้ยื่นขอขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้และได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้ว ซึ่งในการขึ้นทะเบียนตำรับยานั้นจะ

คณะกรรมการยา มีหน้าที่แต่เพียงให้คำแนะนำหรือความเห็น ในเรื่องเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนตำรับยาเท่านั้น มิใช่เป็นการให้อำนาจแก่คณะกรรมการยา ในการที่จะกำหนดหลักเกณฑ์ หรือเงื่อนไข ในการรับขึ้นทะเบียนตำรับยาแต่อย่างใด

ต้องแจ้งภาชนะและขนาดบรรจุต่าง ๆ ไปจากที่ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ ปัญหาที่ว่ายาที่มีภาชนะบรรจุและขนาดบรรจุต่างไปจากที่ขึ้นทะเบียนตำรับไว้จะถือเป็นยาที่ได้รับขึ้นทะเบียนหรือไม่ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา แล้วเห็นว่าเมื่อปรากฏว่ายานชนิดใดเป็นยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วแม้ยาดังกล่าวจะมีภาชนะบรรจุและขนาดบรรจุต่างไปจากที่ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้หาทำให้ยานั้นเป็นยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาอันจะเป็นความผิดตามมาตรา 72 (4) ประกอบกับมาตรา 122 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ไม่

ข้อสังเกต แนวทางวินิจฉัยของสำนักงาน

กฤษฎีกาเรื่องนี้เป็นสิ่งยืนยันได้เป็นอย่างดีว่ามาตรา 72 (4) มุ่งหมายถึงตำรับยา เพราะในการขึ้นทะเบียนตำรับยานั้นอาจจะระบุขนาดบรรจุหลาย ๆ ขนาดก็ได้ ถ้าผลิตหรือนำส่งเข้ามาโดยขนาดบรรจุต่าง ๆ ไปจากที่แจ้งไว้ในการขึ้นทะเบียนจะถือว่ายานั้นเป็นยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับไม่ได้ความจริงในเรื่องยาที่มีขนาดบรรจุต่าง ๆ ไปจากที่ขึ้นทะเบียนตำรับยาผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าอาจมีความผิดตามบทมาตราน้ำที่ของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าอยู่แล้วแต่ไม่ได้มีการพิจารณาเรื่องนั้น ๆ เอง กลับไปพิจารณาในเรื่องยาไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับ จึงเป็นการใช้กฎหมายไม่ถูกต้องกับข้อเท็จจริง





ใบข้อข้องาทางวิชาการ

สอจจ ฐิตสตัถการ

ฉบับนี้ผู้เขียนขออนุญาตให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำศัพท์ทางการแพทย์คำหนึ่งซึ่งในยุคโลกาภิวัตน์นี้มีการกล่าวอ้างถึงค่อนข้างมาก คือ คำว่า “การแพทย์ทางเลือก หรือ Alternative Medicine” จึงอาจเป็นที่ข้องใจของหลาย ๆ ท่านว่า จะหมายถึงการแพทย์ในสาขาใดเพิ่มเติม หรือเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยแบบใหม่หรือไม่

โดยทั่วไปการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเราจะไปทำการรักษาที่คลินิก หรือโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือ Conventional Medicine ผู้ที่ให้การรักษาที่ถูกต้องตามกฎหมายจะต้องสำเร็จการศึกษาวิชาชีพแพทย์ ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ เพื่อสามารถประกอบวิชาชีพอย่างถูกต้อง ตามวุฒิการศึกษาที่สำเร็จ ซึ่งจะประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. แพทย์ทั่วไป ต้องจบการศึกษาระดับปริญญา

จากสถาบันการศึกษาทั้งภายในและต่างประเทศ ต้องได้รับใบประกอบโรคศิลปะ

2. แพทย์เฉพาะทาง ต้องมีคุณสมบัติเป็นแพทย์ตามข้อ 1 และได้รับการศึกษาและฝึกฝนวิชาชีพทางการแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติม จนได้รับอนุญาตให้เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

สาขาวิชาชีพทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จะมีอยู่ 21 สาขา ดังนี้

1. Allergy and Immunology หรือ สาขาภูมิแพ้
2. Anesthesiology หรือ สาขาวิสัญญี
3. Dentistry หรือ สาขาทันตกรรม
4. Dermatology หรือ สาขาตจวิทยา
5. Epidemiology หรือ สาขาระบาดวิทยา
6. Family Practice
7. Internal Medicine หรือ สาขาอายุรกรรม

