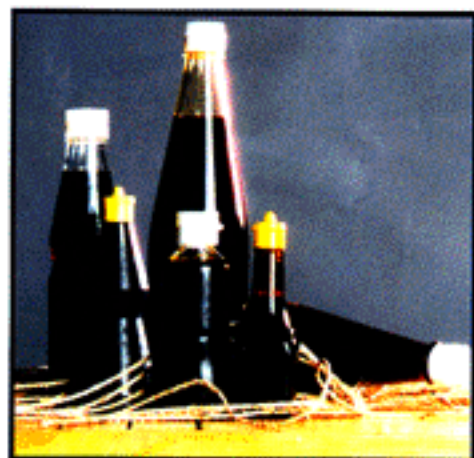


อาหารและยา

วารสารวิชาการ ต้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ปีที่ 7 ฉบับที่ 3/2543 เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม 2543 Vol.3 September - December 2000



โรคอ้วนและปัญหา
การใช้ยาลดความอ้วนในประเทศไทย

รักษ์ฝัน รู้จักยาสีฝัน

อย.บริการข้อมูล
ทางอินเทอร์เน็ต



“ **ชีวิตดี มีคุณภาพ ได้ประโยชน์คุ้มค่า** ”



อ่านฉลากก่อนซื้อ



อ่านฉลากอย่างถ่องแท้
ดูให้ดีที่ส่วนประกอบ

เคื่อนแล้วต้องจำ ควรทำความเข้าใจ
คำเตือน บนฉลาก

ใช้อย่างถูกวิธี
ดูให้ดี ที่วิธีใช้

จะเก็บอย่างไร
เก็บไว้ที่ไหน
ดูได้ที่วิธีเก็บรักษา

ชื่อ ที่อยู่ ผู้ผลิต
อยู่ตรงไหน เพื่อความ
มั่นใจ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์

เพื่อความปลอดภัย
ฉันทัก หมดอายุ
วันผลิต/วันหมดอายุ

จุดสำคัญบนฉลาก
อย่าให้ขาด
ฉลากภาษาไทย



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

คุ้มครอง ห่วงใย ใส่ใจคุณภาพ

อาหารและยา



วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและเป็นเวทีทางวิชาการของนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิในภาคการผลิตภัตตาคารอาหาร ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งเป็นสื่อในการนำเสนอข่าวสาร บทความ ตอบปัญหาทางวิชาการที่น่าสนใจด้านอาหารและยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย และสารระเหย ของนักวิชาการที่สนใจทั่วไปทั้งภาครัฐและเอกชน

ที่ปรึกษาด้านบริหาร

- นพ.วิชัย โชควิวัฒน์
- นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล
- ภญ.อังกาบ เวลโกสิทธิ์
- ภญ.สุบุญญา หุตังคบดี
- ภญ.ระวีวรรณ ปรีดีสินี
- ภญ.ดารณี หม่อมจรรยา
- ภญ.วิระวรรณ แดงแก้ว
- ภก.บุญเลิศ คงคาม
- ภก.สงขล ดันพิทยกุล
- ภก.วิโรจน์ สุ่มใหญ่
- ภก.วิโรจน์ ศรีเมือง
- ภก.ปราโมทย์ สือรัมย์รุ่งเรือง
- ภญ.นิภาภรณ์ จัยวัฒน์
- ภญ.นิตยา แยมพยัคฆ์
- นางสาวกันยา สุกิจจากร
- ศ.ดร.ประติษฐ์ เขียวสกุล

- ภญ.วิไลกุล ระติชัย
- ภญ.วิณะ วีระไวทยะ
- ภญ.รศ.เทวี โพธิ์ผละ
- คณะกรรมการกองทุนพัฒนา
- วิชาการคุ้มครองผู้บริโภค
- สมาคมพิทักษ์ประโยชน์ผู้บริโภค

ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย

- นายศานิต ศรีสังข์
- นายอภัยโชค ระติชัย

ที่ปรึกษาด้านวิชาการ

- ภญ.ฉันทนา จุติเทพารักษ์
- ว่าที่ ร.ต.วิศิษฐ์ ประวิณวงศ์วุฒิ
- ภญ.ยุพา ลีลาพฤทธิ์
- ภญ.นฤมล โกมลเสวิน

- ดร.ชนินทร์ เจริญพงศ์
- ภก.ศรศักดิ์ อาณิ
- ภญ.พรพิมล ชัดดินานนท์
- นายศานิต ศรีสังข์
- ภก.มานิตย์ อรุณากูร
- ภก.โสภณ ฮวบเจริญ
- รศ.ดร.นิรัตน์ อิมามิ
- ผศ.ภญ.ดร.จุฑามณี สุทธิสีสังข์
- รศ.ดร.อรอนงค์ นัยวิกุล
- นพ.บรรพต ดันธีรวงศ์
- ผศ.ดร.วัฒนา พากเพียรกิจวัฒนา
- นายสง่า ตามาพงษ์
- รศ.ดร.สมใจ วิชัยดิษฐ์
- รศ.ดร.พิชัย ไตรวิชัย
- รศ.ดร.วินัย ตะห์สัน

บรรณาธิการอำนวยการ

- นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข

บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา

- ภญ.สุบุญญา หุตังคบดี

บรรณาธิการวิชาการ

- ภก.พศ.ดร.นภดล ทองนพเนื้อ

บรรณาธิการบริหาร

- ภญ.วิยะดา สนธิชัย

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- ภญ.สุมาลี พรภิษฐ์ประสาน
- นางเพ็ญฤทัย เสาร์วัฒน์
- นางนิธิตี บัตรพรธนะ

กองบรรณาธิการ

นางสาวจิตรา เศรษฐอุดม, ภญ.ดวงทิพย์ ทองสมุทร, นางสาวเดือนเพ็ญ ภิญโญอินนิเกษม, ภญ.ธีรพร มโนธรรม, นายนิรัตน์ เตียสุวรรณ, นางสุลณี เวชชพิพัฒน์, ภญ.พรพรรณ สุนทรธรรม, ภญ.พรพิศ ศิลขุฑุฑ, นายยุทธนา นรภูมิพิทักษ์, ภญ.ยุพา เตียงอวัช, ภญ.ดร.ยุพิน ลาวินัยประเสริฐ, ภญ.วารุตา ยุงทอง, ภก.วินิต อัครกิจวิวิ, ภญ.วิไล บัณฑิตานุกูล, ภก.วชิระ อำพนธ์, ภญ.ดร.วราวุธ สรสุชาติ, ภก.วัฒนา อัครเอกมาลิน, ภก.สมเดช สายจิตบิสุทธิ์, นางสาวจันทรี ยิ่งไพฑูรย์, ภญ.สุวง ฐิติสังคายกร, ดร.หทัยา กองจันทิก, นางอังสนา พิศณุภูมิ

ฝ่ายการเงินและทะเบียนสมาชิก

นางสาวอุบลวรรณ เจริญมั่ง, นางสาวอารีย์ กุลเชมานนท์

ผู้จัดการทั่วไป

นายอรอนพล เจริญพัคร์

สำนักงานวารสาร

กองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ๑.ตึกวนนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 590-7263, 590-7265, 590-7270 โทรสาร 590-7266

เจ้าของ

โครงการวารสารวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และกองทุนพัฒนาวิชาการ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยดำเนินการภายใต้สมาคมพิทักษ์ประโยชน์ผู้บริโภค

พิมพ์ที่ บริษัท อาร์ตฟาร์ม จำกัด 105 ถนนพญา 30 ถนนสนามบินน้ำ เมือง นนทบุรี 11000 โทร. 967-0110-3

วารสารอาหารและยา เป็นวารสารเพื่อสนับสนุน พัฒนาการและองค์ความรู้ด้านสาธารณสุข ดำเนินการโดยไม่มุ่งหวังผลกำไรทางด้านการค้า บทความที่ลงในวารสารยินดีให้นำไปเผยแพร่เป็นวิทยาทาน โดยไม่ต้องขออนุญาต แต่ไม่อนุญาตให้นำไปเผยแพร่ในลักษณะธุรกิจ

อาหารและยา

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 / 2543

สารบัญ



บก.ปกกาย

ใบข้อข้องใจทางวิชาการ

7

ข้อควรรู้... เกี่ยวกับฉลากอาหาร

14

เกาะติดสถานการณ์สาร 3-MCPD

19

โรคอ้วนและปัญหาการใช้ยาลดความอ้วนในประเทศไทย

รายงานการวิจัย

26

การศึกษาการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตเมืองในประเทศไทย

A Study of acquisition and utilization of information health product labels of people in urban area in Thailand

35

ประสิทธิผลการจัดอบรมแบบเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาอำเภอสงขลา จังหวัดสงขลา ปี 2543

The Effectiveness of Learning Participation about Public Health Consumer Control in Mattayom School, Songdao District, Sakonnakorn Province , 2543

44

การวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2540

National Health Consumer Protection Survey on Health Products for Policy Development, 1997

เปิดประตูสู่ อย.

60

มิติใหม่กองสารวัตร

สารนี้เพื่อคุณ

63

ปรัชญา "การคุ้มครองผู้บริโภค"

64

รักษ์ฟัน รู้จักยาสีฟัน

72

ความผิดพลาดที่สำคัญในการทำวิจัย

74

อย. บริการข้อมูลผลิตภัณฑ์ยาทางอินเทอร์เน็ต ตอนที่ 1
www.fda.moph.go.th

บุบนี้ก็มีหนังสือ

76

ฝากข้อคิด

78



บก. ทักษ์ทาย

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่าน วารสารอาหารและยา พบกันอีกเช่นเคยด้วย เนื้อหาสาระของวารสารที่ทรงคุณภาพ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 7 ฉบับที่ 3/2543 แล้ว ยังคงแน่นหนาไปด้วยประโยชน์ที่มอบให้แก่คุณผู้อ่านทุกบรรทัด เช่นเดิม

ฉบับนี้เรามีเรื่องที่พ่อบ้านแม่บ้าน ควรรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร และ ประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 มีรายละเอียดและวิธีการพิจารณาฉลากอาหาร เพื่อเป็นข้อมูลในการเลือกบริโภคอาหารได้อย่างปลอดภัย

หากมีเรื่องราวความไม่ปลอดภัยไม่ว่าในรูปแบบของผลิตภัณฑ์ใดๆ ที่ไม่น่าไว้วางใจ หากพบเห็นก็ต้องบอกต่อๆ กัน เพราะบางครั้ง อาจจะพลาดหูพลาดตาเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลไปบ้าง แต่ถ้าเราทุกคนช่วยกันสอดส่อง เชื่อว่าผู้ที่มักง่าย ขอบเอารัดเอาเปรียบจะได้ค่อยๆ หายไปจากสังคม อย่าลืม นะคะว่า ขณะนี้เป็นยุคสมัยเลือกตั้งครั้งแรกในวันที่ 6 มกราคม 2544 ตามรัฐธรรมนูญใหม่ พ.ศ. 2540 ซึ่งถือว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ฉบับแรก เราจะต้องช่วยกันเต็มที่เพื่อให้สังคมไทยมีคุณภาพ

อีกเรื่องหนึ่งก็คือ ยาลดความอ้วน ที่มักปรากฏในสื่อบ่อยครั้ง เพราะ ผู้คนส่วนใหญ่โดยเฉพาะสุภาพสตรี ล้วนอยากมีหุ่นสะอิดสะเอ้ง นักวิชาการจึงได้นำเรื่อง โรคอ้วนกับปัญหาการใช้ยาลดความอ้วนในประเทศไทย มาให้ความรู้ กันอย่างละเอียดละออค่ะ

หากว่าผู้อ่านท่านใดสนใจสมัครเป็นสมาชิกหรือต้องการลงโฆษณาหรือ สั่งซื้อวารสารอาหารและยาฉบับใด สามารถกรอกแบบฟอร์มท้ายเล่มส่งมา และหากมีข้อเสนอแนะหรือต้องการแสดงความคิดเห็นประการใด กรุณาส่งมาได้ที่ กองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000



ไขข้อข้องใจ

ทางวิชาการ

ข้อควรรู้...

เกี่ยวกับฉลากอาหาร

กองควบคุมอาหาร

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



"อาหาร" ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 หมายถึง ของกิน หรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่ วัตถุดิบทุกชนิดที่คนกิน ต้ม อม หรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใดหรือในรูปลักษณะใด แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น แล้วแต่กรณี อาหารยังหมายความรวมถึงวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหาร วัตถุเจือปนอาหาร สี เครื่องปรุงแต่งกลิ่นรสด้วย

ปัจจุบันยังมีผู้บริโภคจำนวนไม่น้อยที่ซื้ออาหารโดยละเอียดไม่ได้ให้ความสนใจที่จะอ่านข้อความในฉลากอาหารก่อนที่จะตัดสินใจซื้อ ฉลากอาหารเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเนื่องจากรายละเอียดบนฉลากจะบอกถึงชนิดหรือ

ประเภทของอาหาร ส่วนประกอบ ปริมาณสุทธิ และวันเดือนปีที่ผลิต หมดอายุ หรือควรบริโภคก่อน ซึ่งส่งผลให้ผู้บริโภคได้มีโอกาสเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าสมราคาและได้รับประโยชน์สูงสุดจากอาหารนั้น

ฉลากอาหาร หมายถึง รูป รอยประดิษฐ์ เครื่องหมาย หรือข้อความใดๆ ที่แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารที่ติดไว้ที่ภาชนะบรรจุอาหารหรือหีบห่อของภาชนะที่บรรจุอาหาร

ตามกฎหมายกำหนดประเภทของอาหารที่ต้องแสดงฉลากไว้ 3 ประเภท

1. อาหารควบคุมเฉพาะ หมายความว่า อาหารที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้เป็นอาหารที่อยู่ในความควบคุมเกี่ยวกับคุณภาพและมาตรฐาน ปัจจุบันมี 39 ชนิด อาหารประเภทนี้ต้องมีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กำหนดโรงงานผลิตและผู้นำเข้าเพื่อจำหน่ายซึ่งอาหารต้องขอใบอนุญาตผลิตอาหารหรือใบอนุญาตนำเข้าหรือส่งอาหารเข้ามาในราชอาณาจักร พร้อมทั้งขอขึ้นทะเบียนตำรับอาหารด้วย เมื่อได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้วจึงจะผลิตหรือนำเข้า

เพื่อจำหน่ายได้ สำหรับผู้ผลิตที่ไม่ได้เป็นโรงงาน* ไม่ต้องขออนุญาตผลิตอาหารและขอขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร แต่ต้องผลิตอาหารควบคุมเฉพาะนั้นให้มีคุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนด และต้องขออนุญาตใช้ฉลากอาหาร เมื่อได้รับใบสำคัญการอนุญาตใช้ฉลากอาหารแล้วจึงจะผลิตเพื่อจำหน่ายได้

2. อาหารกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน
อาหารประเภทนี้มีการกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน

อาหารควบคุมเฉพาะ มี 39 ชนิด ได้แก่

1. น้ำแร่
2. สีส้มอาหาร
3. น้ำมันและไขมัน
4. น้ำมันถั่วลิสง
5. น้ำมันปาล์ม
6. น้ำมันมะพร้าว
7. นมโค
8. เนย
9. อาหารสำหรับผู้ที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก
10. เนยแข็ง
11. กี้
12. ไอศกรีม
13. นมปรุงแต่ง
14. ผลิตภัณฑ์ของนม
15. นมเปรี้ยว
16. น้ำมันเนย
17. ครีม
18. นมดัดแปลงสำหรับทารกและนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก
19. เนยเทียม
20. วัตถุปรุงแต่งรสอาหาร
21. อาหารกึ่งสำเร็จรูป
22. ซอสบางชนิด
23. น้ำส้มสายชู
24. น้ำปลา
25. วัตถุเจือปนอาหาร
26. แยม เยลลี่ และมาร์มาเลดในภาชนะที่ปิดสนิท
27. ชา
28. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท
29. เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท
30. เครื่องดื่มเกลือแร่
31. นำนมถั่วเหลืองในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท
32. กาแฟ
33. น้ำแข็ง
34. อาหารทารกและอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก
35. อาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็ก
36. อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท
37. รอยัลเยลลี่ และผลิตภัณฑ์รอยัลเยลลี่
38. โซเดียมซัยคลาเมตและอาหารที่มีโซเดียมซัยคลาเมต (เฉพาะส่งออก)
39. น้ำผึ้ง

* หมายถึง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องอาหารดังกล่าว ไม่ใช่บังคับกับอาหารที่ผลิตเพื่อจำหน่ายโดยสถานที่ผลิตที่มีเครื่องจักรน้อยกว่า 5 แรงม้า หรือมีคนงานน้อยกว่า 7 คน



ดังนั้นโรงงานผู้ผลิตและผู้นำเข้า จะต้องขอใบอนุญาตผลิตอาหารหรือขอใบอนุญาตนำเข้าหรือส่งอาหารเข้ามาในราชอาณาจักรแล้วแต่กรณี และขออนุญาตใช้ฉลากอาหาร แต่ไม่ต้องขออนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร นอกจากนี้ต้องผลิตอาหารดังกล่าวให้มีคุณภาพหรือมาตรฐานตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดว่าด้วยเรื่องอาหารประเภทนั้นๆ สำหรับผู้ผลิตที่ไม่ได้เป็นโรงงานก็ต้องผลิตอาหารให้มีคุณภาพหรือมาตรฐานตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเช่นเดียวกันและต้องขออนุญาตใช้ฉลากอาหารด้วย

อาหารกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

2.1 อาหารกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานที่ต้องขออนุญาตใช้ฉลากอาหารมีทั้งหมด 5 ชนิด ได้แก่

- น้ำที่เหลือจากการผลิตโมโนโซเดียมกลูตาเมต
- ช็อกโกแลต
- ไข่เยี่ยวม้า
- ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลือง
- ข้าวเสริมวิตามิน

2.2 อาหารกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานที่ยกเว้นให้ไม่ต้องขออนุญาตใช้ฉลากอาหารมี 1 ชนิด ได้แก่ เกลือบริโภค

2.3 อาหารที่นำเข้าหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรกรณีไม่ใช่อาหารควบคุมเฉพาะ อาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน ผู้นำเข้าจะต้องขออนุญาตนำเข้าอาหาร และต้องแจ้งรายการอาหารที่ขออนุญาตนำเข้ารวมทั้งต้องขออนุญาตใช้ฉลากอาหารที่นำเข้าด้วย

3. อาหารที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้เป็นอาหารที่ต้องมีฉลาก สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภทคือ

3.1 อาหารที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้เป็นอาหารที่ต้องมีฉลาก ผู้ผลิตและผู้นำเข้าจะต้องยื่นขออนุญาตใช้ฉลากอาหาร มีทั้งหมด 12 ชนิด ได้แก่

- 1) แป้งข้าวกล้อง
- 2) น้ำเกลือปรุงรส
- 3) ซอสในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท
- 4) ขนมปัง
- 5) อาหารที่มีวัตถุประสงค์พิเศษ
 - อาหารที่ใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรค หรือ ผู้มีสภาพผิดปกติทางร่างกาย
 - อาหารที่ใช้สำหรับบุคคลผู้มีวัตถุประสงค์ในการบริโภคอาหารเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์
- 6) หมากฝรั่งและลูกอม
- 7) วุ้นสำเร็จรูป และขนมเยลลี่
- 8) อาหารฉายรังสี
- 9) อาหารที่มีวัตถุกันชื้นรวมอยู่ในภาชนะบรรจุ
- 10) ผลิตภัณฑ์กระเทียม
- 11) วัตถุแต่งกลิ่นรส
- 12) อาหารที่มีส่วนผสมของว่านหางจระเข้



3.2 อาหารที่ต้องมีฉลากแต่ไม่ต้องยื่นขออนุญาต ผู้ผลิตหรือนำเข้าปฏิบัติได้เลย มี 3 ชนิด ได้แก่

- 1) ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก แหนม หมูยอ กุนเชียง และผลิตภัณฑ์ลักษณะทำนองเดียวกัน ที่บรรจุในภาชนะพร้อมจ่าย
- 2) อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภค
- 3) อาหารพร้อมปรุง

3.3 อาหารนำเข้าหรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักร ที่จะต้องแจ้งรายละเอียดของอาหาร (จดแจ้ง) ได้แก่ พืช ผัก และผลไม้ที่อยู่ในสภาพสด รวมทั้งแช่เย็นหรือแช่แข็ง

3.4 อาหารอื่นที่นำเข้าหรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักร นอกเหนือจากข้อ 3.1 - 3.3 จะต้องยื่นขออนุญาตใช้ฉลากอาหาร

Sายละเอียดบนฉลากอาหาร

ต้องแสดงข้อความภาษาไทยอยู่ในสภาพเรียบร้อยอ่านได้ชัดเจน และสอดคล้องกับพื้นฉลากดังนี้

1. ชื่อเฉพาะของอาหาร ชื่อสามัญหรือชื่อที่ใช้เรียกอาหารตามปกติ กรณีใช้ชื่อทางการค้าจะต้องแจ้งประเภทหรือชนิดของอาหารกำกับชื่ออาหารด้วย

2. ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต หรือผู้แบ่งบรรจุ กรณีเป็นอาหารนำเข้า ให้แจ้งประเทศผู้ผลิตด้วย

3. เลขทะเบียนตำรับอาหาร หรือเลขที่อนุญาตให้ใช้ฉลากอาหาร (ถ้ามี) เพื่อแสดงให้ผู้บริโภคทราบว่าอาหารนี้ผ่านการได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ผู้ผลิตตั้งภูมิลำเนาอยู่ กรณีที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามอบอำนาจให้

4. ปริมาณสุทธิเป็นระบบเมตริก ของแข็งแจ้งเป็นน้ำหนักสุทธิ ของเหลวแจ้งเป็นปริมาตรสุทธิ ลักษณะเป็นกึ่งแข็งกึ่งเหลวแจ้งเป็นน้ำหนักสุทธิ หรือปริมาตรสุทธิก็ได้ กรณีแยกเนื้อกับน้ำได้ต้องแจ้ง "น้ำหนักเนื้อ" ด้วย

5. ส่วนประกอบสำคัญคิดเป็นร้อยละของน้ำหนัก กรณีเป็นเม็ดหรือแคปซูลให้แจ้งปริมาณต่อหน่วย

6. วัน เดือน ปี ที่ผลิตอาหาร หรือวัน เดือน ปี ที่หมดอายุของอาหาร หรือควรบริโภคก่อน แล้วแต่ประเภทของอาหาร ข้อความนี้อาจแสดงไว้ด้านหน้า

หรือด้านบน กรณีแจ้งไว้ด้านล่างของภาชนะบรรจุ ให้แจ้งไว้ส่วนหน้าฉลากว่าดู เดือน ปี ที่ผลิต หรือหมดอายุ หรือควรบริโภคก่อนได้จากที่ใด

7. ถ้ามีการแต่งสีต้องมีข้อความว่า "เจือสีธรรมชาติ" หรือ "เจือสีสังเคราะห์" แล้วแต่กรณี

8. ถ้ามีการแต่งกลิ่นรสต้องมีข้อความว่า "แต่งกลิ่นธรรมชาติ" "แต่งกลิ่นเลียนธรรมชาติ" "แต่งกลิ่นสังเคราะห์" "แต่งรสธรรมชาติ" หรือ "แต่งรสเลียนธรรมชาติ" แล้วแต่กรณี

9. ถ้ามีการใช้วัตถุเจือปนอาหารโดยเฉพาะวัตถุกันเสียต้องมีข้อความว่า "ใช้วัตถุกันเสีย"

10. แจ้งวิธีปรุงเพื่อรับประทาน (ถ้ามี)

11. แจ้งคำแนะนำในการเก็บรักษา (ถ้ามี)

12. แจ้งคำเตือน (ถ้ามี)

บัณฑิต้องแสดงบนส่วนหน้าของฉลาก

1. ชื่ออาหาร

2. ปริมาณสุทธิ

3. วันเดือนปีที่ผลิต หรือเดือนปีที่ผลิต วันเดือนปีที่หมดอายุ หรือควรบริโภคก่อน



ฉลากอาหารที่มีข้อความ รูป รูปภาพ รอย ประดิษฐ์ เครื่องหมายหรือเครื่องหมายการค้า ไม่ว่าจะเป็น ภาษาใดที่ปรากฏบนฉลาก ต้อง

1. ไม่เป็นเท็จหรือหลอกลวงให้เกิดความ หลงเชื่อโดยไม่สมควร หรือไม่ทำให้เข้าใจผิดในสาระ สำคัญ

2. ไม่แสดงถึงชื่ออาหาร ส่วนประกอบ อาหาร อัตราส่วนของอาหาร ปริมาณของอาหาร หรือแสดงถึงสรรพคุณของอาหารอันเป็นเท็จ หรือการหลอกลวง ให้เกิดความหลงเชื่อ

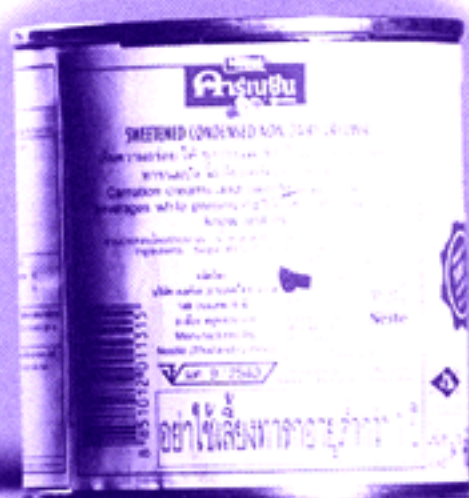
นอกจากจะไม่ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดในสาระ สำคัญดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว ฉลากอาหารต้องไม่ทำ ให้เกิดความเข้าใจผิดหรือขัดกับวัฒนธรรมอันดีงาม ของไทย หรือส่อไปทางทำลายคุณค่าของภาษาไทย อีกด้วย

I ภาระเบี่ยงเบนตำรับอาหาร

อาหารควบคุมเฉพาะที่ผู้ผลิตเข้าขายเป็น โรงงานที่ได้รับอนุญาตผลิตอาหาร หรือผู้นำเข้ามาใน ประเทศที่ได้รับใบอนุญาตนำเข้าหรือส่งออกอาหารเข้ามา ในราชอาณาจักร จะต้องได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียน ตำรับอาหาร และผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าต้องแสดงเลข ทะเบียนตำรับอาหารนี้ไว้บนฉลากอาหารนั้น ดังนี้

1. รูปแบบของการแสดงเลขทะเบียนตำรับ อาหาร เช่น สีและขนาดตัวอักษรต้องเป็นไป ตามแบบที่กำหนด

2. ในกรอบสี่เหลี่ยม ตัวอักษรตัวแรกจะ



เป็น "ผ" หรือ "ส"

- อักษร "ผ" หมายถึง ผลิตภายใน ประเทศ

- อักษร "ส" หมายถึง นำสั่งเข้ามา ในราชอาณาจักร

3. อักษรตามตัว "ผ" หรือ "ส" จะมี 1-2 ตัว เป็นอักษรย่อแสดงประเภทของอาหารควบคุม เฉพาะ เช่น

- "ผด" หมายถึง อาหารควบคุม เฉพาะประเภทช็อกโกแลตซึ่งผลิตในประเทศ

- "สท" หมายถึง อาหารควบคุม เฉพาะประเภทชาและน้ำเข้ามาจากต่างประเทศ

4. ตัวเลขหลังตัวอักษร แสดงลำดับที่ได รับเลขทะเบียนตำรับอาหารในปีพุทธศักราชที่ระบุไว้ หลังเครื่องหมาย/.... เช่น

- ผช.8/2538 หมายถึง อาหาร ควบคุมเฉพาะประเภทน้ำส้มสายชูซึ่งผลิตในประเทศ ได้รับเลขทะเบียนตำรับอาหารในปีพุทธศักราช 2538 ลำดับที่ 8

I ภาระอนุญาตให้ใช้ฉลากอาหาร

อาหารที่ต้องยื่นขออนุญาต ให้ใช้ฉลากเมื่อ ได้รับอนุญาตแล้ว ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าจะต้องแสดง เลขที่อนุญาตให้ใช้ฉลากอาหารบนฉลาก ดังนี้

1. รูปแบบของการแสดงเลขที่อนุญาต ฉลากอาหาร เช่น



1.1 เลขที่อนุญาตฉลากอาหาร ต้อง อยู่ในการอบตัดกับสีพื้นของฉลาก

1.2 ขนาดตัวอักษรจะต้องมีขนาดที่

เหมาะสมกับพื้นที่ของฉลาก แต่ต้องไม่เล็กกว่า 2 มิลลิเมตร

2. การใช้ตัวอักษรแสดงประเภทของอาหาร และแหล่งผลิต เป็นลักษณะเดียวกับการแสดงเลขทะเบียนตำรับอาหาร แต่เพิ่มอักษร "ฉ"

ไว้ข้างหน้า 1 ตัว เช่น

- ฉพช. 25/2529 หมายถึง อาหาร

ประเภทของผลิตในประเทศได้รับอนุญาตฉลากอาหาร ในปีพุทธศักราช 2529 เป็นลำดับที่ 25

อันดับ	ประเภทอาหาร	เลขทะเบียนตำรับอาหาร		เลขอนุญาตให้ใช้ฉลากอาหาร	
		ผลิต	นำเข้า	ผลิต	นำเข้า
1.	เกลือบริโภค	-	-	-	-
2.	กะปิ	-	-	ฉผกป.	ฉสกป.
3.	กาแฟ	ผฟ.	สฟ.	ฉผฟ.	-
4.	กี้	ผนภ.	สนภ.	ฉผนภ.	-
5.	ขนมปัง	-	-	ฉผบ.	ฉสบ.
6.	ข้าวเต็มวิตามิน	-	-	ฉขว.	สขว.
7.	ไข่เยี่ยวม้า	-	-	ฉผขม.	ฉสขม.
8.	ครีม	ผค.	สค.	ฉผค.	-
9.	เครื่องดื่มเกลือแร่	ผตภ.	สตภ.	ฉผตภ.	-
10.	เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ผค.	สค.	ฉผค.	-
11.	เครื่องเทศ	-	-	-	ฉสศ.
12.	เครื่องปรุงเทศ	-	-	-	ฉสร.
13.	ซ็อกโกแลต	-	-	ฉผส.	ฉสค.
14.	ชา	ผท.	สท.	ฉผท.	-
15.	ซอสในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	-	-	ฉผซ.	-
16.	ซอสบางชนิด	ผช.	สช.	ฉผช.	-
17.	โซเดียมซัลเฟตและอาหารที่มีโซเดียม	ผขม.	-	ฉผขม.	-
18.	นมดัดแปลงสำหรับทารก และนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก	ผนท.	สนท.	ฉผท.	-
19.	นมปรุงแต่ง	ผนค.	สนค.	ฉผนค.	-
20.	นมเปรี้ยว	ผป.	สป.	ฉผป.	-
21.	นมโค	ผนค.	สนค.	ฉผนค.	-
22.	น้ำเกลือปรุงอาหาร	-	-	ฉผนอ.	ฉสนอ.
23.	น้ำแข็ง	ผช.	สช.	ฉผช.	-
24.	น้ำนมถั่วเหลืองในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ผนถ.	สนถ.	-	-
25.	น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ผค.	สค.	ฉผค.	-
26.	น้ำปลา	ผนป.	สนป.	ฉผนป.	-
27.	น้ำผึ้ง	ผช.	สช.	-	-
28.	น้ำมันเนย	ผนม.	สนม.	ฉผนม.	-
29.	น้ำมันถั่วลิสง	ผมส.	สนมส.	ฉผมส.	-
30.	น้ำมันปาล์ม	ผมป.	สนมป.	ฉผมป.	-
31.	น้ำมันมะพร้าว	ผมพ.	สนมพ.	ฉผมพ.	-
32.	น้ำมันและไขมัน	ผม.	สนม.	ฉผม.	-
33.	น้ำแร่	ผนร.	สนร.	ฉผนร.	-
34.	น้ำส้มสายชู	ผช.	สช.	ฉผช.	-
35.	เนย	ผนน.	สนน.	ฉผนน.	-
36.	เนยแข็ง	ผนช.	สนช.	ฉผนช.	-
37.	เนยเทียม	ผม.	สนม.	ฉผม.	-
38.	เนื้อสัตว์ ไขมันและผลิตภัณฑ์	-	-	-	-
39.	แป้งข้าวกลึง	-	-	ฉผปภ.	ฉสปภ.
40.	แป้งและผลิตภัณฑ์จากแป้ง	-	-	-	ฉสปภ.
41.	ผลิตภัณฑ์กระเทียม	-	-	ฉผกท.	ฉสกท.
42.	ผลิตภัณฑ์ของนม	ผนผ.	สนผ.	ฉผนผ.	-

43.	แยม เยลลี่ และมาร์มาเลด	ผยย.	สยย.	ฉผยย.	-
44.	รอยัลเยลลี่และผลิตภัณฑ์รอยัลเยลลี่	ผวย.	สวย.	ฉผวย.	-
45.	วัตถุเจือปนอาหาร	ผจ.	สจ.	ฉผจ.	-
46.	วัตถุแต่งกลิ่นรส	-	-	ฉผว.	ฉสว.
47.	วัตถุที่ใช้ปรุงแต่งรสอาหาร	ผปด.	สปด.	ฉผปด.	-
48.	วัสดุสำเร็จรูปและขนมเยลลี่	-	-	ฉผวล.	ฉสวล.
49.	สีผสมอาหาร	ผส.	สส.	ฉผส.	-
50.	หมากฝรั่งและลูกอม	-	-	ฉผล.	ฉสล.
51.	อาหารกึ่งสำเร็จรูป	ผกส.	สกส.	ฉผกส.	-
52.	อาหารขบเคี้ยว และขนมต่าง ๆ	-	-	ฉผขค.	ฉสขค.
53.	อาหารสำหรับผู้ที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก	ผคน.	สคน.	ฉผคน.	-
54.	อาหารฉายรังสี	-	-	ฉผอร.	ฉสอร.
55.	อาหารทั่วไป	-	-	ฉผทป.	ฉสทป.
56.	อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ผก.	สก.	ฉผก.	-
57.	อาหารมีวัตถุประสงค์พิเศษ	-	-	ฉผข.	ฉสข.
58.	อาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็ก	ผสด.	สสด.	ฉผสด.	-
59.	ไอศกรีม	ผอ.	سو.	ฉผอ.	-
60.	ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลือง	-	-	ฉผข.	ฉสข.
61.	อาหารที่มีวัตถุที่ใช้เพื่อรักษาคุณภาพหรือมาตรฐานของ อาหารรวมอยู่ในภาชนะบรรจุ *	-	-	ฉผวข.	ฉสวข.
62.	พืช ผัก ผลไม้ ถั่ว และผลิตภัณฑ์	-	-	-	ฉสพ.
63.	อาหารทารกและอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก	ผทร.	สทร.	ฉผทร.	-
64.	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	-	-	ฉผผล.	ฉสผล.
65.	อาหารพร้อมปรุง	-	-	จ-พป.	-
66.	อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค	-	-	จ-พท	-

หมายเหตุ : * สำหรับอาหารที่มีวัตถุที่ใช้เพื่อรักษาคุณภาพหรือมาตรฐานของอาหารรวมอยู่ในภาชนะบรรจุให้ใช้อักษรย่อของประเภทอาหาร ตามประเภทของอาหารที่มีวัตถุที่ใช้เพื่อรักษาคุณภาพ หรือมาตรฐานของอาหารรวมอยู่

U วรรณกรรม

1. พระราชบัญญัติอาหาร. พ.ศ.2522.
2. ราชกิจจานุเบกษา 99 ตอนที่ 61 "ประกาศกระทรวงสาธารณสุข" ฉบับที่ 68 (พ.ศ.2525) เรื่อง ฉลาก : โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2525.
3. ราชกิจจานุเบกษา 102 ตอนที่ 173 "ประกาศกระทรวงสาธารณสุข" ฉบับที่ 95 (พ.ศ.2528) เรื่อง ฉลาก (ฉบับที่ 2) : โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2525.
4. ราชกิจจานุเบกษา 102 ตอนที่ 104 "ประกาศกระทรวงสาธารณสุข" ฉบับที่ 90 (พ.ศ.2528) เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารมีวัตถุประสงค์พิเศษ : โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2528.
5. ราชกิจจานุเบกษา 99 ตอนที่ 168 "ประกาศกระทรวงสาธารณสุข" ฉบับที่ 71 (พ.ศ.2525) เรื่อง มาตรฐานอาหารบางชนิดที่มีสารพิษตกค้าง : โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2525.
6. ราชกิจจานุเบกษา 111 ตอนที่พิเศษ 15 ง "ประกาศกระทรวงสาธารณสุข" ฉบับที่ 153 (พ.ศ.2537) เรื่อง เกลือบรีโกล : โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2537.
7. กองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข "เกร็ดความรู้เกี่ยวกับอาหารและยา". ฉลากอาหาร. 1-2. 2538.
8. กองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข "เอกสารเผยแพร่" เรื่อง ฉลากอาหาร. 2537.
9. กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. "คู่มือการขอขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร"
10. กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข "เกณฑ์การพิจารณาการอนุญาตใช้ฉลากอาหาร (อาหารทั่วไป)". ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2537.
11. บันทึกข้อความ. กองควบคุมอาหาร เรื่อง "ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องหมาย อย. บนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร". 2538.



เกาะติดสถานการณ์สาร

3-MCPD

กองควบคุมอาหาร

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การประโคมข่าวประเทศในกลุ่มประชาคมยุโรปได้สั่งห้ามการนำเข้าหรือจำหน่าย ซอสปรุงรส* ที่ตรวจพบสาร 3-MCPD ซึ่งเป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งในสัตว์ทดลอง ได้ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อความมั่นใจในการบริโภคซอสปรุงรสของประชาชนคนไทย และมีผลกระทบต่อเนื่องถึงยอดจำหน่ายภายในประเทศและการส่งออกที่มีมูลค่าสูงถึง 200 ล้านบาทต่อปีของผลิตภัณฑ์ชนิดดังกล่าว เพื่อให้เกิดความกระจ่าง ลองติดตาม "เกาะติดสถานการณ์สาร 3-MCPD" แล้วท่านอาจเป็นคนเดียวที่ให้คำตอบได้ดีที่สุด

บี อยุ่กลัวไป

สาร 3-MCPD เป็นสารที่เกิดจากกระบวนการผลิตที่ใช้วิธีการย่อยสลายโปรตีน โดยการใช้อุณหภูมิสูงควบคู่กับการดเกลือ (HCl) ที่มีความเข้มข้นสูง (acid hydrolysis) ในสภาวะเดียวกันนี้ทำให้เกิดขบวนการคลอรีเนชันของน้ำมัน (high temperature chlorinating of lipids) ที่มีอยู่ในวัตถุดิบ ทำให้เกิดสารปนเปื้อน 3-MCPD ซึ่งซอสปรุงรสที่ผลิตจำหน่ายทั่วโลกในขณะนี้ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่จะใช้วิธีการผลิตดังกล่าวเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่มีรสชาติกลมกล่อมหอมหวานอย่างที่ท่านชื่นชอบอยู่ขณะนี้

สาร 3-MCPD เป็นสารปนเปื้อนในกลุ่ม Chloropropanols ที่เรียกชื่อย่อมาจาก 3-monochloropropane-1,2 diol หรือชื่ออื่นคือ 3-chloro 1,2-propanediol นอกจากนี้ยังมีสารในกลุ่มเดียวกันที่สำคัญคือ สาร DCP หรือ 1,3 dichloro-2-propanol หรือ α - dichlorohydrine

นิ ารศึกษาด้านพิษวิทยา

การประชุม JECFA ครั้งที่ 41 (The Forty-First Meeting of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives) ปี พ.ศ.2536 ได้มีการนำเสนอข้อมูลของ 3-MCPD ซึ่งจัดเตรียมโดย Dr.P.Olsen (Institute of Toxicology, National Food Agency of Denmark, Ministry of Health, Soborg, Denmark) ดังนี้

3-MCPD

พิษเฉียบพลัน : LD_{50} = 152mg/kg body weight in rats

ซอสปรุงรส* คือ ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลืองที่ปัจจุบันส่วนใหญ่จะผลิตด้วยวิธี acid hydrolysis แตกต่างจากวิธีอื่นจะผลิตด้วยการหมักถั่วเหลืองกับเชื้อจุลินทรีย์

การศึกษาในสัตว์ทดลอง :

- ระยะสั้น : มีพิษต่อไตของหนู (rats). ในลิงทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง (anaemia) ภาวะเม็ดเลือดขาวลดลง (leucopenia) และภาวะเกล็ดเลือดลดลง (thrombocytopenia)

- ระยะยาว : การศึกษาในหนู (rats) พบว่าลดการเคลื่อนไหวของ spermatozoa มี carcinogenic effect และทำให้เกิด renal tumor, testicular tumor มีผลต่อระบบสืบพันธุ์และทำให้เป็นหมัน

การสังเกตในมนุษย์ :

ศึกษาในหลอดทดลองพบว่าลดการเคลื่อนไหวของ human spermatozoa และ metabolic activity ลดลง

DCP

พิษเฉียบพลัน : $LD_{50} = 122 \text{ mg/kg body weight in rats}$

การศึกษาในสัตว์ทดลอง :

ระยะยาว : การศึกษาในหนู (rats) มีพิษต่อตับไต ทำให้เกิด tumor ในตับ ไต ต่อมไทรอยด์ เยื่อเมือกช่องปากและลิ้น มี carcinogenic effect

การสังเกตในมนุษย์ :

เกิดการระคายเคืองที่ลำคอและกระเพาะอาหาร

กำหนด 3-MCPD ในอาหาร

คณะกรรมการยุโรป : 0.01 มก./กก. (ยังเป็นร่าง คาดว่าจะบังคับใช้ปี 2544)

อังกฤษ : 0.01 มก./กก.

เนเธอร์แลนด์ : 0.02 มก./กก.

เดนมาร์ก : 0.05 มก./กก.

สวีเดน, เยอรมัน
ฟินแลนด์, ออสเตรีย } : 1 มก./กก.

แคนาดา : 1 มก./กก.