8. Medicine Genetics หรือ สาขาพันธุกรรม
9. Neurology หรือ สาขาประสาทวิทยา
10. Nuclear Medicine หรือ สาขานิวเคลียร์
11. Obstetrics and Gynecology หรือ สาขาสูติรีเวชกรรม
12. Ophthalmology หรือ สาขาจักษุ
13. Otolaryngology หรือ สาขาโสต ศอ นาสิก
ลาลิ้งซ์
14. Pathology หรือ พยาธิวิทยา
15. Pediatrics หรือ สาขากุมารเวช
16. Physical Medicine and Rehabilitation หรือ
สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
17. Preventive Medicine หรือ สาขาเวชกรรม
ป้องกัน
18. Psychiatry หรือ สาขาจิตเวช
19. Radiology หรือ สาขารังสีวิทยา
20. Surgery หรือ สาขาศัลยกรรม
21. Urology หรือ สาขาเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ

ส่วนคำว่าการแพทย์ทางเลือก หรือ Alternative Medicine จะเป็นการรักษาพยาบาลอีก
รูปแบบหนึ่งในยุคนี้ เป็นวิทยาการผสมผสานให้
ใกล้เคียงกับการดำรงชีวิตของมนุษย์มิใช่การแพทย์
ที่ให้การรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน ผู้ให้การรักษา
ไม่จำเป็นต้องจบวุฒิทางการแพทย์แผนปัจจุบัน
แต่จะเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมและได้รับการฝึกฝนจน
เป็นที่ชำนาญในแต่ละสาขา เช่น

1. Acupressure เกี่ยวกับการมือและนิ้วมือในการ
กดจุดตำแหน่งที่สำคัญของร่างกายเพื่อให้เกิดพลัง
ชีวิตในการรักษาพยาบาล

2. Acupuncture คล้ายกับการกดจุด แต่เป็น
การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ คือ เข็ม ฝังลงใน
ตำแหน่งต่างๆของร่างกายเพื่อให้เกิดพลังไหลเวียน
ทั่วร่างกาย
3. Aromatherapy เป็นการบำบัดรักษาด้วย
น้ำมันหอมซึ่งได้จากพืชเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย
จะเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น นวด
4. Ayurvedic Medicine เป็นการบำบัดรักษาที่
มีรากฐานจากประเทศอินเดียมานานกว่า 5,000 ปี
เช่น การฝึกโยคะ และทำสมาธิ โดยอาจให้การ
รักษาอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น สมุนไพรบำบัด การนวด
ด้วยน้ำมันและกำหนดชนิดอาหารเพื่อการสลายพิษ
จะนำไปสู่ความสมดุลของร่างกาย
5. Body Work เป็นการบำบัดเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย
โดยเฉพาะบนกล้ามเนื้อและกระดูก ด้วยวิธี
การฝึกให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่เหมาะสม
เช่น การนวด (massage) จี้กง (guigong),
reflexology, shiatsu และไทเก็ก (tai chi)
6. Chinese Herbs การบำบัดด้วยสมุนไพรจีน
จะใช้ร่วมกับการฝังเข็มหรือการกดจุด เพื่อให้เกิด
ความสมดุลของร่างกาย
7. Chiropractic เป็นการบำบัดโดยอาศัยหลักการ
ที่ร่างกายสามารถบำบัดตนเอง และทำให้เกิดความ
สมดุล ซึ่งระบบประสาทของร่างกาย จะเป็นตัว
ควบคุมการบำบัดด้วยวิธีนี้จะใช้มือบีบนวด บริวณ
กระดูกสันหลัง ข้อต่างๆ และกล้ามเนื้อ เพื่อให้
ระบบกล้ามเนื้อประสาทและกระดูกทำงานได้
อย่างราบรื่น
8. Herbal Therapies เป็นการบำบัดด้วยการ
ใช้พืชสมุนไพรทั้งในรูปแบบธรรมชาติและสารสกัด

ส่วนคำว่าทางเลือก หรือ Alternative Medicine
จะเป็นการรักษาพยาบาลอีกรูปแบบหนึ่งในยุคนี้
เป็นวิทยาการผสมผสานให้ ใกล้เคียงกับการดำรงชีวิตของ
มนุษย์ มิใช่การแพทย์ ที่ให้การรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน
ผู้ให้การรักษาไม่จำเป็นต้องจบวุฒิทางการแพทย์แผนปัจจุบัน
แต่จะเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมและได้รับการฝึกฝน
จนเป็นที่ชำนาญในแต่ละสาขา