สหรัฐอเมริกา
ออสเตรเลีย
นิวซีแลนด์
ญี่ปุ่น } ยังไม่กำหนด

Codex : จะนำข้อมูล 3-MCPD เข้าพิจารณาในการประชุม ปี พ.ศ.2544

การประชุม Codex จัดเป็นเวทีสากลที่ประเทศสมาชิก WTO จะได้ร่วมกันพิจารณาข้อมูล 3-MCPD เพื่อพิจารณาคำกำหนดในอาหารให้ปลอดภัยต่อผู้บริโภคและเป็นธรรมในการค้า ซึ่งการประชุม Codex Committee on Food Additives and Contaminants (CCFAC) ครั้งที่ 32 เมื่อวันที่ 20-24 มีนาคม 2543 ณ กรุงปักกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน ได้มีการแจ้งในที่ประชุมว่า chloropropanols ทั้ง 2 ชนิด คือ 3-chloro-1,



2-propanediol (3-monochloropropane-1, 2-diol) และ 1, 3-dichloro-2-propanol ได้จัดเป็น Priority List ของ JECFA เพื่อการประเมินค่าความปลอดภัย และผู้แทนของประเทศโปรตุเกสได้เสนอที่ประชุม ในนามของประเทศสมาชิกประชาคมยุโรป ว่าขอเสนอให้มีการจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวกับสาร 3-MCPD ให้เป็นเรื่องใหม่ที่จะเอาเข้าในการประชุมครั้งต่อไป ทั้งนี้โดยมีผู้แทนจากประเทศแคนาดา เนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ให้การสนับสนุน ที่ประชุมได้มอบให้ประเทศอังกฤษเป็นผู้จัดเตรียมข้อมูลโดย ความช่วยเหลือของประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา เพื่อใช้เป็นเอกสารในการประชุม CCFAC ครั้งที่ 33 ซึ่งคาดว่าจะมีขึ้นที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ในปักษ์หน้าระหว่างวันที่ 12-16 มีนาคม 2544

ก อภิปรายของมาตรการสากล

คณะผู้แทนไทยประจำ WTO ณ นครเจนีวา แจ้งว่าขณะนี้ EU ยังไม่มีกฎระเบียบของสาร 3-MCPD ในอาหาร แต่ European Commission's Scientific Committee on Food ได้เสนอแนะให้กำหนดไว้ที่ระดับ 0.01 มก./กก. และประชาคมยุโรป จะแจ้งมาตรการดังกล่าวต่อคณะกรรมการว่าด้วยการใช้บังคับ มาตรการ สุขอนามัยและสุขอนามัยพืช (Committee on Sanitary and Phytosanitary Measure: SPS) ของ WTO เพื่อให้แจ้งเวียนประเทศสมาชิกทราบและขอข้อคิดเห็นการดำเนินการดังกล่าวของ EU แต่หากจะ พิจารณาในแง่กฎระเบียบนั้น ภายใต้มาตรา 57 ของความตกลงว่าด้วยสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช (SPS) ของ WTO ระเบียบที่หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ไม่เพียงพอ ประเทศสมาชิกอาจใช้มาตรการชั่วคราวบนพื้นฐาน ของข้อมูลที่มีอยู่ในการกำหนดมาตรฐานด้าน SPS ได้ ดังนั้นการดำเนินการของประเทศในสหภาพยุโรปและ แคนาดา จึงไม่ขัดแย้งกับความตกลง SPS

ข การดำเนินการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เนื่องจากการดำเนินการของสหภาพยุโรป แม้จะเป็นการปกป้องสุขภาพของผู้บริโภค โดยยังไม่มีข้อมูล ความปลอดภัยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์อ้างอิงนั้น แต่ได้ส่งผลกระทบต่อส่งออกของประเทศไทย ดังนั้นประเทศไทยโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา ดังนี้

การดำเนินการระยะสั้น

1. ศึกษาข้อมูลความปลอดภัยของสาร 3-MCPD เพิ่มเติมจากที่ได้ดำเนินการแล้ว
2. ประชุมผู้ประกอบการผลิตซอสปรุงรสที่ใช้กรรมวิธี Acid hydrolysis ให้มารับทราบและ แลกเปลี่ยนข้อมูล ตลอดจนขอความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนกระบวนการผลิตเพื่อลดปริมาณ 3-MCPD ให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่เทคโนโลยีการผลิตจะทำได้
3. ประสานกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการพัฒนาวิธีการตรวจวิเคราะห์หา 3-MCPD ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดโดยใช้เครื่องมือ Gas Chromatographic-Mass Spectrometer (GC-MS) ซึ่งขณะนี้ประเทศอังกฤษตรวจวิเคราะห์หา 3-MCPD ได้ต่ำถึง 0.01 มิลลิกรัมต่ออาหาร 1 กิโลกรัม
4. ประชุมหารือด้านพิษวิทยากับนักวิชาการด้านพิษวิทยา
5. ประสานกับกรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ และกรมยุโรป กระทรวงการต่างประเทศ ในด้าน

- 5.1 ข้อกำหนด กฎระเบียบ มาตรฐานและวิธีวิเคราะห์จากประเทศที่มีปัญหาติดกลับสินค้า
- 5.2 ประสานกับผู้แทนถาวร WTO ประจำกรุงบรัสเซลส์เกี่ยวกับการกีดกันทางการค้า
- 5.3 ประสานกับประเทศในแถบเอเชียที่เคยเจอปัญหาติดกลับสินค้า เช่น จีน ฮองกง ฟิลิปปินส์ เพื่อร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้

6. ประสานกับสถาบันการศึกษาที่มีการศึกษาวิจัยเทคโนโลยีการผลิต เพื่อนำความรู้การศึกษาวิจัยไปขยายผลสู่ภาคอุตสาหกรรมและช่วยแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้ เช่น ปรับเปลี่ยนการผลิตจากการใช้กรดเกลือไฮโดรไลซ์และใช้อุณหภูมิสูง เป็นการใช้อินซิมจากจุลินทรีย์หรือพืช เช่น โบรมิเลนจากสับปะรด โดยใช้อุณหภูมิต่ำกว่าเดิม แต่ใช้เวลานานขึ้นกว่าเดิม ก็จะได้ซอสที่มีรสชาติดี

7. จัดเตรียมข้อมูลในด้านต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการเจรจาต่อรองในเวทีการประชุม Codex

8. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้แก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9. ดำเนินการเฝ้าระวังโดยการเก็บตัวอย่าง ซอสปรุงรส วิเคราะห์หาสาร 3-MCPD

การดำเนินการในระยะยาว

1. ติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่องในด้านความปลอดภัย การพัฒนาวิธีการผลิต แนวทางการแก้ไขปัญหาในประเทศต่างๆ และอื่นๆ

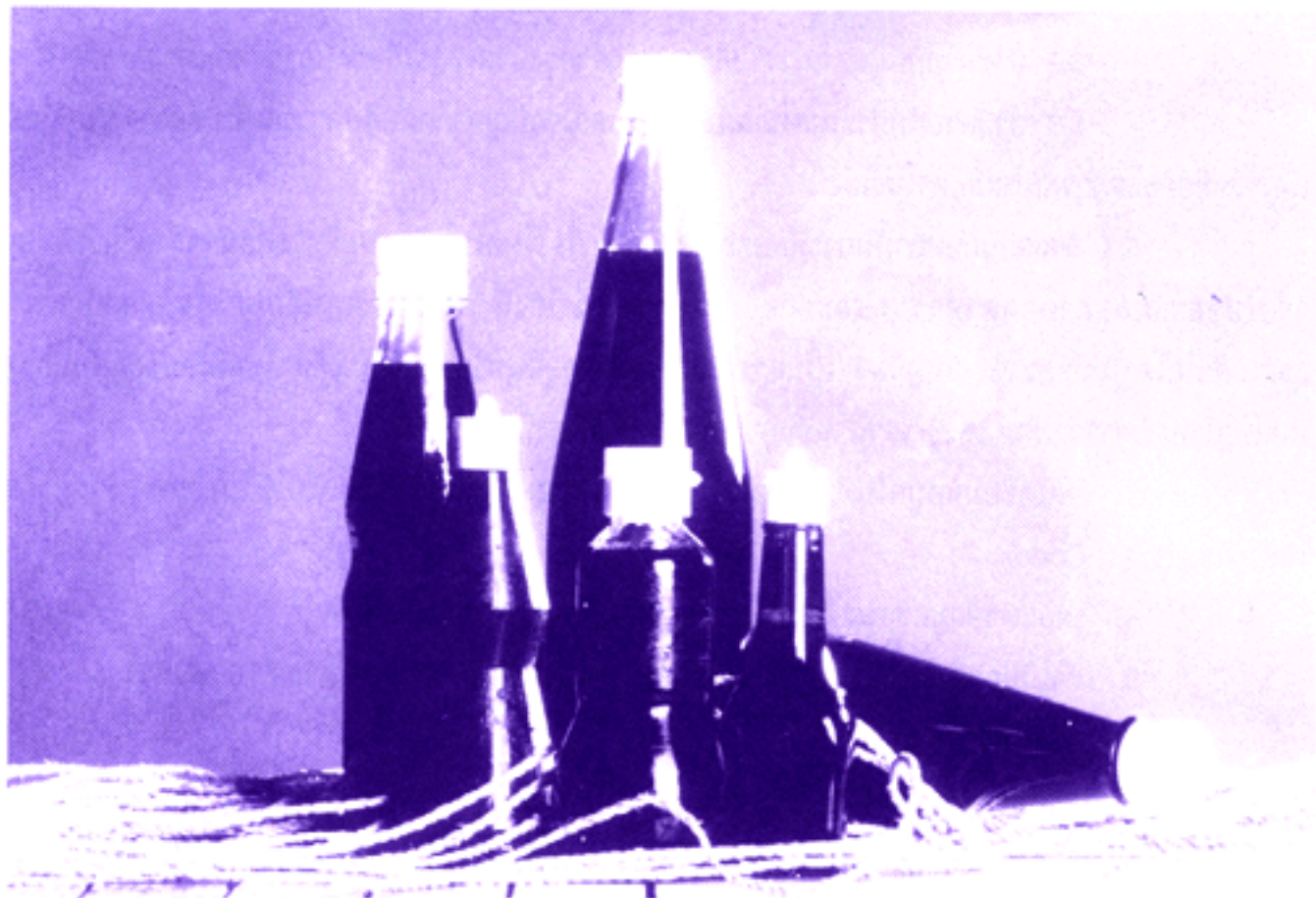
2. ดำเนินการเฝ้าระวังซอสปรุงรส ผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้โปรตีนจากพืชที่ผ่านกระบวนการย่อยสลายด้วยกรด (Acid-Hydrolysis Vegetable Protein) เป็นส่วนประกอบและสาเหตุอื่นที่อาจก่อให้เกิดการปนเปื้อนสาร 3-MCPD ในอาหาร

3. จัดทำโครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังระดับ 3-MCPD ลงให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และผู้ผลิตซอสปรุงรส

4. จัดทำโครงการศึกษาวิจัย Dietary exposure estimation และทำฐานข้อมูลการบริโภค เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงที่สุด สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันการศึกษา

5. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่มีความคืบหน้าให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบถึงข้อเท็จจริง เพื่อจะได้ไม่เกิดความตระหนกตกใจเกินกว่าเหตุ จนเป็นผลเสียทางด้านชื่อเสียงและเศรษฐกิจของประเทศ

อย่างไรก็ตาม จากการประเมินความเสี่ยงของสาร 3-MCPD จากข้อมูลพิษวิทยา และข้อมูลระบาดวิทยาที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขนาดที่คนไทยบริโภคอยู่ยังถือว่ามีความปลอดภัย หากมีข้อมูลพิษวิทยาหรือระบาดวิทยาเพิ่มเติมจากมาตรการที่จะดำเนินการในระยะสั้นและระยะยาว หรือจากแหล่งข้อมูลในต่างประเทศ ก็จะต้องมีการประเมินความเสี่ยงใหม่ให้สอดคล้องกับข้อมูลใหม่ เพื่อให้เกิดความมั่นใจอย่างแท้จริงต่อผู้บริโภค และเพื่อเพิ่มความมั่นใจยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม "เกาะติดสถานการณ์ 3-MCPD" ขอเสนออีกทางเลือกหนึ่งให้ผู้ที่ยังชื่นชอบในรสชาติของซอสปรุงรส โดยให้บริโภคซอสปรุงรสในลักษณะเครื่องปรุงรสซึ่งจะมีปริมาณบริโภค



ต่อวันไม่มาก โดยปกติร่างกายคนเรามีกลไกสามารถทำลายสารพิษได้ระดับหนึ่ง วิธีการป้องกันมิให้เกิดปัญหา คือ ไม่บริโภคอาหารนั้นซ้ำๆ บริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ ซึ่งในอาหารเหล่านั้นจะมีสารบางชนิดที่ช่วยร่างกาย ในการลดหรือต้านสารพิษได้อยู่แล้ว เช่น ผักและวิตามินต่างๆ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกาย แข็งแรงก็สามารถต่อต้านสารพิษได้

อ่าน "เกาะติดสถานการณ์ 3-MCPD" แล้ว ท่านให้คำตอบตัวเองได้หรือยังว่าจะบริโภคของส ปรุงรสต่อไปหรือไม่

I เอกสารอ้างอิง

1. WHO Food Additives Series 32 1993 Toxicological evaluation of certain food additives and contaminants.
2. กรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ 2543 ข้อมูลแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2543 การประชุม 3 ครั้ง การดำเนินการของ กองควบคุมอาหาร



โรคอ้วน

และปัญหาการใช้ยาลด ความอ้วนในประเทศไทย

ภญ. อีรพร มโนธรรม
กองควบคุมวัตถุเสพติด

อี บทรายของโรคอ้วน

โรคอ้วนเป็นโรคที่เกิดจากการเสียสมดุลของพลังงานในร่างกาย ผู้ป่วยโรคอ้วนมีลักษณะสำคัญคือ มีไขมันทั่วร่างกายมากกว่าปกติ สาเหตุของโรคอ้วนได้แก่กรรมพันธุ์ โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น cushing syndrome hypothyroidism การรับประทานอาหารที่มีแป้งและไขมันมาก รวมทั้งขาดการออกกำลังกาย และ การใช้ยาบางชนิดติดต่อกันเป็นเวลานานก็อาจทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้

โรคอ้วนนั้นเป็นสาเหตุของปัญหามากมาย และบางครั้งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากผลการสำรวจพบว่าผู้ชายที่มีน้ำหนักตัวสูงกว่าน้ำหนักมาตรฐาน 20% หรือมากกว่า จะมีอัตราตายสูงขึ้น 20% ส่วนผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวสูงกว่าน้ำหนักมาตรฐาน 20% หรือมากกว่า จะมีอัตราตายสูงขึ้น 10%

สาเหตุของการตายที่สูงขึ้น เนื่องมาจากโรคแทรกซ้อนของความอ้วนที่พบบ่อยๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี ส่วนโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบคือ โรคกระดูกเสื่อม โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งบางชนิด

มาตรฐานที่เป็นเครื่องชี้บ่งว่าบุคคลอยู่ในภาวะอ้วนหรือไม่ ในปัจจุบันนิยมใช้ค่าดัชนีมวลร่างกาย (Body Mass Index, BMI) ซึ่งเป็นการคำนวณน้ำหนักที่ยอมรับทางการแพทย์ โดยคำนวณจาก

$$\text{ดัชนีมวลร่างกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

เช่น คนที่สูง 150 ซม. น้ำหนัก 60 กิโลกรัม สามารถคำนวณค่าดัชนีมวลร่างกาย ได้ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ดัชนีมวลร่างกาย (BMI)} &= \frac{60 \text{ กิโลกรัม}}{1.5 \text{ เมตร} \times 1.5 \text{ เมตร}} \\ &= \frac{60}{2.25} \\ &= 26.67 \text{ กิโลกรัม/ตารางเมตร}\end{aligned}$$

จากนั้นนำค่าดัชนีมวลร่างกาย (BMI) มาแปลผลดังนี้

ต่ำกว่า 20	หมายความว่า	น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน
20.0-24.9	หมายความว่า	น้ำหนักปกติ (เมืองไทยใช้ 18.5-24.9)
25.0-29.9	หมายความว่า	น้ำหนักเกิน
30.0-39.9	หมายความว่า	โรคอ้วน
มากกว่า 40	หมายความว่า	โรคอ้วนรุนแรง

หมายเหตุ การคำนวณวิธีนี้ ไม่ใช้กับเด็กที่กำลังเจริญเติบโต สตรีมีครรภ์ และนักกีฬา

วิธีการลดน้ำหนัก

ต้องหาสาเหตุของโรคอ้วนก่อนการรักษา พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนส่วนใหญ่เป็นชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ หรือ essential obesity ซึ่งมีหลักการในการลดน้ำหนักดังนี้

1. ควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การใช้ยาลดความอ้วน
4. การผ่าตัดดูดไขมัน ซึ่งมักใช้ในผู้ป่วยที่อ้วนมากเท่านั้น (BMI > 40 กก/ม²)

หลักการในการใช้ยาลดน้ำหนัก

1. การใช้ยาลดน้ำหนักต้องใช้ร่วมกับการควบคุมอาหารและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอ
2. ยาลดน้ำหนักไม่สามารถทำให้หายจากโรคอ้วนเมื่อหยุดยาลดน้ำหนักจะกลับขึ้นได้อีก
3. ยาลดน้ำหนักควรใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด
4. ยาลดน้ำหนักควรพิจารณาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาในระยะยาวของโรคอ้วน ควรชั่งน้ำหนักระหว่างผลเสียที่อาจจะเกิดจากผลข้างเคียงของยาและผลเสียจากโรคอ้วน
5. ยาลดน้ำหนักสามารถใช้ได้นานตามเท่าที่ยายังคงประสิทธิภาพในการลดน้ำหนักและมีความปลอดภัยจากยา
6. ก่อนที่จะเริ่มใช้ยาลดน้ำหนัก ควรจะให้การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ในกรณีที่หลังให้การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร และ การเปลี่ยนแปลง



พฤติกรรมเป็นเวลา 3 เดือนแล้วน้ำหนักลดลงเกินร้อยละ 10 การใช้ยาลดน้ำหนักจะไม่มีผลจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่นเดียวกับในกรณีที่หลังให้การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเวลา 3 เดือนแล้วน้ำหนักกลับเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม การรักษาด้วยยาลดความอ้วนจะไม่เกิดประโยชน์ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่น้ำหนักจะกลับเพิ่มขึ้นเหมือนเดิมเมื่อหยุดใช้ยา

7. การใช้ยาลดน้ำหนักควรต้องคำนึงถึงการรักษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมไปด้วย ได้แก่ การรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและการหยุดสูบบุหรี่

ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาลดน้ำหนัก

1. BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก/ม² ให้ยาภายหลังจากให้การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 27 กก/ม² ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ให้ยาภายหลังจากให้การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อห้ามใช้ของยาลดน้ำหนัก

1. อายุต่ำกว่า 13 ปี เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับผลของยาต่อการเข้าสู่วัยหนุ่ม-สาว (puberty)
2. หญิงตั้งครรภ์

ประเภทของยาลดน้ำหนัก

ยาลดน้ำหนักที่ใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ตามตำแหน่งการออกฤทธิ์ของยา ได้แก่ ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่สมอง โดยมีผลต่อศูนย์ควบคุมการรับประทานอาหารหรือความอยากอาหารและยาที่ออกฤทธิ์ส่วนนอกสมองได้แก่ยาที่ออกฤทธิ์ที่ระบบลำไส้ยับยั้งการดูดซึมของสารอาหาร

ยาลดความอ้วนซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง

แบ่งออกตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ออกฤทธิ์ผ่าน catecholamine pathways ได้แก่ Amphetamine, Phenmetrazine (ในปัจจุบันยาทั้ง 2 ชนิดนี้เลิกใช้เป็นยาลดความอ้วนแล้ว) Amfepramone, Phentermine, Mazindol, Cathine และ Phenylpropanolamine ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทซิมพาเทติก
2. กลุ่มที่ออกฤทธิ์ผ่าน serotonin pathways ได้แก่ fenfluramine, Dexfenfluramine ยาในกลุ่มนี้จะไม่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทซิมพาเทติก

แต่เดิมได้มีการควบคุมยาลดความอ้วนซึ่งออกฤทธิ์ที่สมองโดยกฎหมาย 2 ฉบับ โดยพิจารณาจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและพิษวิทยาเป็นหลัก

1. ยาลดความอ้วนกลุ่มที่ควบคุมโดยพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ได้แก่ Amfepramone, Phentermine, Mazindol, Cathine

2. ยาลดความอ้วนกลุ่มที่ควบคุมโดยพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ได้แก่ fenfluramine และ Dexfenfluramine

แต่ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีมติให้เพิกถอนใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับทุกตำรับที่มี fenfluramine

และ Dexfenfluramine ผสมอยู่ ตั้งแต่เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2543 ทั้งนี้เนื่องจากแม้ว่าการใช้ยา phentermine และ fenfluramine ร่วมกันจะเกิดการเสริมฤทธิ์ทำให้ความอยากอาหารลดลงมากเพราะกลไกการออกฤทธิ์ต่างกัน แต่พบว่าผู้ที่ใช้ยาทั้งสองชนิดร่วมกันเป็นเวลานานจะมีความเสี่ยงต่อโรคคลื่นหัวใจเพิ่มขึ้นคือ 18 ราย/1 ล้านคน/ปี ซึ่งสถิติทั่วไปคือ 1-2 ราย/1 ล้านคน/ปี และพบว่าการใช้ fenfluramine หรือ Dexfenfluramine เพียงชนิดเดียว ก็อาจทำให้เกิดคลื่นหัวใจผิดปกติได้ด้วย ในขณะนี้ยังไม่พบรายงานความสัมพันธ์ของ phentermine กับอาการคลื่นหัวใจผิดปกติ

อี บทรายจากการใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์

เป็นเวลานานกว่า 50 ปีมาแล้วที่มีการนำเอา Amphetamine มาใช้เป็นยาลดความอ้วน หลังจากนำมาใช้ไม่นานก็มีการพัฒนาค้นพบ dextrorotatory isomer ของ Amphetamine ขึ้นมาใช้แทน ซึ่งในการค้นพบครั้งนี้พบว่านอกจากมีฤทธิ์ในการลดความอยากอาหารแล้วยังพบว่ามีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและที่ทำให้เคลิบเคลิ้มเป็นสุข ด้วยเหตุนี้ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้เลิกใช้ Amphetamine และ stereoisomer ทุกตัวเป็นยาลดความอ้วนและมีการจำกัดการนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ยาลดความอ้วนที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมีคุณสมบัติในการกระตุ้นประสาทส่วนกลางน้อยกว่า Amphetamine มาก ได้แก่ Amfepramone, Phentermine, Mazindol, Cathine แต่ทุกตัวก็จะทำให้ผู้รับประทานเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพหากไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากแพทย์ อาการ ที่พบคือนอนไม่หลับ กระวนกระวาย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง เหงื่อออก คลื่นไส้ ท้องผูก