ยาเตรียมต่างๆ เช่น เม็ด แคปซูล ขี้ผึ้งหรือครีม เป็นต้น

9. Homeopathy เป็นการบำบัดโดยอาศัยหลักการ “Like cure Like” สารที่เป็นต้นเหตุของอาการเจ็บป่วยในผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นที่บำบัดอาการเดียวกันที่เกิดขึ้นในคนไข้ เป็นการให้ยาเตรียมที่เจือจางในผู้ที่แข็งแรงแล้วส่งผลปรับเปลี่ยนยาเตรียมให้เหมาะสม

10. Hydrotherapy หรือการบำบัดด้วยน้ำ โดยใช้น้ำแข็ง ของเหลว และไอน้ำเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ของการติดเชื้อ อาการปวดเรื้อรัง และเจ็บป่วย ปัญหาการไหลเวียนของโลหิตและอื่นๆ การรักษาจะหมายรวมถึง การห่อหุ้ม การใช้สเปรย์ การสวนล้าง การอบไอน้ำและชาวน้ำ รวมถึงการ

ใช้ทั้งความร้อนและความเย็น

11. Mind/Body Medicine จะเป็นการบำบัดด้วยหลายๆ วิธี ที่เชื่อมโยงระหว่างจิตใจและร่างกาย ซึ่งมีอิทธิพลต่อระบบฮอร์โมน ประสาท และภูมิคุ้มกัน เช่น การสะกดจิต การฝึกสมาธิ โยคะ ฯลฯ

12. Naturopathic Medicine การบำบัดโดยอาศัยหลักการ สรีระและจิตใจสามารถรักษาโรค ซึ่งผู้ให้การรักษาจะใช้วิธีต่างๆ เช่น homeopathy, herbal remedies การใช้สมุนไพรจีน, spinal manipulation, โภชนาการ, hydrotherapy การนวด และการออกกำลังกายในการรักษาโรค

13. Nutrition and Diet การบำบัดด้วยโภชนาการหรืออาหาร เป็นการควบคุมชนิดของอาหารที่รับประทานตามโรคที่เป็น



14. Osteopathy เป็นการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเพื่อให้ร่างกาย สามารถทำตนได้ปกติ วิธีการรักษานี้จะใช้ร่วมกับการ บำบัดปัจจัยทางจิต รูปแบบความเป็นอยู่และ โภชนาการเพื่อขจัดความเจ็บป่วยและทำให้มีสุขภาพ ดี ผู้ทำการรักษา (Osteopathic physician) จะต้องสำเร็จวิชาชีพแพทย์และได้รับการฝึกฝนต่อ ในสาขานี้ซึ่งจะเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน

ผู้ป่วยก็เป็นผู้บริโภคว่าควรเลือกสินค้าอย่าง ระมัดระวัง เพื่อให้ได้รับสิทธิและความพึงพอใจใน การรักษาพยาบาล คือ หายจากโรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้นผู้ป่วยทุกท่านควรพิจารณารับการ รักษา พยาบาลจากการแพทย์แผนใดเป็นอันดับแรก และ อันดับรองหากไม่ได้ผลซึ่งมีปัจจัยหลายๆ อย่าง

เข้ามาเกี่ยวข้อง อาทิ ความรุนแรงของโรค ความรู้ และชำนาญของผู้ให้การรักษา ฯลฯ จึงขอให้ทุกท่าน พิจารณาเลือกให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้สามารถ หายจากโรคภัยไข้เจ็บอย่างรวดเร็วและถาวร

ข้อมูลข้างต้นทั้งหมด ผู้เขียนได้สรุป จาก ตำราของต่างประเทศ ชื่อ Medicine Advisor เนื่องจากอ่านแล้วมีความคิดเห็นที่น่าสนใจและ เขาได้รวบรวมไว้ค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม เนื้อหา และศัพท์บางส่วนที่กล่าวถึงหรือมีการอธิบายมาก จนผู้เขียนไม่ค่อยเข้าใจจึงต้องถือโอกาสขออภัย ณ ที่นี้ หากการถอดข้อความไม่ชัดเจน ท่านสามารถ ค้นหาค้นได้จากตำราดังกล่าวข้างต้นที่ห้องสมุดของ อย. หรือติดต่อขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก ผู้เขียนที่กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ อย.