บี มาตรการควบคุมยาลดความอ้วน ในประเทศไทย

ยาลดความอ้วน Amfepramone, Phentermine, Mazindol, Cathine ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางได้ถูกยกระดับขึ้นเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ในปี พ.ศ. 2536 (จากเดิมจัดเป็นประเภท 3 และ 4) ซึ่งกฎหมายระบุห้ามมิให้ผู้ใดผลิต ขาย นำเข้า และส่งออก ยกเว้นกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการกระจายยาลดความอ้วนกลุ่มดังกล่าวทำโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้นำส่งผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปจากต่างประเทศเข้ามาในประเทศไทยแต่เพียงผู้เดียว แล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลและคลินิกต่างๆ ตามคำขอซื้อของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งจะเป็นผู้พิจารณาสั่งจ่ายยาลดความอ้วนแก่ผู้ป่วยของตน ดังนั้นยาลดความอ้วนจะถึงมือประชาชนได้ก็ต่อเมื่อแพทย์พิจารณาว่าเห็นควรสั่งจ่ายได้เท่านั้น

พบว่า การนำเข้ายาลดความอ้วนกลุ่มที่เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2536 นอกจากนั้นกองควบคุมวัตถุเสพติดยังได้รับการร้องเรียนจากผู้ปกครองของเยาวชนเพศหญิงที่ได้รับอันตรายจากการซื้อยาลดความอ้วนจากคลินิกเอกชนแห่งหนึ่งมารับประทานเอง ถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล จากเหตุผลดังกล่าว กองควบคุมวัตถุเสพติดจึงทำการเก็บข้อมูลจากการออกสำรวจสถานพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล (การวิจัยดังกล่าว มีระยะเวลา ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2537 ถึงพฤษภาคม 2539) พบว่า มีการจ่ายยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ให้ประชาชนโดยไม่ได้รับการตรวจ



ร่างกายจากแพทย์ในอัตราร้อยละ 59.7 ของกลุ่มตัวอย่าง

ขณะออกเก็บข้อมูลพบสถานพยาบาลที่แพทย์ไม่อยู่ปฏิบัติการมีจำนวน 7 แห่งจาก 67 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.4 หรือแม้ว่าแพทย์จะอยู่ปฏิบัติการแต่ประชาชนสามารถซื้อยามารับประทานเองได้ โดยแพทย์เป็นผู้ขายยาให้กับผู้ที่ต้องการซื้อโดยเพียงบอกชื่อยาหรือนำตัวอย่างยาไปให้ดูเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องมีประวัติผู้ป่วยหรือได้รับการตรวจร่างกายแต่อย่างใด

ผลการวิจัยที่พบข้างต้นนี้สอดคล้องกับรายงานการวิจัยเกี่ยวกับยาลดความอ้วนที่เสนอในการประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญด้านสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ครั้งที่ 2 ขององค์การสหประชาชาติ ณ นครเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 25-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2539 ซึ่งกล่าวว่า "ตั้งแต่เริ่มปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมาได้มีการเฝ้าติดตาม สังเกตว่ามีการบริโภคยาลดความอ้วนกลุ่มแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากในหลายๆประเทศ และเมื่อเร็วๆ นี้มีรายงานการเริ่มนำไปใช้ในทางที่ผิดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นสัญญาณแสดงว่าการเพิ่มขึ้นทั้งสองอย่างนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกันและจากการรายงานเกี่ยวกับผู้ใช้ยาในทางที่ผิดพบว่าสารที่นำไปใช้เหล่านี้ไม่ได้มีเพียงได้ยามาจากการสั่งจ่ายยาโดยไม่เหมาะสมของแพทย์และเภสัชกรเท่านั้น แต่ยังสามารถได้ยามาจากตลาดมืด ซึ่งมีการกระจายยาในช่องทางที่ผิดกฎหมายอีกด้วย" องค์การสหประชาชาติ จึงแนะนำให้ประเทศต่างๆ ควรมีระบบเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด ขณะเดียวกันก็ให้มีการจัดการส่งเสริมให้บุคลากรในวงการแพทย์และเภสัชกรรม รวมทั้งประชาชนทราบ เพื่อช่วยกันหลีกเลี่ยงและจำกัดการสั่งจ่ายยาลดความอ้วนอย่างไม่เหมาะสม

จากการสำรวจของกองควบคุมวัตถุเสพติดพบว่าการจ่ายยาลดความอ้วนจากสถานพยาบาลเอกชน โดยจัดไว้เป็นชุดให้รับประทานเหมือนกันในแต่ละวัน ประกอบด้วยยาอื่นๆ ด้วยประมาณ 1-6 รายการ จากกลุ่มยาดังต่อไปนี้

1. กลุ่มแอมเฟตามีน โดยยาจะออกฤทธิ์กระตุ้นศูนย์ควบคุมความอิ่มทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร
2. Fenfluramine และ dexfenfluramine ยาจะลดการทำงานของศูนย์ควบคุมความหิว ทำให้ไม่อยากอาหาร
3. ธีรรอยด์ฮอร์โมน เป็นยาที่เพิ่ม metabolic rate ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดผลข้างเคียงหลายอย่าง เช่น น้ำหนักที่ลดลงเป็นน้ำหนักที่ลดลงที่เกิดจาก lean body mass แทนที่จะเป็นไขมัน ทำให้เกิด negative nitrogen balance ได้ และยังมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ เช่น ทำให้ใจสั่น เพิ่ม stroke volume และเพิ่ม pulse pressure เป็นต้น การใช้ยานี้ร่วมกับ phentermine น่าจะเป็นข้อควรระวังอย่างยิ่ง เนื่องจากยา phentermine นั้น มีข้อห้ามใช้กับผู้ป่วยที่มีโรค hyperthyroidism เพราะอาจจะไปเสริมฤทธิ์กันสำหรับผลข้างเคียงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้
4. ยาขับปัสสาวะ มีผลต่อการสูญเสียน้ำในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหิวเนื่องจากน้ำหนักลดหลังจากใช้ยา





5. ยาถ่ายหรือยาระบาย จะกระตุ้นลำไส้ให้บีบตัวทำให้ถ่ายมากหรือบ่อยขึ้น ทำให้สูญเสียน้ำและเกลือแร่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผอมลงเร็วเนื่องจากน้ำหนักลดหลังจากใช้ยา

6. วิตามิน ยานี้ให้เพื่อลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาคือการขาดวิตามิน เนื่องจากรับประทานอาหารน้อยลงและการใช้ยาระบาย

7. ยากลุ่ม β -blockers เช่น propranolol ยาจะลดอาการใจสั่นที่เป็นผลข้างเคียงของยากลุ่มอนุพันธ์แอมเฟตามีน และธัยรอยด์ฮอร์โมน ยากลุ่มนี้ปกติจะใช้เพื่อการรักษาความดันโลหิตสูง ยาออกฤทธิ์ยับยั้ง sympathomimetic effect ที่หัวใจ จะลด cardiac output ลดอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

8. ยานอนหลับ เช่น diazepam เนื่องจากผลข้างเคียงของยากลุ่มอนุพันธ์แอมเฟตามีนซึ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำใหนอนไม่หลับ จึงมีการจ่ายยานี้ร่วมด้วย

จากข้อมูลการเก็บตัวอย่างของกองควบคุมวัตถุเสพติดในสถานพยาบาลเอกชน พบว่าการจ่ายยาของแพทย์เพื่อลดน้ำหนัก มีรูปแบบหลายอย่าง ตัวอย่างเช่น

รูปแบบที่ 1	ที่แพทย์ให้ร่วมกัน คือ Phentermine, bisacodyl (ยาระบาย), diazepam และ vitamin
รูปแบบที่ 2	Phentermine, thyroxine (ธัยรอยด์ฮอร์โมน), hydrochlorothiazide (HCTZ, ยาขับปัสสาวะ), benzodiazepine (ลดอาการวิตกกังวล) และ senna (ยาระบาย)
รูปแบบที่ 3	Phentermine, propranolol, diazepam, HCTZ
รูปแบบที่ 4	Phentermine, propranolol, diazepam, Thyroid extract (ธัยรอยด์ฮอร์โมน), bisacodyl (ยาถ่าย), furosemide (ยาขับปัสสาวะ)
รูปแบบที่ 5	Phentermine, fenfluramine, thyroxine เป็นต้น

ในปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นไทยจำนวนมากโดยเฉพาะสตรีนิยมใช้ยาลดความอ้วนในการลดน้ำหนัก และมีค่านิยมที่จะต้องมียูปร่างผอมมากจึงจะเรียกว่ามีรูปร่างดีและเสื้อผ้าที่เรียกว่าทันสมัยในปัจจุบันก็มีขนาดเล็กมาก ทำให้ผู้ที่ไม่นิยมออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักหันมาเข้าคลินิกลดความอ้วนซึ่งมีเปิดบริการเพิ่มขึ้นมากในขณะนี้

การใช้ยาลดความอ้วนตามหลักที่ถูกต้องมีหลักการดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่จากการสำรวจพบว่า การเปลี่ยนการควบคุมให้ยาลดความอ้วนกลุ่มแอมเฟตามีนที่ให้จ่ายได้เฉพาะในสถานพยาบาล โดยแพทย์เท่านั้น โดยยกระดับขึ้นมาเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2 นั้น พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้อย่างไม่ถูกหลักการแพทย์ยังมีอยู่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาซึ่งเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบกำลังดำเนินการแก้ปัญหาเพื่อให้มีการใช้ยาในประเทศอย่างถูกต้องและลดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เนื่องจากยาลดความอ้วนกลุ่มนี้เป็นยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศทั้งหมดจึงเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจประการหนึ่ง และการที่ประชาชนบริโภคยาเกินความจำเป็นนั้นเป็นสิ่งที่อันตรายอย่างยิ่งต่อสุขภาพด้วย

h นังสืออ้างอิง

1. น.พ. ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิก ครั้งที่ 2/2543 เรื่อง New Drug and Novel Concepts วันที่ 22-26 พฤศจิกายน 2542
2. จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และ รัชณี เมฆมณี (บรรณาธิการ). "ยาลดความอ้วน" เภสัชวิทยาเล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ: บริษัทนิวไทรมิตร การพิมพ์ (1996) จำกัด. 2540.
3. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การศึกษาวิจัย เรื่อง "การศึกษาระบบควบคุมของกระทรวงสาธารณสุขต่อการใช้อยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในสถานพยาบาลเอกชน" มกราคม 2540



รายงาน

การวิจัย



งานวิจัยเรื่อง :

การศึกษาการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบน
ฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของ
ประชาชนในพื้นที่เขตเมืองในประเทศไทย*

A Study of acquisition and utilization of information health
product labels of people in urban area in Thailand

ผู้วิจัย : ผศ.จินดา บุญช่วยเกื้อกูล **
นางจินตนา เทียมทิพร***
นายวิศิษฐ์ นิยะมาดา****
นางสาวทิพากร มีใจเย็น*****
นายวิษณุ โรจน์เรืองโร*****



U ทศดัยอ :

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน จำแนกตามประเภทของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) ศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน จำแนกตามประเภทของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้ คือ ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่ประชาชนมีการรับรู้มากที่สุดคือ วันเดือนปีที่หมดอายุ กลุ่มผลิตภัณฑ์ยาคือ วิธีการใช้ กลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางคือ ชื่อผลิตภัณฑ์ กลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์คือ วิธีการใช้ กลุ่มผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายและกลุ่มผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติดคือ คำเตือน/ข้อระวัง ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหาร กลุ่มผลิตภัณฑ์ยา กลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง และกลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ที่ประชาชนมีการรับรู้น้อย

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
*** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพลศึกษากรุงเทพ
**** ผู้ช่วยผู้อำนวยการวิทยาลัยพลศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร
***** กองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ที่สุดคือ วิธีการเก็บรักษา กลุ่มผลิตภัณฑ์วัตถุดิบรายคือ ผู้ผลิต/สถานที่ผลิต และกลุ่มผลิตภัณฑ์วัตถุดิบรายคือ ปริมาณบรรจุ/ปริมาณสุทธิ ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่ประชาชนใช้ประโยชน์มากที่สุดคือ วันเดือนปีที่หมดอายุ กลุ่มผลิตภัณฑ์ยา กลุ่มผลิตภัณฑ์วัตถุดิบรายและผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ คือ วิธีการใช้ กลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องมือสำอางและกลุ่มผลิตภัณฑ์วัตถุดิบรายคือ ชื่อผลิตภัณฑ์ ข้อมูลบนฉลาก ผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกกลุ่มที่ประชาชนใช้ประโยชน์น้อยที่สุดคือ ผู้ผลิต/สถานที่ผลิต ประชาชนในพื้นที่เขตเมืองในประเทศไทยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน มีการรับรู้และใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพแตกต่างกัน และการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ เนื่องจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบให้ต้องเร่งรีบแข่งขันกับเวลา ด้วยข้อจำกัดทางด้านเวลาและภารกิจดังกล่าวทำให้ผู้บริโภคจะเล่ายการซื้อหาข้อมูลของสินค้าและบริการ ทำให้มีโอกาสถูกเอาเปรียบหรืออาจได้รับสินค้าและบริการที่ไม่ตรงตามความต้องการหรืออาจได้รับอันตรายจากสินค้าและบริการ หรือได้รับสินค้าและบริการที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ประกอบการมีการผลิตสินค้าออกมาจำหน่ายมากมายในท้องตลาด โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุดิบราย และวัตถุดิบราย ซึ่งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่วางจำหน่ายให้ท้องตลาดนั้นมีทั้งที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและที่มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐานเพราะเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดยผู้ประกอบการที่ขาดความรับผิดชอบต่อผู้บริโภค มุ่งหวังเพียงแต่ผลกำไร อย่างไรก็ตามสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดให้มีการแสดงฉลากของผลิตภัณฑ์เพื่อบอกรายละเอียดที่สำคัญและจำเป็นของผลิตภัณฑ์เหล่านั้นสำหรับให้ผู้บริโภคใช้ประกอบการตัดสินใจซื้อหรือเลือกใช้ และลดความเสี่ยงของประชาชน ที่อาจได้รับพิษภัยจากการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพเหล่านี้ เพราะการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ อันจะนำมาซึ่งปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในปัจจุบัน อาทิ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง เป็นต้น อนึ่งในการจะป้องกันและลดปัญหาสาธารณสุขดังกล่าวจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านควบคู่กันไปกล่าวคือ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการคุ้มครองผู้บริโภคจะต้องควบคุม ดูแล ตรวจสอบและกำกับให้ผู้ผลิตผลิตสินค้าที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องดำเนินการด้านการพัฒนาศักยภาพของผู้บริโภคให้มีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมทั้งสามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกซื้อหรือเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์ โดยแหล่งข้อมูลหนึ่งที่ผู้บริโภคสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างสะดวกและเป็นข้อมูลที่ใกล้ตัวคือฉลากผลิตภัณฑ์ เพราะนอกจากจะมีพระราชบัญญัติฉบับต่างๆ ที่ใช้ในการควบคุมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายโดยตรงแก่ผู้บริโภคไม่ว่าจะผลิตภายในประเทศหรือนำสั่งจากต่างประเทศต้องแสดงข้อความในฉลากเป็นภาษาไทยแล้วพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2542



ยังได้กำหนดให้ผู้ผลิตต้องแจ้งข้อมูลที่เป็นจริงของสินค้าบนฉลากผลิตภัณฑ์ รวมทั้งระบุข้อความอันจำเป็นเพื่อให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับสินค้า ดังนั้นการศึกษาการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนจึงมีความสำคัญเพื่อให้ทราบข้อมูล



พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้บริโภคในด้านการรับรู้และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนดำเนินงานบริโภคศึกษาทั้งด้านการเผยแพร่ความรู้ การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภค การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค การบริการสารสนเทศ ตลอดจนการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้บริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกซื้อและเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้บริโภคมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นประชากรที่มีสุขภาพดีอันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน จำแนกตามประเภทของผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. เพื่อศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน จำแนกตามประเภทของผลิตภัณฑ์สุขภาพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนในพื้นที่เขตเมืองในประเทศไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ ลักษณะทางชีวสังคมของประชากรคือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพและการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์อาหาร ผลิตภัณฑ์ยา ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย และผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด ที่อยู่ในความควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการระลึก จดจำข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

การใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง การนำข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ

U ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ผลจากการวิจัยจะทำให้ทราบว่า ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือไม่เพียงใด
2. ผลจากการวิจัยจะทำให้ทราบว่า การรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือไม่เพียงใด
3. ผลจากการวิจัยจะเป็นข้อมูลในการเสนอแนะแนวทางการรณรงค์การใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ
4. ผลจากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

วิ ธิดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตเมืองในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,520 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ เรื่อง การรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ทำการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย และจัดอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัย วิธีการสัมภาษณ์
2. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS for MS Window เลือกใช้สถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละส่วนดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา คือ อธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูลในด้านต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และอาชีพ การรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพและการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลาก

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการใช้ตารางแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. การทดสอบสมมติฐาน

2.1 การเปรียบเทียบการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในแต่ละกลุ่มผลิตภัณฑ์และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในแต่ละกลุ่มผลิตภัณฑ์ของประชาชนในพื้นที่เขตเมืองในประเทศไทยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน ใช้การทดสอบค่าที (t - test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) ถ้าพบว่ามีค่าเฉลี่ยอย่างน้อยหนึ่งคู่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการเปรียบเทียบพหุคูณ ด้วยวิธีการทดสอบของเชฟเฟ (Scheffe')

2.2 การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

III การวิจัยและวิจารณ์

1. การรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ประชาชนมีการรับรู้มากที่สุดในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารคือ วันเดือนปีที่หมดอายุ ส่วนข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่มีการรับรู้น้อยที่สุดคือ วิธีการเก็บรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการอ่านฉลากก่อนซื้อของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอย่างต่อเนื่องในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาผ่านสื่อมวลชนต่างๆ จึงทำให้ประชาชนมีความเข้าใจและรับรู้ข้อมูลส่วนนี้มากขึ้น โดยเฉพาะการรณรงค์ผ่านสื่อโทรทัศน์ เพราะโทรทัศน์เป็นสื่อบันเทิงชนิดที่มีทั้งเสียงและภาพเคลื่อนไหวที่มีราคาและค่าใช้จ่ายในการรับชมถูกที่สุด และเป็นสื่อที่ใช้ความพยายามน้อย (Low effort) และใช้ทักษะต่ำ (Low skills) ในการเปิดรับ ส่วนข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร กลุ่มผลิตภัณฑ์ยา เครื่องสำอาง และเครื่องมือแพทย์ ที่ประชาชนมีการรับรู้น้อยที่สุดคือ วิธีการเก็บรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรณรงค์เพื่อการอ่านฉลากของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในช่วงที่ผ่านมานั้นมักการเน้นในเรื่องข้อมูลวันเดือนปีที่หมดอายุและวิธีการใช้ จึงอาจทำให้ไม่ได้เน้นข้อมูลอื่นๆ ซึ่งก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ข้อค้นพบในครั้งนี้จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจเพราะผลิตภัณฑ์เหล่านี้หากเก็บรักษาไม่ถูกวิธีอาจเสื่อมคุณภาพได้ง่ายก่อนถึงวันหมดอายุ ดังนั้นจึงควรรณรงค์ในเรื่องนี้ให้ปรากฏในสื่อโฆษณาเผยแพร่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ออกสู่สาธารณชนให้มากขึ้นด้วย ด้านการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารนั้น ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลที่ประชาชนมีการใช้ประโยชน์มากที่สุดคือ วันเดือนปีที่หมดอายุ และข้อมูลที่ใช้ประโยชน์น้อยที่สุดคือ ผู้ผลิต/สถานที่ผลิต ทั้งนี้คาดว่าอาจเนื่องมาจากข้อมูลของผู้ผลิต/สถานที่ผลิตเป็นเรื่องที่ไกลตัวเกินไปมากกว่าข้อมูลอื่นๆ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในทันที ประชาชนจึงใช้ประโยชน์จากข้อมูลนี้น้อยที่สุด แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลผู้ผลิต/สถานที่ผลิตบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์นั้นก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าข้อมูลอื่นๆ จึงควรให้มีการพัฒนาให้ผู้บริโภคตระหนักถึงความสำคัญของการอ่านข้อมูลผู้ผลิต/สถานที่ผลิตบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ด้วย ผลจากการวิจัยในส่วนการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผลิตภัณฑ์ยาและกลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ พบว่า ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์ทั้งสองกลุ่มดังกล่าวที่ประชาชนมีการรับรู้มากที่สุดคือ วิธีการใช้ อาจเนื่องมาจากความรู้สึกว่ายายาและเครื่องมือแพทย์นั้นเป็นผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สุขภาพ และความเป็นความตาย