แนะนำหนังสืออ่าน

วนิดา แก้วอนันต์

บทความวิชาการเป็นแหล่งความรู้ที่ดีที่สุดสำหรับเนื้อหาวิชาการใหม่ๆ แต่มีจุดอ่อน คือ เนื้อหาวิชาเหล่านี้อยู่อย่างกระจัดกระจาย ยากต่อการติดตามและหาอ่าน หนังสือรวมบทความจึงเกิดขึ้นเพื่อทดแทนตำราประเภทนี้ ฉบับนี้ขอแนะนำหนังสือรวมบทความที่น่าสนใจ

ชื่อ : รวมบทความการประเมินโครงการ

ผู้เขียน : สมหวัง พิษยานุวัฒน์ (บรรณาธิการ)
ผู้พิมพ์และจัดจำหน่าย : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดในปัจจุบันยอมรับว่าการประเมินย่อมนำไปสู่การปรับปรุงในทุกด้าน (Evaluation is not to prove, but to improve) ผลจากการประเมินโครงการจะทำให้ผู้บริหารโครงการทราบจุดเด่นและจุดด้อยของโครงการ เพื่อดำเนินการแก้ไขได้ทันที่ นอกจากนี้จะทำให้ทราบว่าโครงการนั้นบรรลุ เป้าหมายหรือไม่เพียงใด คำนึงกับทุนและแรงงานที่ลงไปหรือไม่

การประเมินโครงการจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ผลการประเมินจึงจะเกิดประโยชน์คุ้มค่า และเป็นที่ยอมรับ เทคนิคการประเมินได้พัฒนาขึ้นโดยมีองค์ประกอบของความรู้ทั้งในเชิงแนวคิดและเทคนิควิธีประเมิน หนังสือรวมบทความเล่มนี้แบ่งได้ 5 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 ว่าด้วยหลักการในการเขียนและวิเคราะห์โครงการ
- ตอนที่ 2 ว่าด้วยหลักการและแนวคิดในการประเมินโครงการ
- ตอนที่ 3 ว่าด้วยแบบจำลองในการประเมินโครงการ
- ตอนที่ 4 ว่าด้วยการเขียนโครงการเพื่อประเมินโครงการ
- ตอนที่ 5 ว่าด้วยกรณีตัวอย่างในการประเมินโครงการ

เป็นที่คาดได้ว่าหนังสือเล่มนี้จะมีประโยชน์ต่อการประเมินในประเทศไทย และจะมีส่วนให้การบริหารโครงการประสบความสำเร็จมากขึ้น มีการนำทฤษฎีการประเมินสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนขึ้นทั้งนี้ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในแวดวงการเรียนการสอน และวงการวิจัยทั่วไป

ชื่อ : ปฏิบัติการเหมือนตำรา การวิจัยทางสังคม (Social Research : Beyond Texts)

ผู้เขียน : พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ (บรรณาธิการ)
ผู้พิมพ์ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย

จากคำนำของบรรณาธิการ (การพิมพ์ครั้งที่ 1) กล่าวไว้ว่า ตำราเล่มนี้มีลักษณะพิเศษ คือ เป็นรายงานเขียนที่ไม่ค่อยปรากฏในตำราทางระเบียบวิธีวิจัยทั่ว ๆ ไป เป็นรายงานที่ได้จากประสบการณ์หรืองานวิจัยที่พยายามจะตอบคำถามสมมุติฐานทางระเบียบวิธีวิจัยที่ยังหาคำตอบไม่ค่อยได้ เพราะไม่มีข้อมูลที่จะยืนยันหรือพิสูจน์

ตำราเล่มนี้เกิดจากความสนใจของบรรณาธิการในเรื่อง Methodological Research หรือ การวิจัยเครื่องมือเทคนิคการวิจัยว่าใช้ได้หรือมีประสิทธิภาพต่างกันอย่างไร ซึ่งเป็นเรื่องที่มีการวิจัยกันน้อย ตำราเล่มนี้ได้เสนอคำตอบเบื้องต้นสำหรับคำถามเพื่อพิสูจน์สมมุติฐานทางระเบียบวิธีวิจัยไว้ อย่างไรก็ตามมีงานเขียนหรือบทความหลายชิ้นที่อาจไม่ได้เกิดจากการวิจัย แต่เกิดจากการสะสมประสบการณ์วิจัย ซึ่งก็มีประโยชน์ในแง่แนวคิดที่หลากหลาย