หากใช้ผิดวิธีหรือไม่อ่านวิธีการใช้ก่อนก็อาจเกิดอันตรายได้ง่าย จึงส่งผลให้ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลวิธีการใช้บนฉลากผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมากที่สุด ส่วนการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์ยาและผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์นั้นพบว่าข้อมูลที่ประชาชนมีการใช้ประโยชน์มากที่สุดคือ วิธีการใช้ ทั้งนี้เนื่องจากผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ยังนับเป็นสินค้าที่มีความเสี่ยงในการใช้สูง ซึ่งจัดเป็นสินค้าที่ทำให้ต้องมีการตัดสินใจซื้อและในกระบวนการตัดสินใจซื้อที่ซับซ้อน ดังนั้นผู้บริโภคจะมีการแสวงหาข่าวสารมากขึ้น ส่วนการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง พบว่า ข้อมูลที่ประชาชนมีการรับรู้มากที่สุดคือ ชื่อผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอิทธิพลของการโฆษณาเครื่องสำอางในสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อที่ผู้บริโภคมีความถี่ในการเปิดรับสูงที่สุดคือ โทรทัศน์ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ อัญชนิ วิษยาภัย บุนนาค (2540:105) ที่พบว่า การบริโภคเครื่องสำอางของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาข่าวสารจากข่าวประเภทใกล้เคียง และการแสวงหาข่าวสารจากนิตยสาร เพื่อน และสินค้าที่วางโชว์ในร้าน ซึ่งการโฆษณาสินค้าผ่านสื่อดังกล่าวผู้ประกอบการมักจะเน้นที่ชื่อของผลิตภัณฑ์หรือยี่ห้อเครื่องสำอางมากกว่าชนิดของผลิตภัณฑ์ และบนฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางเองก็มักพบว่า ชื่อผลิตภัณฑ์หรือยี่ห้อของเครื่องสำอาง มักใช้ตัวอักษรในขนาดใหญ่ และสีเส้นที่เด่นกว่าข้อมูลอื่นๆ บนฉลาก ซึ่งเป็นกลยุทธ์ทางการโฆษณาและทางการตลาดของผู้ผลิตที่เน้นให้ผู้บริโภคมีความภักดีในยี่ห้อหรือตราสินค้าของบริษัท และเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกซื้อเครื่องสำอางโดยตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่จะทำให้ตนเองดูดีขึ้น ผลการวิจัยในส่วนการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย และกลุ่มผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด พบว่า ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์ทั้งสองกลุ่มดังกล่าวที่ประชาชนมีการรับรู้มากที่สุดคือ คำเตือน/ข้อระวังอาจเป็นเพราะผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายและวัตถุเสพติด เป็นผลิตภัณฑ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้หรือการบริโภคได้มากและเห็นผลเร็วกว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มอื่นๆ ประชาชนจึงมีความระมัดระวังในการใช้ผลิตภัณฑ์ ทั้งสองกลุ่มดังกล่าวมากกว่าการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย และผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติดนั้น พบว่า ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ประชากรมีการใช้ประโยชน์มากที่สุดคือ ชื่อ ผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย เป็นผลิตภัณฑ์ซึ่งผู้บริโภคตระหนักถึงอันตรายในการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ดังนั้นในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวผู้บริโภคจึงให้ความสำคัญในชื่อผลิตภัณฑ์ที่ตนเองมีความเชื่อถือ และมั่นใจว่าปลอดภัยในการใช้จึงทำให้ผู้บริโภคมีการใช้ประโยชน์ข้อมูลชื่อผลิตภัณฑ์มากที่สุด



2. ลักษณะชีวสังคมของประชาชนกับการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ด้านตัวแปรเพศ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนเพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพแตกต่างกันในสองกลุ่มผลิตภัณฑ์คือ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางพบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์มากกว่าเพศชาย และผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด พบว่าเพศชายมีการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์มากกว่าเพศหญิง ผลการวิจัยส่วนนี้ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของลักษณะเฉพาะของเพศ กล่าวคือ โดยธรรมชาติ เพศหญิงส่วนใหญ่จะมีความรักสวยรักงาม จึงมีความเกี่ยวข้องกับ



ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มักจะชอบสิ่งที่ท้าทาย โลดโผน สมบุกสมบัน และแสดงให้เห็นถึงความเป็น ชายและเพศชายจะมีโอกาสเกี่ยวข้องและใช้วัตถุดังกล่าวมากกว่า เพศหญิง เพศชายจึงมีการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด มากกว่าเพศหญิง ส่วนการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์พบว่า เพศหญิงมีการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมากกว่า เพศชายในเกือบทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์ ผลการวิจัยนี้ทั้งนี้อาจอธิบายได้จาก ข้อมูลเชิงประจักษ์ในสังคมไทยที่พบว่า ครอบครัวไทยส่วนใหญ่เพศหญิง มักมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจซื้อเครื่องครัว ผ้าผืน อาหาร และสินค้าเบ็ดเตล็ดที่ใช้ในครัวเรือน การที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวได้ดี จำเป็นต้องหาข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจซื้อ ซึ่งฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ก็เป็นแหล่งข้อมูลภายนอกแหล่งหนึ่ง ที่สามารถหา ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในบางกลุ่มมีการโฆษณามาก จึงทำให้เพศหญิงมีการใช้ประโยชน์ของข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ มากกว่าเพศชาย

ตัวแปรด้านอายุ ประชาชนที่มีอายุน้อยมีการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก อาจเนื่องมาจากประชาชนกลุ่มนี้อยู่ในวัยรุ่น และวัยเริ่มต้นการทำงาน และการสร้างชีวิตครอบครัว จึงให้ความสนใจต่อสิ่งต่างๆ มากกว่าวัยที่สูงอายุกว่า นอกจากนี้การรณรงค์ อย่างต่อเนื่องของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทั้งในแง่ของการจัดกิจกรรมรณรงค์ในจังหวัดต่างๆ รณรงค์ผ่านสื่อมวลชนทางโทรทัศน์ ก็อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนในวัยนี้มีการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ประชาชนที่มีอายุ 15-20 ปี และ 21-35 ปี มีการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์มากกว่าประชาชนในวัยอื่นๆ

ตัวแปรด้านการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีการศึกษาระดับสูง มีการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์มากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวความคิดของ โอริเอม ว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลแตกต่างกัน ส่วนใหญ่บุคคลที่มีการศึกษาน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้องได้ดีกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า เพราะการศึกษามากปีทำให้จิตลักษณะหลายด้านของบุคคลพัฒนาขึ้นพร้อมกัน จนเป็นพลังผลักดันให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญของตนให้เหมาะสมได้มากขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสาร

นั้นในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม

ตัวแปรด้านอาชีพ ประชาชนที่มีอาชีพพนักงานเอกชนมีการรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ในทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์มากกว่าประชาชนที่มีอาชีพอื่นๆ เกือบทุกอาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มิอาชีพ พนักงานบริษัทเอกชนนั้นส่วนใหญ่มักจะมีเวลากระตือรือร้นและสนใจแสวงหาสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ และเป็นอาชีพที่ต้องใช้ข้อมูลข่าวสารในการตัดสินใจ ซึ่งลักษณะนิสัยเช่นนี้ย่อมส่งผลให้นำมาใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันด้วย และผลิตภัณฑ์สุขภาพก็เป็นสิ่งใกล้ตัวในชีวิตประจำวัน ทำให้ประชาชนที่มีอาชีพพนักงาน บริษัทเอกชนมีความสนใจใคร่รู้รายละเอียดต่างๆ บนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงมีการรับรู้ข้อมูลบนฉลาก ผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์มากกว่าประชาชนในอาชีพอื่นๆ เกือบทุกอาชีพ สำหรับการใช้อย่างไร ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นก็พบว่าสอดคล้องกัน โดยส่วนใหญ่แล้วประชาชนที่มีอาชีพข้าราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ นักเรียน/นักศึกษา และพนักงานบริษัทเอกชน มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์ สุขภาพในกลุ่มต่างๆ มากกว่าประชาชนในอาชีพอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันมีผล กระทบต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของผู้บริโภค ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจตกต่ำดังกล่าวส่งผลให้ บริษัทเอกชนมีการปลดพนักงานออกเป็นจำนวนมาก และยังมีแนวโน้มจะปลดไปเรื่อยๆ หรือบางแห่งมี เป้าหมายจะลดพนักงานลงอีกถึงประมาณร้อยละ 30 ผู้วิจัยจึงคาดว่าจากสภาวะความไม่แน่นอนต่อการมีงานทำ หรือการตกงานของตนเอง อาจมีส่วนทำให้พนักงานบริษัทเอกชนมีความสนใจใคร่รู้และศึกษาข้อมูลบนฉลาก ผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้นก่อนการตัดสินใจซื้อ เพื่อให้คุ้มค่างบเงินที่จ่ายไป จากเหตุผลดังกล่าวจึงอาจส่งผลให้ ประชาชนที่มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนมีการรับรู้และใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพใน ทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์มากกว่าประชาชนในอาชีพอื่นๆ เกือบทุกอาชีพ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูล บนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายเรื่อง อาทิ ละเอียด หัสดี (2538:149-153) พบว่า การรับรู้มีความ สัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานของแม่บ้าน อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก และระเด่น หัสดี และคณะ (2540:274-284) พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก กับพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่ได้มาตรฐานของแม่บ้าน 4 ภาค ในประเทศไทย และจินดา บุญช่วยเกื้อกุล (2542:467) พบว่า การรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารของประชาชนในพื้นที่ เขตเมืองในประเทศไทยมีความ สัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร นิสากร ตันลาพุดม (2538:บทคัดย่อ) พบว่า การรับรู้และการจดจำสารโฆษณาประเภทยาแก้ปวดลดไข้ทางโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการซื้อและ การใช้ยาแก้ปวดลดไข้ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตกรุงเทพมหานคร และสอดคล้อง กับผลการวิจัยของอัญชนี วิชยาภัย บุญนาค (2540:105) ที่พบว่า การแสวงหาข่าวสารประเภทบันเทิง การแสวงหาข่าวสารจากวิทยุ บุคคลในครอบครัว และคำบรรยายที่หีบห่อมีความสัมพันธ์กับการบริโภค ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของผู้บริโภค ในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด ซึ่งพอสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับข่าวสารเรื่องโรคหรืออันตราย บุคคลจะรับรู้ จากนั้นก็จะมีการประเมินอันตรายและตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรต่อไป ดังนั้นการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูล บนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กัน

บี อเสนอแนะทั่วไป

1. ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์น้อยกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า ดังนั้นในการรณรงค์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรเน้นไปที่ประชาชนกลุ่มนี้ให้มากขึ้น เนื่องจากบุคคลดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสทางการศึกษาในระบบโรงเรียนอยู่แล้ว จึงควรได้รับการช่วยเหลือในด้านการเพิ่มพูนความรู้ที่จำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งความรู้ในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพก็นับเป็นความรู้พื้นฐานประการหนึ่งเช่นกัน

2. ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์กันในทุกผลิตภัณฑ์ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเร่งส่งเสริมการรณรงค์ความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทต่างๆ ให้มากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยต่างๆ พบว่า ความรู้จะส่งผลต่อการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ดีขึ้นและทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้องเชื่อถือได้จากหน่วยงานภาครัฐ มิใช่เพียงแต่รับรู้จากสื่อโฆษณาสินค้าของบริษัทผู้ผลิตเท่านั้น

บี อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ควรได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ให้ความสนใจศึกษาการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์มาพอสมควร แต่ส่วนใหญ่ศึกษาเฉพาะประชาชนในเขตเมือง ทั้งนี้เนื่องมาจากข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณและเวลา

บรรณานุกรม

- จินดา บุญช่วยเกื้อกูล และคณะ. 2542. การศึกษาการรับรู้และการใช้ประโยชน์ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารของประชาชนในพื้นที่เขตเมืองในประเทศไทย. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. กระทรวงสาธารณสุข.
- ชัยยุทธ กุลด้วงวัฒนา. 2538. หลักและวิธีการสอน. กรุงเทพฯ : ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชวิถี.
- นิศากร ตัณลาพุดม. 2538. การรับรู้และจดจำภาพยนตร์โฆษณาทางโทรทัศน์และพฤติกรรมการซื้อและการใช้ยาแก้ปวดลดไข้ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระเด่น หัสดี สว่างบุญ ดวงคำสวัสดิ์ และ ณรงค์ ทองสันติ. 2540. การพัฒนาพฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้าน 4 ภาคของประเทศไทย. การประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 8 ปฏิรูปสุศึกษาเพื่อพัฒนา สังคมไทย.
- ละเอียด หัสดี. 2538. ผลของโปรแกรมสุศึกษาในพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของแม่บ้าน อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. การประชุมวิชาการสุศึกษา แห่งชาติครั้งที่ 7 สุศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุภาพในยุคโลกาภิวัตน์.
- สิทธิโชค สวัสดิ์วัฒน์. 2541. การเปิดรับโฆษณา ทศนคติ และการตัดสินใจซื้อเครื่องสำอาง. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัษฎณี วิชยาภัย นูนาค. 2540. การแสวงหาข่าวสาร ทศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตร์พัฒนาการ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ประสิทธิผลการจัดอบรมแบบเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงเรียนระดับ มัธยมศึกษาอำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร ปี 2543

The Effectiveness to Learning Participation about Public Health
Consumer Control in Mattayom School, Songdao District,
Sakolnakorn Province, 2543

สันธิติ ปาระพิมพ์
Santhiti Parapim
อภิญา หาญสุริย์
Apinya Hansuri

วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์)
B. Sc.(Ph.)^{*}
วท.บ.(เภสัชศาสตร์)
B. Sc.(Pharm)**

U นกัถยอ

การศึษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบองค้ความรุ้ และเปรียบเทียบระดับความรุ้ของเยาวชน ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในอำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร โดยการจ้ดอบรม และทดสอบความรุ้ก่อนและหลังอบรมนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 9 โรงเรียนๆ ละ 5 คนรวม 45 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกโดยโรงเรียน รูปแบบการจ้ดอบรมเป็นลักษณะเรียนรู้ซึ่งกัน และกัน วิทยากรสรุปในตอนท้าย จ้ดอบรมในวันที่ 3 สิงหาคม 2543

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนทดสอบเฉลี่ยหลังอบรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม (16.71 และ 14.16 ตามลำดับ) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบระหว่างเพศ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลัง อบรมระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.031) ในด้านความแตกต่างระหว่างชั้นเรียนโดยรวม คะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรมพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.020) โดยมีตัวแปรอย่างน้อย 1 คู่มีความแตกต่างกันและในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างชั้นคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรม พบว่า นักเรียนชั้น ม.1 แตกต่างจากนักเรียนชั้น ม.2, ม.3, ม.4, ม.5 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (p=0.048, 0.027, 0.012 และ 0.033 ตามลำดับ)

^{*} สำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร

^{**} โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร

A bstract

The objective of this study was to access and compared the knowledge in secondary students about health consumer control in Songdao district, Sakolnakorn Province, 2543. This study used pretest and posttest. The sample sizes were 45 students. Each 5 samples were selected by there school and training by participation learning on 3 August 2543. This study found that mean posttest score more than mean pretest score (16.71and 14.16) sex; male and female, class was difference of significance ($p=0.031, 0.020$) To compare to class found that class m.1 was difference of significance to class m.2, m.3, m.4, m.5 ($p=0.048, 0.027, 0.012$ and 0.033)

ก ความเป็นมา

ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนมีความรู้ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมสำหรับบุคคลและครอบครัว ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย โดยมีองค์ความรู้และพฤติกรรมในการเลือกใช้และบริโภคที่เหมาะสม ในปัจจุบันยังพบปัญหาการบริโภค ได้แก่ สินค้าและบริการไม่ได้มาตรฐาน ไม่ปลอดภัย มีรายละเอียดไม่เพียงพอ ผู้บริโภคขาดความรู้ไม่เห็นความสำคัญของการเลือกบริโภค ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มาจากการปนเปื้อนทั้งจากผู้จำหน่ายอาหาร ผู้สัมผัสอาหาร ตัวอาหาร ผู้บริโภค และพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารและผลิตภัณฑ์อาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีได้ดำเนินการจัดตั้งชมรมการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน ดำเนินการไป 19 แห่งในปี 2535 ได้ผลที่น่าพอใจ ดังนั้นการส่งเสริมกิจกรรมด้านคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียนจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการส่งเสริมบทบาทของนักเรียน ในพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคและการคุ้มครองผู้บริโภค และเป็นองค์การหนึ่งในการเผยแพร่ความรู้ด้านการบริโภคไปยังนักเรียนในโรงเรียนและชุมชนต่อไป

ข วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อทราบองค์ความรู้ของเยาวชนในโรงเรียนเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทางประชากรด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

S ะเบียบวิธีการศึกษา

ลักษณะการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Crossectional Study) กลุ่มที่ศึกษาเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาโดยทางโรงเรียนทั้งโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาและสังกัด สปอ. เป็นผู้คัดเลือก 9 โรงเรียนๆ ละ 5 คน รวม 45 คน การจัดอบรมใช้วิธีการแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่ม ให้โจทย์แบบฝึกหัดแต่ละกลุ่มช่วยกันคิดแล้วเขียนลงแผ่นชาร์ท แล้วให้ตัวแทนมานำเสนอผลการประชุมกลุ่มจากนั้นวิทยากรสรุปแนวคิดในเรื่องนั้นๆ โดยทุกกลุ่มได้รับเทคนิคการอบรมเหมือนกัน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ได้แก่ แบบทดสอบที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นมีทั้งหมด 25 ข้อ โดยใช้ในการทดสอบก่อนและหลังอบรมในชุดเดียวกัน ในวันที่ 3 สิงหาคม 2543 สถิติที่ใช้เป็นแบบเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย S.D., t-test และ ANOVA

W ทางการศึกษา

1. ลักษณะกลุ่มผู้เข้าอบรม

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้เข้าอบรมแกนนำเยาวชนคุ้มครองผู้บริโภค

ลักษณะประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. กลุ่มโรงเรียนที่สังกัด	40	88.9
-สปช.		
-สามัญศึกษา	5	10.1
2. เพศ		
-ชาย	16	35.6
-หญิง	29	64.4
3. ชั้น		
-ม.1	18	40.0
-ม.2	12	26.7
-ม.3	10	22.2
-ม.4	3	6.7
-ม.5	2	4.4

จากตารางที่ 1 เกี่ยวกับลักษณะประชากรซึ่งเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาที่เข้ารับการอบรมเป็นแกนนำเยาวชนคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงเรียน พบว่ากลุ่มโรงเรียนที่สังกัด ส่วนใหญ่สังกัดสปช. ร้อยละ 88.9 และสามัญศึกษาร้อยละ 10.1 เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.4 และเพศชายร้อยละ 35.6 และชั้นเรียน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้น ม.1 ร้อยละ 40 รองลงมาได้แก่ ม.2, ม.3, ม.4 และ ม.5 ร้อยละ 26.7, 22.2, 6.7 และ 4.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบก่อนและหลังอบรม (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

คะแนน		ก่อนอบรม จำนวน(คน)	ร้อยละ	หลังอบรม จำนวน(คน)	ร้อยละ
$\leq$	10 คะแนน	6	13.3	3	6.7
	11-15 คะแนน	27	60.0	14	31.1
	11-20 คะแนน	10	22.2	23	51.1
$\geq$	21 คะแนนขึ้นไป	2	4.4	5	11.1
	$\bar{X}$		14.16		16.71
	S.D.		3.06		3.41
	Min		8		9
	Max		22		23

2. คะแนนจากแบบทดสอบ

จากตารางที่ 2 พบว่า

1. ทดสอบก่อนการอบรม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 11-15 คะแนน ร้อยละ 60.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 16-20 คะแนน, ต่ำกว่า 10 คะแนนและมากกว่า 21 คะแนน ร้อยละ 22.2, 13.3. และ 4.4 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 14.16 คะแนน S.D = 3.06 คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน และคะแนนสูงสุด 22 คะแนน

2. ทดสอบหลังอบรม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 16-20 คะแนน ร้อยละ 51.1 รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 11-15 คะแนน, มากกว่า 21 คะแนน และต่ำกว่า 10 คะแนน ร้อยละ 31.1, 11.1. และ 6.7 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 16.71 คะแนน S.D = 3.41 คะแนน คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน และคะแนนสูงสุด 23 คะแนน



3. เปรียบเทียบความสัมพันธ์คะแนนทดสอบ

3.1 เปรียบเทียบคะแนนทดสอบก่อนและหลังอบรม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนทดสอบของเยาวชนแกนนำคส.ในโรงเรียน ก่อนและหลังอบรมกับลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	n	ก่อนอบรม				หลังอบรม			
		X	S.D.	max	min	X	S.D.	max	min
1. เพศ									
ชาย	16	14.75	2.38	18	10	15.25	3.75	21	9
หญิง	29	13.83	3.37	22	8	17.52	2.97	23	12
รวม	45	14.16	3.06	22	8	16.71	3.41	23	9
df				44				44	
F				0.936				4.974	
p-value				0.339				0.031	
2. ชั้น									
ม.1	18	13.00	2.00	16	10	14.89	3.03	19	9
ม.2	21	14.83	3.16	21	8	17.25	3.02	21	12
ม.3	10	13.30	3.02	18	9	17.70	3.71	23	10
ม.4	3	19.33	2.31	22	18	20.00	1.00	21	19
ม.5	2	17.00	2.83	19	15	20.00	1.41	21	19
รวม	45	14.16	3.06	22	8	16.71	3.41	23	9
df				44				44	
F				4.974				3.309	
p-value				0.003*				0.020*	

* มีตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งคู่ที่มีความแตกต่างกัน

จากตารางที่ 3 พบว่า

1. เพศ

ทดสอบก่อนอบรม คะแนนเฉลี่ยชาย 14.75 คะแนน (S.D. = 2.38 คะแนน) คะแนนสูงสุด 18 คะแนน ต่ำสุด 10 คะแนน และหญิง 13.83 คะแนน (S.D. = 3.37 คะแนน) คะแนนสูงสุด 22 คะแนน และต่ำสุด 8 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.339)

ทดสอบหลังอบรม คะแนนเฉลี่ยชาย 15.25 คะแนน (S.D. = 3.75 คะแนน) คะแนนสูงสุด 21 คะแนน ต่ำสุด 9 คะแนน และหญิง 17.52 คะแนน (S.D. = 2.97 คะแนน) คะแนนสูงสุด 23 คะแนน และต่ำสุด 12 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.031)

2. ชั้นเรียน

ทดสอบก่อนอบรม นักเรียนชั้น ม.4 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 19.33 คะแนน รองลงมาได้แก่ ชั้น ม.5, ม.2, ม.3 และ ม.1 คะแนนเฉลี่ย 17.00, 14.83, 13.30 และ 13.00 คะแนนตามลำดับ คะแนนสูงสุด คือ นักเรียน ม.4 สูงสุด 22 คะแนน รองลงมาได้แก่ ชั้น ม.2, ม.5, ม.3 และ ม.1 คะแนน 21, 19, 18 และ 16 คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างชั้นเรียน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.003$) โดยมีตัวแปรอย่างน้อย 1 คู่ มีความแตกต่างกัน

ทดสอบหลังอบรม นักเรียนชั้น ม.4 และ ม.5 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 20 คะแนน รองลงมาได้แก่ ชั้น ม.3, ม.2 และ ม.1 คะแนนเฉลี่ย 17.70, 17.25 และ 14.89 คะแนนตามลำดับ คะแนนสูงสุด คือนักเรียน ม.3 สูงสุด 23 คะแนน รองลงมาได้แก่ ชั้น ม.4, ม.5, ม.2 และ ม.1 คะแนน 21, 21, 21 และ 19 คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างชั้นเรียน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.020$) โดยมีตัวแปรอย่างน้อย 1 คู่ มีความแตกต่างกัน

3.2 เปรียบเทียบความสัมพันธ์

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบก่อนและหลังอบรม ชั้นที่นักเรียนเข้าอบรม

ชั้นเรียนเปรียบเทียบ	ชั้นเรียน	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
		Mean difference	S.E.	p-value	Mean difference	S.E.	p-value
ม.1	ม.2	-1.83	0.98	0.070	-2.36	1.15	0.048*
	ม.3	-0.30	1.04	0.775	-2.81	1.22	0.027*
	ม.4	-6.33	1.65	0.000*	-5.11	1.93	0.012*
	ม.5	-4.00	1.97	0.049*	-5.11	2.31	0.033*
ม.2	ม.1	1.83	0.98	0.070	2.36	1.15	0.048*
	ม.3	1.53	1.13	0.182	-0.45	1.33	0.736
	ม.4	-4.50	1.70	0.012*	-2.75	2.00	0.177
	ม.5	-2.17	2.02	0.289	-2.75	2.37	0.252
ม.3	ม.1	0.30	1.04	0.775	2.81	1.22	0.027*
	ม.2	-1.53	1.13	0.182	0.45	1.33	0.736
	ม.4	-6.03	1.74	0.001*	-2.30	2.04	0.266
	ม.5	-3.70	2.04	0.078	-2.30	2.40	0.344
ม.4	ม.1	6.33	1.65	0.000*	5.11	1.93	0.012*
	ม.2	4.50	1.70	0.012*	2.75	2.00	0.177
	ม.3	6.03	1.74	0.001*	2.30	2.04	0.266
	ม.5	2.33	2.41	0.338	0.00	2.83	1.000
ม.5	ม.1	4.00	1.97	0.049*	5.11	2.31	0.033*
	ม.2	2.17	2.02	0.289	2.75	2.37	0.252
	ม.3	3.70	2.04	0.078	2.30	2.40	0.344
	ม.4	-2.33	2.41	0.338	0.00	2.83	1.000

* ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 ความแตกต่างคะแนนทดสอบเฉลี่ยก่อนและหลังอบรมพบว่า

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 คะแนนทดสอบเฉลี่ยก่อนอบรมมีความแตกต่างกับชั้น ม.4 และ ม.5 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$ และ 0.049 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรม พบว่า นักเรียนชั้น ม.1 แตกต่างกับทุกชั้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.048, 0.027, 0.012$ และ 0.033 ตามลำดับ)

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 คะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนการอบรมพบว่า แตกต่างกันในนักเรียนชั้น ม.4 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.012$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรมพบว่า แตกต่างกับนักเรียนชั้น ม.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.048$)

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 คะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนอบรมพบว่า แตกต่างกับนักเรียนชั้น ม.4 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรมพบว่า แตกต่างกับนักเรียนชั้น ม.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.027$)

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 คะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนอบรมพบว่า แตกต่างกับนักเรียนชั้น ม.1 ม.2 และ ม.3 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.000, 0.012$, และ 0.001 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรมพบว่า แตกต่างกับนักเรียนชั้น ม.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.012$)

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 คะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนอบรมพบว่าแตกต่างกับนักเรียนชั้น ม.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.049$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรมพบว่า มีความแตกต่างกับนักเรียนชั้น ม.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.033$)

สรุป

จากผลการศึกษา นักเรียนมัธยมศึกษาที่เข้ารับการอบรมเป็นแกนนำเยาวชนคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงเรียน พบว่า

กลุ่มโรงเรียนที่สังกัด ส่วนใหญ่สังกัด สปช. ร้อยละ 88.9 และสามัญศึกษาร้อยละ 10.1 เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.4 นักเรียนชั้น ม.1 ร้อยละ 40

ด้านคะแนนทดสอบก่อนและหลังการอบรม พบว่า ทดสอบก่อนการอบรม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 11-15 คะแนน ร้อยละ 60.0 คะแนนเฉลี่ย 14.16 คะแนน S.D. = 3.06 คะแนน คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน และคะแนนสูงสุด 22 คะแนน ส่วนการทดสอบหลังการอบรม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 16 - 20 คะแนน ร้อยละ 51.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย 16.71 คะแนน S.D. = 3.41 คะแนน คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน และคะแนนสูงสุด 23 คะแนน

ด้านความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังอบรมด้านเพศ พบว่า ในการทดสอบก่อนอบรม คะแนนเฉลี่ยชาย 14.75 คะแนน (S.D. = 2.38 คะแนน, คะแนนสูงสุด 18 คะแนน ต่ำสุด 10 คะแนน) และหญิง 13.83 คะแนน (S.D. = 3.37 คะแนน, คะแนนสูงสุด 22 คะแนน และต่ำสุด 8 คะแนน) และพบว่า คะแนนเฉลี่ย ระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.339$) ในการทดสอบหลังอบรม คะแนนเฉลี่ยชาย 15.25 คะแนน (S.D. = 3.75 คะแนน, คะแนนสูงสุด 21 คะแนน ต่ำสุด 9 คะแนน) และหญิง 17.52 คะแนน (S.D. = 2.97 คะแนน, คะแนนสูงสุด 23 คะแนน และต่ำสุด 12 คะแนน) และพบว่าเพศชายและเพศหญิง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.031$) โดยเพศหญิงจะมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย ด้านความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังอบรม ด้านชั้นเรียน พบว่า ทดสอบก่อนอบรม นักเรียนชั้น ม.4 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 19.33 คะแนน และพบว่ามีความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างชั้นเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.003$)

โดยมีชั้นเรียนอย่างน้อย 1 คู่มีความแตกต่างกัน ด้านการทดสอบหลังอบรม นักเรียนชั้น ม.4 และ ม.5 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 20 คะแนน และพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.020$) โดยมีชั้นเรียนอย่างน้อย 1 คู่ มีความแตกต่างกัน

ในด้านการหาความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนและหลังอบรมระหว่างชั้นเรียนที่แตกต่างกันแต่ละชั้นเรียนพบว่า นักเรียนชั้น ม.1 คะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนอบรมมีความแตกต่างกันในชั้น ม.4 และ ม.5 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$ และ 0.049 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรมพบว่า นักเรียนชั้น ม.1 แตกต่างกับทุกชั้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.048, 0.027, 0.012$ และ 0.033 ตามลำดับ) นักเรียนชั้น ม.2 คะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนการอบรมพบว่า แตกต่างกันกับนักเรียนชั้น ม.4 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรมพบว่า แตกต่างกันกับนักเรียนชั้น ม.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.027$) นักเรียนชั้น ม.4 คะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนอบรมพบว่า แตกต่างกันกับนักเรียนชั้น ม.1, ม.2, และ ม.3 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.000, 0.012$ และ 0.001 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรมพบว่า แตกต่างกันกับนักเรียนชั้น ม.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.012$) และนักเรียนชั้น ม.5 คะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนอบรมพบว่า แตกต่างกันกับนักเรียนชั้น ม.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.049$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทดสอบหลังอบรมพบว่า มีความแตกต่างกันกับนักเรียนชั้น ม.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.033$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ย คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดในการทดสอบหลังอบรมจะสูงกว่าก่อนอบรม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชายและหญิงพบว่า เพศหญิงจะมีคะแนนสูงกว่าชายทั้งคะแนนเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านชั้นเรียนพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังอบรมจะมากกว่าก่อนอบรมทุกชั้นเรียน เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ชั้นเรียนพบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งก่อนและหลังอบรม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แต่ละระดับชั้นเรียนพบว่า นักเรียนชั้น ม.1 มีระดับความแตกต่างจากชั้นอื่นๆ ทุกชั้นเรียนโดยเฉพาะผลการทดสอบหลังการอบรม



ข้อเสนอแนะ

1. ต่อการคัดเลือกเยาวชนเข้ารับการอบรม

ควรมีการคัดเลือกนักเรียนที่เรียนในชั้น ม.2 ขึ้นไปเข้าอบรมตามวิธีการเรียนการสอนหรือการอบรมแบบนี้ เนื่องจากระดับการตัดสินใจในกิจกรรมกลุ่ม การเรียนรู้ตามเทคนิคการอบรมแบบเรียนรู้กันเองไม่เท่ากัน เนื่องจากนักเรียนชั้น ม.1 อาจจะยังไม่พร้อมต่อการอบรมแบบนี้ รวมไปถึงการได้รับประสบการณ์อาจจะยังไม่มากพอทำให้ผลการทดสอบที่ออกมามีความแตกต่างจากชั้นเรียนที่สูงกว่า นอกจากนี้ถ้าหากในโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนในระดับที่สูงกว่าม.1 อาจจะกระทบต่อการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียนได้ เนื่องจากนักเรียนที่อยู่ในชั้นเรียนที่สูงกว่า ม.1 จะมีการเรียนรู้และการปฏิบัติงาน อาจจะทำได้ดีกว่า

2. ต่อข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

เนื่องจากการศึกษาเรื่องนี้เป็นการศึกษาถึงปฏิบัติการตามโครงการ ซึ่งเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งในการเป็นตัวแทนที่ดี ดังนั้นการคัดเลือกของโรงเรียนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรพิจารณาเกี่ยวกับคุณสมบัติที่ชัดเจน นอกจากนี้ในขบวนการจัดอบรมเนื้อหา ควรครอบคลุมและสื่อเนื้อหาที่ชัดเจน ไม่ยากจนเกินไป ตลอดจนควรติดตามผลภายหลังการอบรม เพื่อประเมินผลโครงการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข. ไม่ปรากฏโรงพิมพ์. ไม่ปรากฏ พ.ศ.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บทคัดย่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข พ.ศ.2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. พ.ศ.2535.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. พ.ศ.2537.



การวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2540 National Health Consumer Protection Survey on Health Products for Policy Development, 1997



บรรพต ดันธีรวงศ์ *
ปราโมทย์ สือรัมย์รุ่งเรือง **
วรสุดา ยุงทอง **
เนาวรัตน์ แดงไทย **

U นกัฒยอ

การศึกษาสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2540 ได้ทำการศึกษาประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใน 3 ด้าน ได้แก่ คุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ การฝ่าฝืนกฎหมาย และพฤติกรรมของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์ โดยสำรวจการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ เก็บตัวอย่างและวิเคราะห์คุณภาพของผลิตภัณฑ์ตลอดจนสัมภาษณ์ประชาชนที่อาศัยในครัวเรือนใน 12 จังหวัดขนาดใหญ่กระจายทั้ง 12 เขตทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ศึกษาทั้ง 8 ผลิตภัณฑ์ คือ น้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท เกลือบริโภค น้ำแข็งหลอด ยา วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เครื่องสำอาง ดงยางอนามัย และยาฉีดฆ่าแมลง มีปัญหาด้านคุณภาพมาตรฐาน และความปลอดภัยต่อผู้บริโภคในบริบทที่แตกต่างกัน ประชาชนยังมีความเสี่ยงในการบริโภคและการใช้ผลิตภัณฑ์ เนื่องจากปัญหาในการควบคุมกำกับและการดูแลให้เป็นไปตามตัวบทกฎหมายยังไม่ทั่วถึง อีกทั้งประชาชนยังมีปัญหาในการเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกบริโภคอย่างทั่วถึงมีผลทำให้มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และการเรียกร้องสิทธิของประชาชนในฐานะผู้บริโภคเองยังมีน้อยและถูกเอารัดเอาเปรียบ ในรายงานกล่าวถึงข้อสรุปของการค้นพบของประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาลดลงจนข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาเชิงกลยุทธ์ และทิศทางการดำเนินการ สำหรับการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานตามแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และการกำหนดแผนพัฒนาฯ ฉบับต่อไปไว้ทั้งในแง่ของกลยุทธ์ทิศทางและบทบาทในการดำเนินงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรประชาชนและประชาชนในฐานะผู้บริโภคเองทั้งในมิติการดำเนินการของแต่ละหน่วยงาน และมีเชิงบูรณาการ โดยเพิ่มเติมข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ที่ค้นพบ ปี พ.ศ. 2543 เอาไว้ด้วย

* หัวหน้าคณะวิจัย อธิการบดีมหาวิทยาลัยการสาธารณสุขและยา

** นักวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

U nna

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลทุกรัฐบาลที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะผลิตภัณฑ์ต่างๆ ในปัจจุบันล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น แต่การดำเนินงานการคุ้มครองผู้บริโภคที่ผ่านมายังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้อย่างแท้จริง คือ ทั้งในด้านคุณภาพมาตรฐาน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความคุ้มค่า และการปฏิบัติตามระเบียบและข้อกำหนดต่างๆ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพปัญหาของงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีขั้นตอนและปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ มากมายตั้งแต่ระบบของการผลิต จำหน่าย การโฆษณา การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมผู้บริโภคของประชาชนในขณะที่ยั่วยุกำลังของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ มีจำกัด กอปรกับอุตสาหกรรมมีอัตราการขยายตัวสูง ดังนั้นการพิจารณาวิเคราะห์ว่าปมปัญหาคืออะไรไม่ใช่เรื่องง่าย เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ ความคิดริเริ่ม ในการที่จะแยกประเด็นให้ชัดเจนระหว่างสภาพของปัญหาและสาเหตุของปัญหา เพราะปัญหาของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน (Interdependence) ไม่สามารถแยกออกจากปัญหาอื่นๆ ได้ และที่สำคัญมีความเป็นพลวัตร (Dynamism) คือ มีการแปรเปลี่ยนได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ต่างๆ ทำให้ไม่สามารถประเมินความสำเร็จของงานได้อย่างชัดเจน

แผนงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติทุกฉบับตั้งแต่ฉบับที่ 4 จนถึงฉบับที่ 8 ได้ให้ความสำคัญกับผู้บริโภค ผู้ประกอบการ ผลิตภัณฑ์ และด้านรัฐ อย่างครบวงจร ในการคุ้มครองให้ผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เหมาะสมกับราคา แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากสังคมในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้นตลอดเวลา เช่นเดียวกัน การคุ้มครองผู้บริโภคก็จะมีมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งข้อจำกัดที่ผ่านมาของการดำเนินงานการคุ้มครองผู้บริโภค ถึงแม้ว่าจะมีการกำหนดเป้าหมายในการตรวจ การวิเคราะห์ การดำเนินงานตามกฎหมายและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้แก่ประชาชนก็ตาม แต่ผลงานที่ได้ทั้งหมดยังไม่สามารถที่จะสะท้อนถึงภาพรวมของงานทั้งระบบได้อย่างชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้กำหนดนโยบายความร่วมมือกันขึ้นระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นจุดสนับสนุนและควบคุมกำกับให้งานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผลในทางปฏิบัติยังได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ ดังนั้นการวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์ของงานจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับการกำหนดทิศทาง และกลยุทธ์ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ต่อไป

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายแนวทางร่วมดำเนินการเพื่อลดและขจัดปัญหาการกระทำฝ่าฝืนกฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (Compliance Policy) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแนวทางหรือมาตรฐานการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ โดยใช้การบูรณาการร่วมกันอย่างเป็นระบบโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ดังนั้น จึงได้นำแนวทางร่วมดำเนินการเพื่อลดและขจัดปัญหาการกระทำฝ่าฝืนกฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2540 มากำหนดปัจจัยและผลิตภัณฑ์ที่ดำเนินการวิจัยสำรวจในครั้งนี้ มีผลิตภัณฑ์ที่ศึกษารวม 8 ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท เกลือบริโภค น้ำแข็งหลอด ยา วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เครื่องสำอาง ดงยางอนามัย และยานิคม้าแมลง ซึ่งเป็นปัญหาร่วมกันของจังหวัดส่วนใหญ่ ซึ่งจะขอยกตัวอย่างสภาพปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคอันเนื่องมาจากผลิตภัณฑ์เกลือบริโภค คือ จากโครงการป้องกันและควบคุมการขาดสารไอโอดีนจำเป็นต้องใช้มาตรการต่างๆ อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง การผสมไอโอดีนกับเกลือบริโภคเป็นมาตรการหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เพื่อควบคุมและป้องกันการขาดสารไอโอดีนแก่

ประชาชน ทั้งนี้เพราะสามารถลดอัตราคอกพอได้ผลและมีราคาไม่แพง หาซื้อได้ทั่วไป แม้ในถิ่นที่ห่างไกล ก็ยังคงต้องการบริโภคเกลือในชีวิตประจำวันอยู่ เกลือจึงเป็นพาหะที่เหมาะสมที่สุดที่นำมาเสริมธาตุไอโอดีนให้กับทุกคนเร็วขึ้น ดังนั้นเพื่อสนับสนุนการใช้เกลือเสริมไอโอดีนให้มีการกระจายอย่างทั่วถึง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 153 (พ.ศ. 2537) เรื่อง เกลือบริโภค กำหนดให้เกลือบริโภคเป็นอาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน คือ จะต้องเสริมไอโอดีนไม่น้อยกว่า 30 มิลลิกรัม ในเกลือ 1 กิโลกรัม ประกาศฯ ดังกล่าว มีบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 กันยายน 2537 ส่งผลให้เกลือที่ใช้บริโภค ซึ่งบรรจุอยู่ในภาชนะที่พร้อมจำหน่ายโดยตรงต่อผู้บริโภคต้องผสมไอโอดีน โดยมีมาตรฐานตามประกาศฯ ดังกล่าว ทั้งนี้ไม่รวมถึงเกลือที่มีวัตถุประสงค์ที่จะนำไปใช้ในอุตสาหกรรมอาหารหรือส่งออก นอกจากนี้ เกลือบริโภคจะต้องมีการแสดงฉลากที่มีรายละเอียดครบถ้วนตามกำหนดในประกาศฯ หลังจากที่ประกาศฯ มีผลบังคับใช้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เริ่มกำกับดูแลคุณภาพเกลือบริโภค โดยบรรจุไว้ในแผนเก็บตัวอย่างเป็นประจำในปีงบประมาณ 2538 ผลการตรวจวิเคราะห์เกลือบริโภคตามแผนเก็บตัวอย่างประจำปีงบประมาณ 2538 พบว่า ตัวอย่างเกลือบริโภค 42 ตัวอย่างไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 78.6 การผลิตเกลือเสริมไอโอดีนนั้น ใช้สารโปแตสเซียมไอโอเดต ซึ่งมีความคงทนต่อสภาพแวดล้อม ความร้อน แสง และความชื้นได้ดี โดยกำหนดให้มีปริมาณไอโอดีนในเกลือในอัตราส่วน 1 ต่อ 30,000 ถึง 1 ต่อ 20,000 หรือ 30-50 ppm ในทางปฏิบัติจริงและต้องการตรวจสอบคุณภาพทุกขั้นตอนของการกระจายเกลือ ตั้งแต่การผลิตการจำหน่าย จนถึงมือผู้บริโภค การผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในประเทศไทย มี 2 วิธี คือ วิธีการพ่นน้ำยา และวิธีผสม ด้วยมือ (blender process) ในระดับชุมชนบางแห่งซึ่งไม่มีเครื่องจักรจะใช้วิธีผสมด้วยมือหรือไม้พาย การเก็บรักษาเกลือเสริมไอโอดีนต้องเก็บในภาชนะที่แข็งแรงและปิดสนิท ไม่ถูกแสงแดดและความร้อน จากการศึกษาของกองโภชนาการ กรมอนามัย เมื่อ ปี พ.ศ. 2534 ถึง 2535 พบว่า เกลือเสริมไอโอดีนที่ผลิตโดยใช้โปแตสเซียมไอโอเดต แบ่งบรรจุใส่ถุงพลาสติกขนาดเล็ก ปิดสนิท ป้องกันความชื้น เก็บไว้ในที่ร่ม ที่มีอุณหภูมิห้อง ปริมาณของไอโอดีนจะไม่ลดลงภายในระยะเวลา 2 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่เสนอโดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์รพีพร สุวรรณิก ดังนั้น ปัญหาคือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะควบคุมและกำกับดูแลให้การผลิตเกลือไอโอดีนได้มาตรฐานตามประกาศฯ และมีการกระจายเกลือที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงได้อย่างไร จำเป็นต้องมีการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อหาคำตอบ เป็นต้น

S ะเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยทำการศึกษาใน 12 จังหวัด ซึ่งเป็นที่ตั้งของสำนักงานสาธารณสุขเขตหรือจังหวัดใหญ่ที่มีผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการเป็นจำนวนมากและเป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งหรือไม่ห่างจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำเขต ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ชลบุรี ราชบุรี นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี นครสวรรค์ พิษณุโลก เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช และสงขลา สำหรับประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นดังนี้ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ร้านขายยาบรรจุเสร็จ) ร้านขายยาแผนโบราณ ร้านขายของชำ ร้านเสริมสวยและครัวเรือนที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ศึกษา โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดของตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างดังรายละเอียดดังนี้