หนังสือเล่มนี้จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อนักศึกษาและนักวิจัยโดยทั่วไป

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

วารสารอาหารและยา ยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ และ รายงานผลการวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ความรู้ และความก้าวหน้าทางวิชาการ ทั้งนี้ โดยเรื่องที่ ส่งไปจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทางกอง บรรณาธิการของสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข เรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามความสำคัญก่อนหลัง

1. รูปแบบของต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือเป็นตอนตาม ลำดับ โดยใช้กระดาษพิมพ์ดีดสัน ขนาด A4 พิมพ์ห่างจากขอบ กระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. และควรพิมพ์เว้นบรรทัด (2 บัดพิมพ์ดีด) พิมพ์หน้าเดียว มีความยาวไม่เกิน 10 หน้า

2. องค์ประกอบของต้นฉบับรายงานผลการวิจัย

2.1 ชื่อเรื่องควรสั้นและบ่งบอกถึงขอบเขตของเนื้อเรื่อง ได้ชัดเจนถ้าเป็นผลงานที่เคยบรรยายในที่ประชุมวิชาการมาก่อน ให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับที่อักษรสุดท้ายของเรื่องนั้น ๆ และแจ้งความเป็นมาไว้ที่เชิงอรรถ ท้ายหน้ากระดาษแผ่นแรก ของต้นฉบับ

2.2 ชื่อผู้วิจัยหรือผู้สนับสนุน วุฒิและสถาบันในสังกัด

2.3 บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาว ไม่ควรเกิน 1 หน้า โดยให้พิมพ์บทคัดย่อไทยก่อนแล้วจึงพิมพ์ภาษา อังกฤษตาม ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน ดังต่อไปนี้ (สำหรับบทความวิชาการ ที่ไม่ใช่รายงานการวิจัยไม่ต้องมีบทคัดย่อ) โดยเขียนเป็นความเรียงต่อเนื่อง ประกอบด้วย

2.3.1 บทนำ ควรจะเรียงตามลำดับดังนี้

- 1) ปัญหาที่จะทำการศึกษาค้นคว้า
- 2) อะไรที่ไม่ทราบ และมีประโยชน์ อย่างไรที่จะทราบ
- 3) วัตถุประสงค์หลัก
- 4) สมมติฐาน (ถ้ามี)

2.3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

- 1) วิธีการวิจัย (research design)
- 2) กลุ่มตัวอย่าง และการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง
- 3) วิธีการวัดผล ตัวแปร และการวัด ตัวแปร
- 4) วิธีการวิเคราะห์ และการประมวลผล

2.3.3 ผลการวิจัย

2.3.4 สรุปผล เน้นสรุปผลเฉพาะที่ได้มาจาก ข้อมูลโดยตรง

2.4 เนื้อหา ควรมีขั้นตอนในการนำเสนอเนื้อเรื่องความ ตามลำดับ ดังนี้

2.4.1 บทนำ

2.4.2 วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายวิธีการ ดำเนินการวิจัยขั้นตอนต่างๆ และสถานที่ที่ดำเนินการวิจัย

2.4.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.4.4 สรุปผลการวิจัยและการวิเคราะห์ผลการวิจัย

2.4.5 วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

2.4.6 เอกสารอ้างอิง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การอ้างเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็น

หมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับ แรกและเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างซ้ำให้ใช้ หมายเลขเดิม

2) เอกสารอ้างอิงภาษาไทย ให้เขียนชื่อต้นของผู้เขียน ตามด้วยนามสกุล

3) เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ ให้เขียนนามสกุลของผู้เขียน ตามด้วยตัวอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

4) เอกสารอ้างอิง หากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ ชื่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

รูปแบบการเขียนหนังสืออ้างอิง

1. การอ้างวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

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

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 3 คนให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนค้นด้วย เครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 3 คนให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et.al.