1. ด้านคุณภาพมาตรฐานและการฝ่าฝืนกฎหมาย

กำหนดจำนวนตัวอย่างสถานประกอบการแต่ละประเภทในแต่ละจังหวัด คือ สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร้านขายยาบรรจุเสร็จ ร้านขายยาแผนโบราณ และร้าน

ขายของชำ โดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan ขนาดของตัวอย่างสถานประกอบการทุกประเภท ยกเว้น ร้านขายของชำในแต่ละจังหวัดที่หาได้ คิดเป็นประมาณร้อยละ 80 ของจำนวนสถานประกอบการทั้งหมดในแต่ละประเภท

ส่วนจำนวนตัวอย่างของร้านเสริมสวยกำหนดให้ทุกอำเภอของแต่ละจังหวัดมีจำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 5 ร้าน ยกเว้น อำเภอใดมีร้านเสริมสวยจำนวนน้อยกว่า 5 ร้านใช้จำนวนร้านเสริมสวยทั้งหมดของอำเภอนั้นๆ เป็นจำนวนตัวอย่าง

2. ด้านพฤติกรรม

กำหนดจำนวนตัวอย่างครัวเรือนให้เป็นตัวแทนของแต่ละจังหวัด โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างตามเทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบ 30 กลุ่ม (thirty clusters sampling)

สำหรับวิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. การกำหนดพื้นที่ศึกษา ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ในการเลือกจังหวัดที่ศึกษารวม 12 จังหวัด โดยเลือก 1 จังหวัด ต่อ 1 เขตตรวจราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์ในการเลือกคือเป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานสาธารณสุขเขต หรือ จังหวัดใหญ่ที่มีผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการเป็นจำนวนมาก และเป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งหรือไม่ห่างจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต

2. การสุ่มตัวอย่างร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร้านขายยาบรรจุเสร็จ ร้านขายยาแผนโบราณและสถานที่ผลิตน้ำบริโภคฯ ของจังหวัดหนึ่งๆ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างสถานประกอบการแต่ละประเภทในทุกอำเภอ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ทั้งนี้โดยจำนวนสถานประกอบการที่สุ่มในแต่ละอำเภอเป็นสัดส่วนกับจำนวนสถานประกอบการทั้งหมดของจังหวัด (proportional to size) จำนวนร้านขายยาทุกประเภท คิดเป็น 2,112 ร้าน และจำนวนตัวอย่างน้ำบริโภคฯ คิดเป็น 702 ตัวอย่าง

3. การสุ่มตัวอย่างร้านเสริมสวยของจังหวัดหนึ่งๆ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างร้านเสริมสวยในทุกอำเภอ ไม่น้อยกว่า 5 ร้าน จำนวนร้านเสริมสวยที่สำรวจคิดเป็น 635 ร้าน

4. การสุ่มตัวอย่างครัวเรือนของจังหวัดหนึ่งๆ ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 30 กลุ่ม (thirty clusters sampling) และใช้หมู่บ้านเป็นกลุ่ม (cluster) จำนวนครัวเรือนที่สำรวจคิดเป็น 2,326 ครัวเรือน

5. การสุ่มตัวอย่างร้านขายของชำของจังหวัดหนึ่งๆ โดยการสุ่มตัวอย่างร้านขายของชำทั้งหมดของจังหวัด (proportional to size) ดำเนินการสำรวจร้านขายของชำทุกร้านที่ตั้งอยู่ใน 30 หมู่บ้านที่ดำเนินการสำรวจพฤติกรรม จำนวนร้านขายของชำที่สำรวจคิดเป็น 3,824 ร้าน

เครื่องมือที่ใช้และการทดสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบตรวจสอบบันทึกการตรวจสอบและการเก็บรักษาตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและเกลือบริโภคใบลงทะเบียนตัวอย่างผลิตภัณฑ์ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมประชาชน

เครื่องมือที่ใช้ดังกล่าวคณะผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการประชุมระดมสมองกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาทดสอบโดยการทดลองเก็บข้อมูลจริงในภาคสนาม รวม 6 ครั้ง นำไปใช้จริง

III การศึกษาวิจัย

1. ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า น้ำบริโภคในภาชนะแบบใช้ซ้ำ ไม่ได้มาตรฐานทางจุลชีววิทยา ร้อยละ 38.2 น้ำบริโภคในภาชนะแบบใช้ครั้งเดียวไม่ได้มาตรฐานทางฟิสิกส์และเคมี ตั้งแต่ 1 รายการ ขึ้นไป ร้อยละ 19.9 โดยมีสาเหตุสำคัญ คือ ปริมาณแคลเซียม ร้อยละ 10.1 และความเป็นกรดต่าง ร้อยละ 9.0 การแสดงฉลาก น้ำบริโภคในภาชนะแบบใช้ซ้ำชนิดดั่งยังคงมีปัญหาพบว่ามีฉลากไม่ถูกต้อง ร้อยละ 16.7 นอกจากนั้นยังพบปัญหาการใช้ภาชนะแบบใช้ซ้ำของผู้ผลิตรายอื่นสูง ร้อยละ 75.7 และการแสดงฉลากน้ำบริโภคฯ ที่จำหน่ายที่ร้านชำไม่ถูกต้องร้อยละ 8.2 สำหรับน้ำแข็งหลอดที่วางจำหน่ายในร้านขายของชำมีฉลากไม่ถูกต้อง ร้อยละ 31.4 สำหรับพฤติกรรมผู้บริโภคในการดูฉลากก่อนซื้อไม่เคยดูฉลากเลยถึงร้อยละ 35.4 - 55.0 โดยภาพรวมในเรื่องคุณภาพมาตรฐานของน้ำ การใช้ซ้ำซ้ำกับผู้อื่น และการแสดงฉลากของน้ำบริโภคฯ มีปัญหาทวีความรุนแรงขึ้น เมื่อเทียบกับผลประเมินเมื่อปี 2538 ซึ่งไม่ได้มาตรฐานเพียง ร้อยละ 33.8 กับทั้งมีปัญหาปริมาณแคลเซียมที่สูงเกินไปในบางจังหวัด รวมทั้งพฤติกรรมผู้บริโภคในการดูฉลากก่อนซื้อ

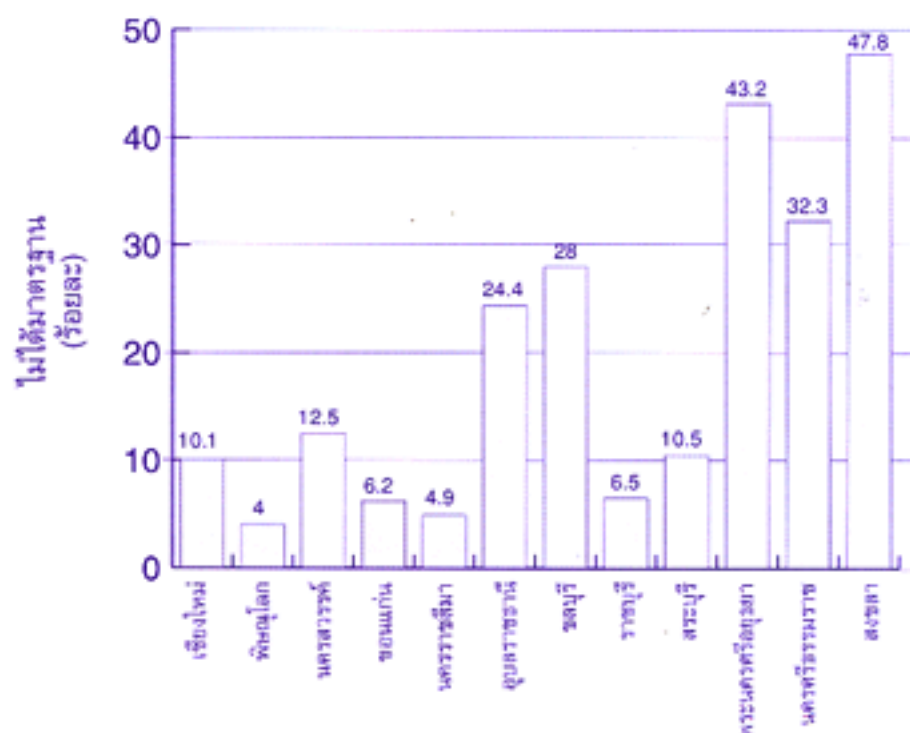
1.1 คุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

1.1.1 ผลวิเคราะห์ทางฟิสิกส์และเคมีของน้ำบริโภคในภาชนะแบบใช้ครั้งเดียว แยกตามรายการที่วิเคราะห์ไม่ได้คุณภาพมาตรฐานทางเคมีและฟิสิกส์ ตั้งแต่ 1 รายการขึ้นไป ร้อยละ 19.9 มีรายละเอียดแยกตามจังหวัดดังรูปที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุแบบใช้ครั้งเดียวที่มีคุณภาพทางฟิสิกส์และเคมีไม่ได้มาตรฐานแต่ละรายการจำแนกตามรายการวิเคราะห์

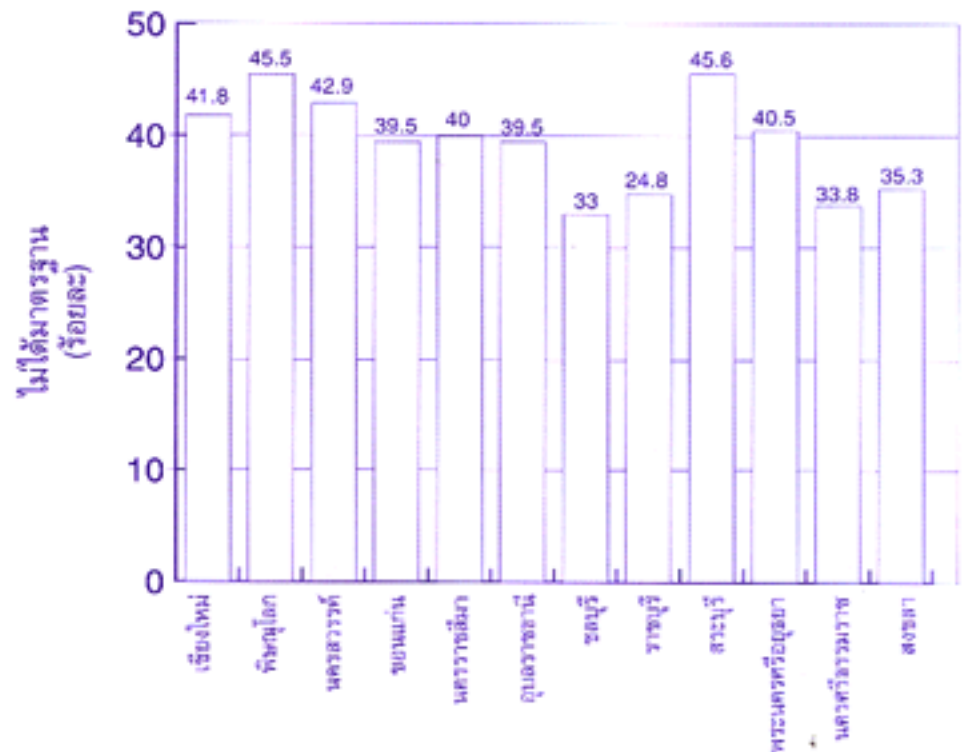
รายการวิเคราะห์	จำนวนตัวอย่างที่วิเคราะห์	ไม่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ)
ความเป็นกรด-ด่าง (pH)	702	9.0
ความขุ่น* (Tur)	584	3.3
ปริมาณไนเตรท (NO)	702	1.6
ปริมาณเหล็ก (Fe)	702	0.7
ปริมาณแคลเซียม* (Cd)	584	10.1

รูปที่ 1 ร้อยละของตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะแบบใช้ครั้งเดียวที่มีคุณภาพไม่ได้มาตรฐานทางเคมีและฟิสิกส์ ตั้งแต่ 1 รายการ ขึ้นไปแยกตามจังหวัด



1.1.2 ผลการวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยาของน้ำบริโภคฯ ในภาชนะแบบใช้ซ้ำขนาด 20 ลิตร พบว่า ไม่ได้มาตรฐานในภาพรวม ร้อยละ 38.2 โดยมี E.Coli และ MPN Coliform เกินมาตรฐาน ร้อยละ 5.8 และ 38.2 ตามลำดับ

รูปที่ 2 ร้อยละของตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุแบบใช้ซ้ำ ขนาด 20 ลิตร ที่ไม่ได้มาตรฐานทางจุลชีววิทยา จำแนกตามจังหวัดที่ศึกษา



1.2 ความถูกต้องของการแสดงฉลากของผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท

ตารางที่ 2 ร้อยละของการแสดงฉลากไม่ถูกต้องของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทแบบถัง และขวดที่ผลิตในจังหวัดที่ศึกษาแยกตามจังหวัด (แบบถังสำรวจเฉพาะถังที่ไม่ได้สลักดั่งกับผู้ผลิตรายอื่น)

จังหวัด	ฉลากน้ำบริโภคฯ ชนิดถัง		ฉลากน้ำบริโภคฯ ชนิดขวด	
	จำนวนสถานที่ผลิตที่สำรวจ	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	จำนวนสถานที่ผลิตที่สำรวจ	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
เชียงใหม่	58	3.4	91	1.1
พิษณุโลก	30	20.0	24	8.3
นครสวรรค์	28	60.7	40	7.5
ขอนแก่น	47	0	49	0
นครราชสีมา	14**	0**	15**	0**
อุบลราชธานี	***	***	***	***
ชลบุรี	79	12.7	83	4.8
ราชบุรี	47	17.0	45	4.4
สระบุรี	43	51.2	54	7.4
พระนครศรีอยุธยา	42	23.8	41	0
นครศรีธรรมราช	66	9.1	65	3.1
สงขลา	66	1.5	63	1.6
รวม	520	16.7	570	3.3

** สำรวจไม่ครบ

*** ไม่ได้สำรวจ

ตารางที่ 3 ร้อยละของร้านขายของชำที่มีน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทซึ่งแสดงฉลากไม่ถูกต้องวางจำหน่าย แยกตามจังหวัด (สำรวจทุกชนิดยกเว้นชนิดถัง)

จังหวัด	จำนวนร้านขายของชำที่สำรวจ	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
เชียงใหม่	139	4.3
พิษณุโลก	169	11.2
นครสวรรค์	165	13.3
ขอนแก่น	185	10.8
นครราชสีมา	180	6.7
อุบลราชธานี	169	3.6
ชลบุรี	276	15.6
ราชบุรี	133	4.5
สระบุรี	220	10.5
พระนครศรีอยุธยา	202	5.9
นครศรีธรรมราช	110	0.0
สงขลา	158	1.9
รวม	2,107	8.2

ตารางที่ 4 การใช้ภาชนะแบบใช้ซ้ำของผู้ผลิตรายอื่นบรรจุน้ำบริโภคในภาชนะปิดสนิท แยกรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนร้านขายของชำที่สำรวจ	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
เชียงใหม่	64	4.7
พิษณุโลก	30	80.0
นครสวรรค์	38	97.4
ขอนแก่น	47	100.0
นครราชสีมา	13**	77**
อุบลราชธานี	***	***
ชลบุรี	84	86.9
ราชบุรี	47	83.0
สระบุรี	55	98.2
พระนครศรีอยุธยา	42	81.0
นครศรีธรรมราช	66	78.8
สงขลา	69	81.2
รวม	555	75.7

** สำนวนไม่ครบ

*** ไม่ได้สำรวจ

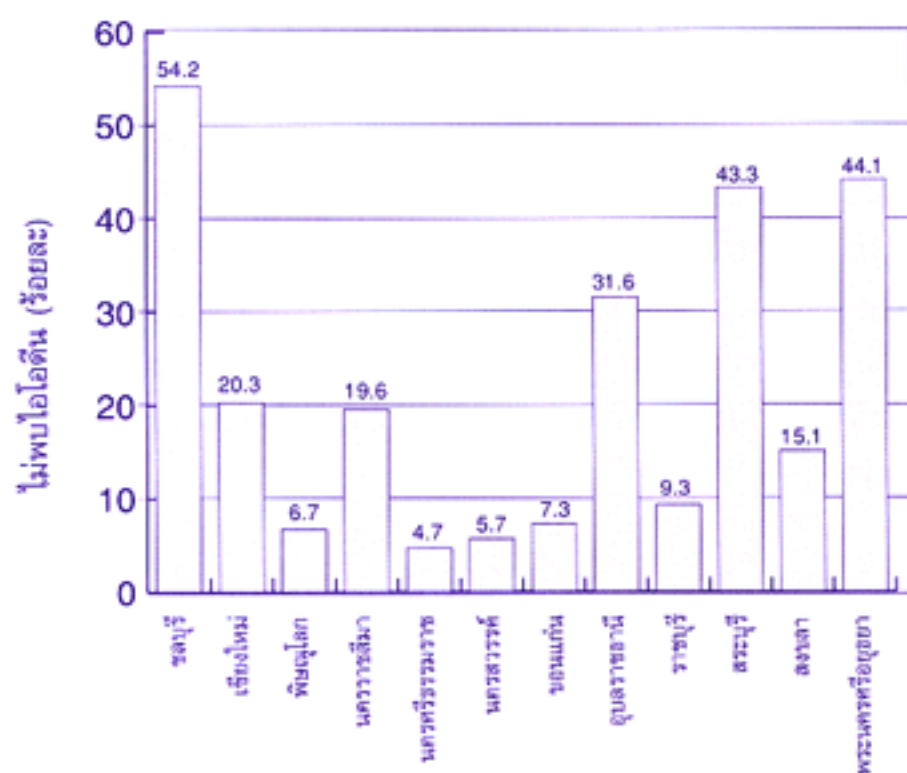
2. ผลิตภัณฑ์เกลือบริโภค

2.1 คุณภาพมาตรฐานของเกลือบริโภค

ร้านขายของชำมีเกลือบริโภคที่ไม่ผสมไอโอดีนจำหน่าย ร้อยละ 25.1 ตรวจพบไอโอดีน แต่มีปริมาณไอโอดีนต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 9.2 และ ร้อยละ 38.6 ที่แม้ว่าได้มาตรฐานแต่มีปริมาณไอโอดีนเกิน 50 mg/kg นอกจากนั้นมี ร้อยละ 3.9 ที่พบไอโอดีนสูงกว่า 90 mg/kg และบางตัวอย่างพบไอโอดีนถึง 1,423 mg/kg เกลือบริโภคที่วางจำหน่ายในร้านขายของชำมีฉลากไม่ถูกต้องร้อยละ 69.1 รายการบนฉลากที่ไม่ถูกต้อง สองอันดับแรก คือการไม่แจ้งเดือนปีที่ผลิต ร้อยละ 64.2 การไม่แจ้งเดือนและปีที่ควรบริโภคก่อน ร้อยละ 59.1 และการดูฉลากก่อนซื้อของผู้บริโภคไม่เคยดูฉลากเลยถึงร้อยละ 42.5 สรุปได้ว่า ปัญหาคุณภาพมาตรฐาน ของเกลือเกิดจากผู้ผลิตไม่เสริมไอโอดีนในเกลือบริโภค หรือปัญหาด้านเทคนิคในการผลิต หรือการผสม ที่ไม่สม่ำเสมอการละลายไม่ปฏิบัติตามประกาศา ฉบับที่ 153 ทั้งในส่วนของคุณภาพมาตรฐานและในส่วนของฉลาก และพฤติกรรมในการดูฉลากก่อนซื้อของผู้บริโภคเอง

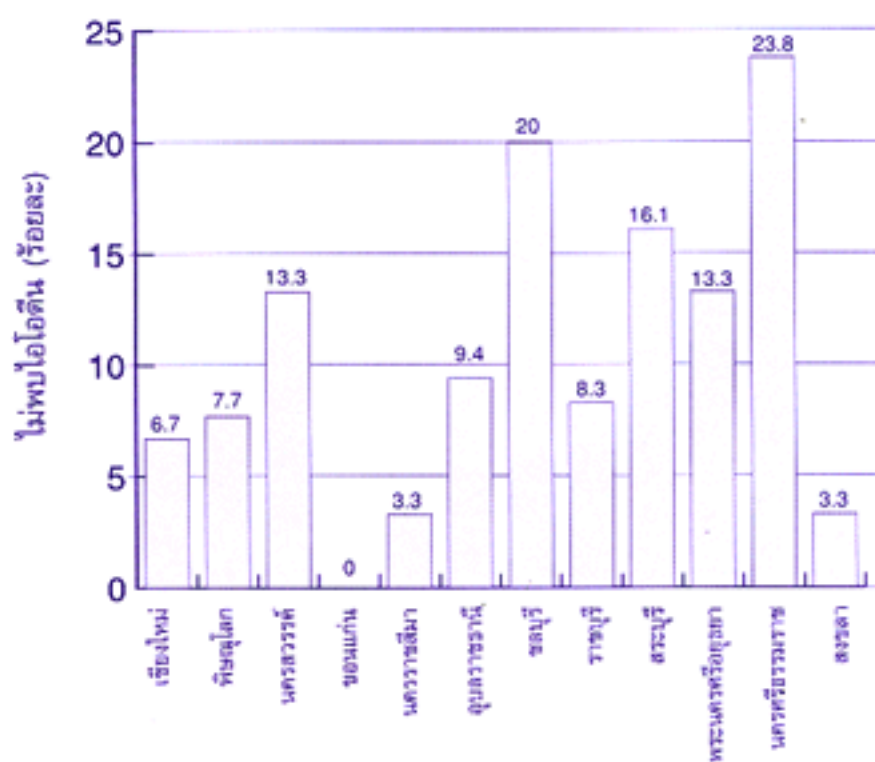


2.1.1 ผลการตรวจสอบไอโอดีน โดยใช้ชุดทดสอบ (Test kit)