ตัวอย่าง

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

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วย นามสกุลและใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม 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 กิจปรีดาบริสุทธิ์. การเขียนรายงานการวิจัยและ วิทยานิพนธ์. นครปฐม : ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมและ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532 : 9.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

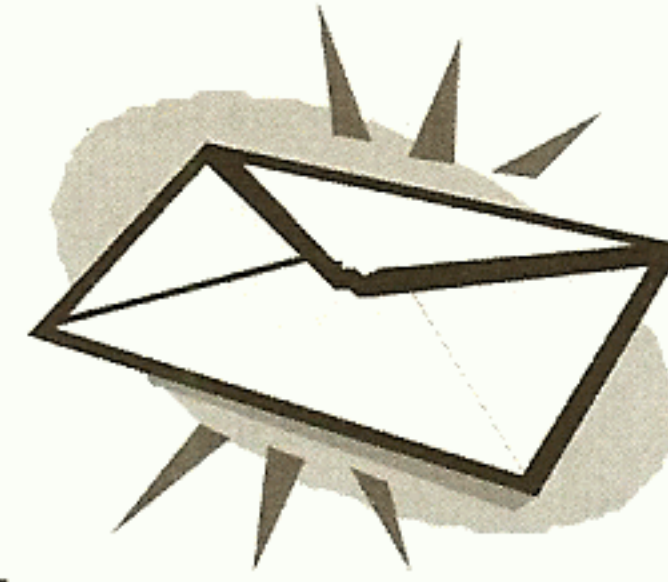
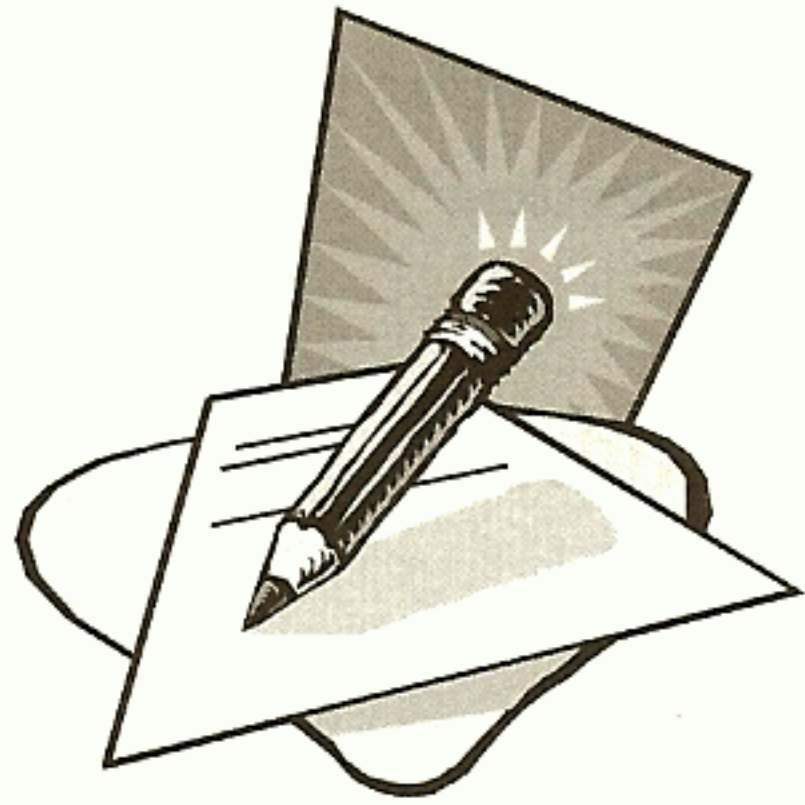
ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง, ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์, สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้า.

ตัวอย่าง

อรรถพร เรื่องสมบุรณ์. ยาคุมกำเนิดเพศชาย. ใน : อรรถพร เรื่องสมบุรณ์, นงลักษณ์ สุขวานิชยศิลป์ จิราภรณ์ อังวิทย์, บรรณาธิการ. สอริมนพศ. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529 : 104.

จดหมาย

จากบรรณาธิการบริหาร



เรียน สมาชิกวารสารอาหารและยา ที่นับถือ

ด่วยวารสารฉบับนี้ จะเป็นฉบับสุดท้าย ที่คณะบรรณาธิการบริหาร ได้จัดทำขึ้นตลอดระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา ซึ่งต้องอำลาสมาชิกด้วยความอาลัยยิ่ง พวกเราได้บุกเบิกและจัดทำวารสารนี้ด้วยใจรัก และปรารถนาที่จะให้เป็นประโยชน์แก่ทุกท่าน โดยใช้เวลาส่วนตัวในวันหยุดราชการ และ นอกเวลาราชการมาดำเนินการดังกล่าว และมีได้รับสิ่งตอบแทนใด ๆ ฉะนั้น วารสารบางฉบับจึงอาจส่งถึงมือท่านล่าช้ากว่ากำหนดบ้าง และ ยังมีคำผิดที่ต้องแก้ไขในบางฉบับ ด้วยความผิดพลาดทางเทคนิคระหว่างผู้ตรวจรูปและสำนักพิมพ์ จึงขออภัยเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ในโอกาสนี้ คณะบรรณาธิการบริหารใคร่ขอขอบพระคุณกองบรรณาธิการ และ นักวิชาการ ทั้งใน อย. และ นอกอย. ทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาเขียนบทความ ส่งผลงานวิจัย และ ข้อมูลวิชาการต่าง ๆ มาลงตีพิมพ์ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเสมอมา จึงทำให้การจัดทำวารสารอาหารและยามีผลสำเร็จสมบูรณ์

สำหรับการจัดทำวารสารในฉบับต่อไป อาจจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ และ วิธีการบางประการ ด้วยมีการเปลี่ยนแปลงคณะบรรณาธิการบริหารเป็นชุดใหม่ เนื่องจากชุดเดิมได้มีการปรับเปลี่ยนภาระหน้าที่ทางราชการไปรับผิดชอบงานอย่างอื่น และ มีภาระกิจใหม่ค่อนข้างมาก จึงไม่อาจรับภาระกิจการจัดทำวารสารนี้ได้อีกต่อไป

สุดท้ายนี้ ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัย และ พระบารมีพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ตลอดจนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลกจงดลบันดาลให้ท่านสมาชิกทุกท่าน มีความสุขความเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป เทอญ.

ด้วยความปรารถนาดี

จาก.....คณะบรรณาธิการบริหาร

จงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี

วิไลลักษณ์ ชินบุรณ์

พรทิพย์ เจียมสุชน

19 กรกฎาคม 2541

แล้วที่นี้ดาวกับเดือนก็ใกล้แค่เอื้อม



เสน่ห์ของผู้หญิงขึ้นอยู่กับ
กับสัดส่วนที่ลงตัว
ง่ายๆ ใส่ใจและทะนุถนอม
ทุกรายละเอียด
หลับให้เต็มอิ่ม เลี่ยงอาหาร
อ้วน...อ้วน ที่สำคัญระวัง
น้ำตาล โดยเฉพาะรสชาติ
ของความหวานต้องสลิมมา
เพราะมีรสหวานธรรมชาติ
แต่แคลอรีต่ำกว่าน้ำตาล
หลายเท่า ถึงจะทำให้สุขภาพดี
และควบคุมน้ำหนักได้
ที่นี้...ผู้หญิงอย่างเราอยาก
ได้อะไรก็ไม่ใช่เรื่องยาก



สลิมมา...รสหวานธรรมชาติเพื่อสุขภาพ

* น้ำตาลทราย 1 ช้อนโต๊ะ ให้พลังงาน 45 แคลอรี / สลิมมา 1 ชอง ให้พลังงาน 4 แคลอรี (เหมาะสำหรับผู้ใหญ่ในการควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือด)

กับผู้ขายในทางที่ผิด พบว่าสารที่นำไปใช้เหล่านี้ไม่ได้มีเพียงได้มาจากการสั่งจ่ายยาโดยไม่เหมาะสมของแพทย์และเภสัชกรเท่านั้น แต่ยังสามารถได้มาจากการตลาดมืดซึ่งมีการกระจายยาในช่องทางที่ผิดกฎหมายอีกด้วย” องค์การสหประชาชาติจึงแนะนำให้ประเทศต่าง ๆ ควรมีระบบเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด ขณะเดียวกันก็ให้มีการจัดการส่งเสริมให้บุคลากรในวงการแพทย์และเภสัชกรรวมทั้งประชาชนทราบ เพื่อช่วยกันหลีกเลี่ยงและจำกัดการสั่งจ่ายยาลดความอ้วนอย่างไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังเผชิญกับปัญหาค้นรุนแรงของการใช้สารกระตุ้นประสาท

ในส่วนของการขายสำรวจแล้วพบว่า ราคา ยา panbesey ซึ่งเป็นชื่อการค้าชนิดหนึ่งของยา Phentermine โดยใช้ขนาด 15 mg เนื่องจากเป็นตัวอย่างที่เก็บได้มากที่สุด คือ 13 ตัวอย่าง พบว่ามีราคาสูงกว่าราคาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาขาย 3-6 เท่า คือ ราคาอยู่ระหว่าง 11-21 บาท (ค่าความเชื่อมั่น 95%) ขณะที่ราคาขาย ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ราคาเม็ดละ 3.45 บาท ซึ่งจะเห็นว่าได้กำไร 200-500 % (ยังไม่ได้หักค่าใช้จ่าย) การขายยาให้ผู้ป่วยในลักษณะเช่นนี้จะทำให้ประชาชนซื้อยาได้ในราคาที่แพงกว่าที่เคยซื้อได้จากร้านขายยาในขณะที่ยาถูกจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 เพราะโดยส่วนใหญ่บริษัทผู้นำเข้าหรือผู้ผลิตจะกำหนดราคาขายไว้ที่กล่องหรือขวด ทำให้การขายแบบเอากำไรมากเกินไปเกิดขึ้นได้น้อยกว่า และจากการสำรวจตัวอย่างยาลดความอ้วนที่จัดไว้เป็นชุดรับประทานเหมือนกันในแต่ละวัน ประกอบด้วยยาอื่น ๆ อีกประมาณ 1-5 รายการ จะมีราคาสูงขึ้นไปอีก วันหนึ่ง ๆ ผู้ที่ต้องการลดความอ้วนจะต้องจ่ายเงินเป็นค่ายาลดความอ้วนวันละ 28 บาท (14 บาท) (ตารางที่ 4)

ความคิดเห็นของแพทย์ที่มีต่อระบบการควบคุมและการบริการด้านการจัดหา

จากการสำรวจโดยการตอบแบบสอบถามของแพทย์จำนวน 171 ราย (ตารางที่ 4) โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเพิ่มมาตรการการควบคุมยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ ให้จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ด้วยเหตุผลที่ยาอาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ แพทย์ท่านนั้นควรจะต้องเป็นผู้ควบคุมดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถซื้อยาเองจากร้านขายยา (คะแนนเฉลี่ย 4.3 และ 4.4 ตามลำดับ) อีกทั้งยังเป็นการแก้ไขปัญหายาฟุ่มเฟือย ป้องกันการนำยากลับนี้ไปใช้ในทางที่ผิด (คะแนนเฉลี่ย 4.0 และ 4.2 ตามลำดับ) แต่แพทย์ก็มีความเห็นว่าการซื้อยาจากกระทรวงสาธารณสุขได้เพียงแห่งเดียวนั้นมีความยุ่งยากในการซื้อยาและการทำรายงาน (คะแนนเฉลี่ย 3.8 และ 3.6 ตามลำดับ) ด้วยคะแนนเฉลี่ยเข้าใกล้ 3 และแพทย์ตอบแบบสอบถามให้ข้อคิดเห็นว่าเฉย ๆ เป็นจำนวนมากที่สุดทำให้สรุปยังไม่ได้ว่าการซื้อยาจากกระทรวงจะทำให้การรักษาสำหรับผู้ป่วยสูงขึ้นหรือหากมีการควบคุมยากลับมากขึ้นจะสามารถเปลี่ยนไปใช้ยากลับอื่นที่มีผลใกล้เคียงกันแทนได้หรือไม่

ในแง่ของการบริการพบว่า (ตารางที่ 5) แพทย์ยังไม่พอใจต่อชนิดของยาลดความอ้วนที่จัดหามาไว้ขาย ซึ่งน่าจะหมายถึงควรจะมีให้มากขึ้นดีกว่านี้เพราะปัจจุบันยาลดความอ้วนที่มีไว้จำหน่ายมีเพียง 4 ชนิดเท่านั้น ส่วนการบริการในด้านอื่น ๆ เช่น ปริมาณยาที่จัดเตรียมไว้ขายเพียงพอต่อความต้องการ ความสะดวกในการติดต่อขอซื้อยา การอำนวยความสะดวก ความรวดเร็ว การเรียกเก็บเงินค่ายา การจัดส่งยา ได้ ค่าเฉลี่ยเข้าใกล้ 3 ทำให้ยังไม่สามารถบอกได้ว่าแพทย์พอใจต่อการบริการ อย่างไรก็ตามในแง่ของการบริการที่ดี ก็ควรจะต้องบริหารจัดการให้ผู้มาติดต่อขอรับบริการสะดวกและประทับใจในการ