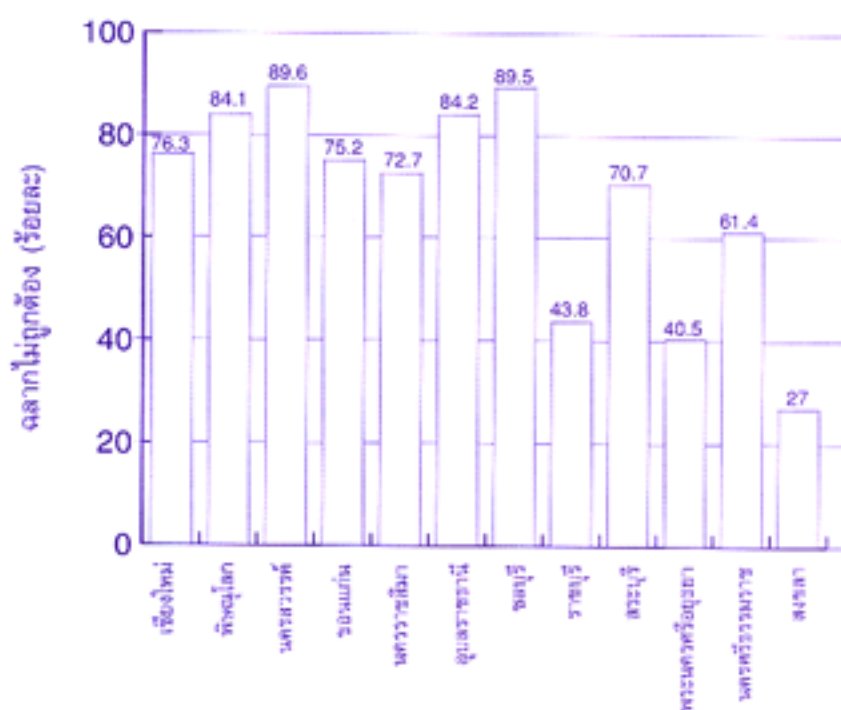
รูปที่ 3 ร้อยละของตัวอย่างของเกลือบริโภคที่ตรวจไม่พบสารไอโอดีน แยกตามจังหวัดที่ศึกษา

รูปที่ 4 การมีปริมาณไอโอดีนต่ำกว่ามาตรฐานของตัวอย่างเกลือบริโภคที่ตรวจ แยกตามจังหวัดที่ศึกษา



ตารางที่ 5 การกระจายความถี่ของปริมาณไอโอดีนในตัวอย่างเกลือบริโภคที่ตรวจวิเคราะห์หาปริมาณไอโอดีน

ปริมาณไอโอดีน (mg/kg)	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละของตัวอย่าง)
น้อยกว่า 30	31 (9.2)
30-49	176 (52.2)
50-69	79 (23.4)
70-89	38 (11.3)
90-109	6 (1.8)
มากกว่า 109	7 (2.1)
รวมจำนวนตัวอย่าง	337 (100.0)



รูปที่ 5 ร้อยละของร้านขายของชำที่มีเกลือบริโภคที่ผลจากไม่ถูกต้องวางจำหน่าย แยกรายจังหวัด

3. ผลักดันที่ยา วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

ผลการศึกษาพบว่า การนำยาแผนปัจจุบันปลอมปนในยาแผนโบราณนั้นพบปัญหาเฉพาะในยาแผนโบราณที่ไม่มีทะเบียน ร้านขายยาที่มีใบอนุญาตขายยาแผนโบราณจำหน่ายยาลูกกลอนที่ไม่มีทะเบียนร้อยละ 20.4 มีการผสมสเตียรอยด์ ร้อยละ 17.9 ร้านขายของชำ ร้อยละ 18.9 และร้านขายยา ร้อยละ 20.3 มียาชุดแห้งจำหน่าย เมื่อพิจารณาร้านขายยาแต่ละประเภทพบว่า การจำหน่ายยาชุดแห้งในร้านขายยาแผนโบราณมากที่สุด ร้อยละ 27.7 ส่วนร้านขายยาบรรจุเสร็จ และร้านขายยาแผนปัจจุบันพบ ร้อยละ 22.8 และ 13.3 ตามลำดับ การจำหน่ายยาควบคุมพิเศษชนิดสเตียรอยด์ พบว่าร้านขายยาบรรจุเสร็จ และร้านขายยาแผนโบราณ มีการจำหน่าย ร้อยละ 29.0 และ 18.3 ส่วนร้านขายของชำ ร้อยละ 29.5 มียาอันตรายจำหน่าย

ประชาชนมีวิธีการตัดสินใจซื้อยาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยโดยปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ ตัดสินใจเอง ร้อยละ 29.0 และปรึกษาคนขายยา ร้อยละ 14.9 โดยแหล่งรับยาที่ประชาชนให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก ได้แก่ สถานีอนามัย ร้อยละ 39.2 รองลงมาคือร้านขายยา ร้อยละ 19.3 และ โรงพยาบาล ร้อยละ 15.1 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาประชาชนที่เคยรับประทานยาชุดร้อยละ 41.5 โดยมีแหล่งซื้อยาชุดที่สำคัญ คือ ร้านขายยา ร้อยละ 59.3 และร้านขายของชำ ร้อยละ 43.6 เมื่อนำปัจจัยทั่วไปทางสังคมมาพิจารณาประกอบ พบว่า กลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มตัดสินใจซื้อยาด้วยตนเองมาก ได้แก่ กลุ่มที่มีการศึกษาน้อย กลุ่มที่มีรายได้น้อย และกลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกร/ประมง/กรรมกร/อื่นๆ นั้นมีแนวโน้มไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยามีพฤติกรรมไม่ดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีการศึกษามากกลุ่มที่มีรายได้มากและกลุ่มอาชีพอื่น

ร้านขายยาแผนปัจจุบันมีการจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ที่มีฤทธิ์ทำให้หลับโดยไม่มีใบสั่งร้อยละ 23.5 ส่วนร้านขายยาบรรจุน้ำ มีจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์โดยไม่มีใบอนุญาต ร้อยละ 17.3 ในด้านพฤติกรรมประชาชนร้อยละ 34.3 เคยรับประทานยานอนหลับโดยไปรับยาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือสถานีอนามัย ร้อยละ 36.0 และร้านขายยา ร้อยละ 30.1 และยังพบว่า ร้อยละ 5.7 ซื้อยาจากร้านขายของชำอีกด้วย เมื่อพิจารณาประชากรแยกตามปัจจัยทั่วไปทางสังคม พบว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาไปซื้อยานอนหลับจากร้านขายยาเป็นอันดับแรกต่างจากประชากรส่วนใหญ่ซึ่งมีสถานพยาบาลเป็นแหล่งรับยานอนหลับที่สำคัญ

โดยภาพรวมผลิตภัณฑ์ยาและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทยังคงมีปัญหาไม่แตกต่างไปจากเดิมมากนัก แต่มีที่น่าสังเกตคือประชาชนเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยมีแนวโน้มปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขและรับยา ที่สถานีอนามัยมากขึ้น

4. ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ดูยางอนามัย ยาฉีดฆ่าแมลงที่ใช้ในบ้านเรือน

ผลการศึกษาพบว่าร้านเสริมสวยเป็นแหล่งที่มีการจำหน่ายเครื่องสำอางทาผิวและชนิดที่ผสมกับกันแดดที่ผิดกฎหมายมากที่สุด ร้อยละ 18.9 รองลงมาคือร้านขายของชำมีจำหน่าย ร้อยละ 16.1 โดยเฉพาะร้านขายของชำประเภทซูเปอร์มาร์เก็ต มีจำหน่าย ร้อยละ 34.4 ส่วนร้านขายยามีจำหน่าย ร้อยละ 9.9 เมื่อสำรวจพฤติกรรมประชาชนพบว่าแหล่งที่นิยมไปซื้อเครื่องสำอางทาผิวและชนิดที่ผสมสารกันแดด คือร้านขายของชำ ร้อยละ 51.0 ร้านเสริมสวย ร้อยละ 21.5 และร้านขายยา ร้อยละ 19.9 โดยมีเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจเลือกซื้อ เพราะใช้แล้วได้ผลมากที่สุด ร้อยละ 47.5 รองลงมาคือโฆษณา ร้อยละ 18.1 ใช้ตามคนอื่น ร้อยละ 14.9 และเพราะยี่ห้อ ร้อยละ 12.4 ตามลำดับ

ประชาชนมีความเสี่ยง ร้อยละ 3.2 ที่จะได้รับดูยางอนามัยที่ไม่ได้คุณภาพมาตรฐานปัญหา ดังกล่าวเกิดจากผู้จำหน่ายมากกว่าผู้นำเข้า หรือผู้ผลิต โดยอาจมีสาเหตุของปัญหาคือการเก็บรักษาที่ไม่ดี การขาดการดูแลเอาใจใส่ในการนำดูยางอนามัยที่หมดอายุมาจำหน่าย ในด้านพฤติกรรมประชาชนที่เคยซื้อหรือใช้ดูยางอนามัยเคยดูวันหมดอายุ ร้อยละ 51.5 สาเหตุที่ไม่ดูวันหมดอายุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมการซื้อดูยางอนามัยที่ขาดความรอบคอบ หรือการไม่ได้รับข่าวสารความรู้

ประชาชนที่เคยใช้ยาฉีดฆ่าแมลงใช้ยาฉีดฆ่าแมลงอย่างไม่ถูกวิธี ร้อยละ 32.3 เมื่อพิจารณาในภาพรวมเกี่ยวกับการใช้ยาฉีดฆ่าแมลงไม่ถูกวิธี การดูแลและการได้รับข่าวสารความรู้พบว่าสอดคล้องกัน เนื่องจากพบกลุ่มปัญหาในกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกันการมีพฤติกรรมใช้ยาฆ่าแมลงไม่ถูกวิธีเกิดจากการไม่ได้รับข่าวสารและไม่ดูแลากก่อนใช้

พฤติกรรมในการดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในภาพรวมพบว่าประชาชน มีพฤติกรรมดูแลของผลิตภัณฑ์ยา เครื่องสำอาง และ ยาฉีดฆ่าแมลงอยู่ในช่วง ร้อยละ 77.6 ถึง 78.0 โดยดูแลากทุกครั้ง ร้อยละ 40.1 ถึง 44.4 ส่วนผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคฯ เกลือบริโภคและน้ำแข็งหลอด มีพฤติกรรมในการดูแลากทุกครั้งเพียง ร้อยละ 15.5 ถึง 28.0 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งที่เป็นความรู้ การโฆษณา หรือ ข้อมูลอื่นใดที่เผยแพร่จากสื่อต่างๆ สื่อที่เข้าถึงประชาชนมากที่สุด คือ สื่อโทรทัศน์ รองลงมาคือสื่อวิทยุ ส่วนสื่อสิ่งพิมพ์ ได้รับความนิยมน้อย สำหรับสื่อบุคคลพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นสื่อบุคคลที่มีความสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารของผลิตภัณฑ์ เกลือบริโภค ยา และ ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะยาซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญมากกว่าสื่อโทรทัศน์ อย่างไรก็ตาม ประชากร ร้อยละ 7.4 ถึง 14.8 ไม่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเกลือบริโภค เครื่องสำอาง ยาฉีดฆ่าแมลง และถุงยางอนามัย

ประชาชนส่วนมากมีพฤติกรรมในการเรียกร้องสิทธิของผู้บริโภคน้อยคือเมื่อประชาชนซื้อผลิตภัณฑ์อาหารแล้วพบเสียจะทิ้งผลิตภัณฑ์นั้นไปโดยไม่เรียกร้องสิทธิ ร้อยละ 77.0 มีเพียงบางครั้งที่เรียกร้องสิทธิ วิธีการที่นิยมใช้ คือการนำไปเปลี่ยน ร้อยละ 25.9 ส่วนการร้องเรียนต่อหน่วยราชการมีเพียง ร้อยละ 0.6

พฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้ศึกษาในครั้งนี้มีข้อค้นพบที่สำคัญร่วมกัน คือ กลุ่มประชากรที่แยกตามปัจจัยทั่วไปทางสังคมซึ่งพบว่ามีปัญหาด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรอื่นอย่างเด่นชัด ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้เรียน กลุ่มที่มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา กลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกร/ประมง/กรรมกร/อื่นๆ และกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มประชากรที่มีการศึกษาสูงขึ้น และกลุ่มประชากรที่มีรายได้มากขึ้นแนวโน้มมีพฤติกรรมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพดีขึ้น

ข้อเสนอเพื่อพัฒนาเชิงกลยุทธ์

เป็นข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ในปี พ.ศ. 2540 และได้เพิ่มเติมข้อเสนอแนะที่ค้นพบปี พ.ศ. 2543 รวมไว้ด้วยกันดังนี้

1. การแก้ไขปัญหาด้านผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท

1.1 ควรการแก้ไขปัญหาด้านคุณภาพมาตรฐานน้ำบริโภคฯ โดย

1.1.1 พัฒนาระบบการควบคุมก่อนออกสู่ท้องตลาดโดยนำหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice หรือ GMP) มาใช้เป็นเกณฑ์ในการอนุญาตการผลิตทุกประเภทรวมทั้งต้องมีการต่ออายุใบอนุญาต ควรมีการตรวจสอบให้เป็นไปตามเกณฑ์ก่อนการต่อใบอนุญาต ทั้งนี้เพราะการผลิตน้ำบริโภคฯ ให้ได้คุณภาพมาตรฐานนั้นไม่สามารถทำได้โดยง่าย จำเป็นต้องมีระบบการควบคุมกระบวนการผลิต สุขลักษณะที่ดี มีอุปกรณ์การผลิตที่ดี บุคลากรที่มีความรู้สูงตลอดจนเงินทุนที่มากพอ ซึ่งระบบกฎหมายใน

ปัจจุบันเปิดช่องให้สามารถผลิตน้ำบริโภคฯ ได้ ถึงแม้ว่าจะขาดองค์ประกอบที่สำคัญข้างต้นจึงส่งผลให้เกิดปัญหาต่อเนื่อง แม้ว่าในช่วงแผนฯ 6 และแผนฯ 7 ที่ผ่านมารัฐจะมีมาตรการต่างๆ ในการแก้ปัญหา เช่น การตรวจแนะนำ การยกระดับมาตรฐานการผลิต การดำเนินการตามกฎหมาย การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ผลิต เป็นต้น แต่ก็ไม่ทำให้สถานการณ์ปัญหาลดลงได้ เนื่องจากประสบปัญหาในเรื่องความครอบคลุม จำนวนเจ้าหน้าที่ที่จำกัดในการกำกับดูแล การจัดอบรมผู้ผลิตก็ยังไม่เพียงพอที่จะนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริงตลอดจนจริยธรรมในการประกอบกิจการจะเห็นได้ว่ามาตรการที่ผ่านมาเป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุ ในการแก้ไขปัญหาคคุณภาพมาตรฐานของน้ำบริโภคฯ ซึ่งจำเป็นต้องกำหนดมาตรการด้วยดังกล่าวข้างต้น ซึ่งจะส่งผลให้สถานที่ผลิตรายใหม่ที่ได้รับอนุญาตมีคุณภาพมาตรฐานสูงขึ้น และยังเป็นการลดจำนวนสถานที่ผลิตน้ำบริโภคฯ เดิม ที่ไม่ได้มาตรฐานและลดภาระในการกำกับดูแลหลังการอนุญาต

1.1.2 พัฒนาระบบการกำกับ ดูแล หลังการอนุญาต โดย

1.1.2.1 กำหนดมาตรการให้สถานที่ผลิตที่ได้รับอนุญาตแล้วปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP ซึ่งมีหลายวิธี เช่น ส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคน้ำจากผู้ผลิตที่ได้รับ GMP เท่านั้น โดยการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง

1.1.2.2 แก้ไขกฎหมายให้มีการกำหนดอายุของใบสำคัญการใช้ฉลากน้ำบริโภค

1.1.2.3 กำหนดให้ใบรับรอง GMP มีวันสิ้นอายุ

1.1.2.4 ดำเนินการตามกฎหมายอย่างจริงจังกับผู้ประกอบการที่ผลิตน้ำบริโภคฯ ไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน

เมื่อดำเนินการตามที่ได้กล่าวข้างต้นไประยะหนึ่ง ควรกำหนดให้ GMP เป็นกฎหมาย

1.1.3 ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการควบคุมคุณภาพน้ำประปาให้ประชาชนมีความมั่นใจว่าสามารถบริโภคได้ซึ่งเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งสำหรับผู้บริโภค

1.2 การแก้ไขปัญหาการใช้ภาชนะบรรจุชนิดถังของผู้ผลิตรายอื่น การแก้ไขปัญหามีใช้เรื่องง่าย จำเป็นต้องมีปัจจัยแวดล้อมที่เหมาะสมและต้องใช้มาตรการหลายๆ ด้านไปพร้อมๆ กัน จึงจะสัมฤทธิ์ผล คือ

1.2.1 มีการปฏิบัติตามแนวทางร่วมดำเนินการเพื่อลดและขจัดปัญหาการกระทำฝ่าฝืนกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (Compliance Policy) อย่างจริงจังในทุกจังหวัดโดยเสมอภาคกัน

1.2.2 มีการดำเนินการกำหนดขั้นตอนและเวลาแก้ไขปัญหของจังหวัดร่วมกับภาคเอกชน เช่น ชมรม, สมาคม หรือ องค์กรผู้บริโภค เพื่อให้เกิดความมีเอกภาพในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

2. การแก้ไขปัญหาเรื่องเกลือบริโภค ในด้านคุณภาพและการเข้าถึงของครัวเรือนผู้บริโภค

2.1 พนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ. ควบคุมอาหาร ควรเพิ่มความตระหนักในการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามประกาศฯ ฉบับที่ 153 ว่าด้วยเกลือบริโภค และแนวทางปฏิบัติใน Compliance Policy

2.2 ควรเพิ่มการสนับสนุนกระตุ้นเตือน (Advocacy) ผู้ผลิต ผู้จำหน่ายให้ผลิตและจำหน่ายเกลือบที่ได้คุณภาพมาตรฐาน

2.3 ควรเพิ่มการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ความรู้แก่ประชาชนให้เกิดพฤติกรรมบริโภคและเลือกซื้อเกลือบบริโภคที่เสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานเท่านั้น

2.4 ควร Advocate ให้มีภาคีความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายเฝ้าระวัง เช่น โรงเรียน องค์กร ผู้บริโภค ท้องถิ่น ในการผลิตและกระจายเกลือบไอโอดีน

2.5 อาจมีความจำเป็นต้องขยายความครอบคลุมการเติมสารไอโอดีน ในอุตสาหกรรมอาหารที่ประชาชนนิยมบริโภคและต้องใช้เกลือในการผลิต บังคับใช้เป็นกฎหมายรวมทั้งการสนับสนุนให้รัฐวิสาหกิจที่มีอยู่แล้ว เช่น องค์การเภสัชกรรม ผลิตเกลือเสริมไอโอดีน เพื่อรักษามาตรฐานและพยุงราคาเกลือเสริมไอโอดีนให้ประชาชนเข้าถึงได้ทั่วครัวเรือน (Universal Salt Iodization)

2.6 ในแต่ละพื้นที่ เช่น ในระดับเขต ควรสนับสนุนการลงทุน เช่น เงินกู้ เพื่อพัฒนาโรงงานผลิตเกลือเสริมไอโอดีนให้เป็นโรงงานต้นแบบ (Pilot Plant) เพื่อเป็นแบบอย่างในการพัฒนาของโรงงานอื่นภายในเขต

3. การแก้ปัญหาด้านการฝ่าฝืนกฎหมายในผลิตภัณฑ์อื่น ๆ

3.1 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรปรับปรุงระบบให้มุ่งเน้นการกำกับ ดูแล ตรวจสอบ หลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาด (Post-Marketing Control) ให้มีความเข้มแข็งและมีการดำเนินกิจกรรมในระดับปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยเน้นการสนับสนุนกระตุ้นเตือน (Advocacy) ให้จังหวัดปฏิบัติร่วมกับท้องถิ่นโดยลดขั้นตอนและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมก่อนออกสู่ท้องตลาดที่ไม่จำเป็นลง

3.2 เพิ่มบทบาทของภาคเอกชน เช่น ชมรม สมาคมผู้บริโภคให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล ตรวจสอบเมื่อผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาดอย่างเป็นรูปธรรม

3.3 ดำเนินการตามกฎหมายอย่างจริงจังกับผู้ฝ่าฝืน

3.4 ปรับปรุงการควบคุมการกระจายยากกลุ่มสเตียรอยด์ รวมทั้งวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภท 3 และ 4 ให้จำหน่ายได้เฉพาะสถานพยาบาล ปรับปรุงรายการยาสามัญประจำบ้านและยาบรรจุน้ำหนักให้มีรายการมากขึ้นและเพียงพอต่ออาการของโรคที่พบบ่อยในชุมชนและมีการพัฒนาร้านขายยาอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

3.5 ดำเนินการรณรงค์ให้ประชาชนอ่านฉลากก่อนซื้อหรือบริโภคอย่างต่อเนื่องซึ่งจะสัมฤทธิ์ผลได้จำเป็นต้องดำเนินการมาตรการอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย ได้แก่ การกำกับดูแลให้ฉลากมีความถูกต้องตามกฎหมายกำหนดหรือที่ได้รับอนุญาตไว้

4. ปรับปรุงระบบการวางแผนการปฏิบัติงาน

ปรับปรุงระบบการวางแผนการปฏิบัติงานให้มีเป้าหมายครอบคลุมสถานประกอบการ และผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในความดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เช่น การวางแผนเก็บตัวอย่างประจำปี ควรให้มีการตั้งเป้าหมายที่ครอบคลุมเพียงพอในการกำกับดูแลและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้ในการดำเนินการตามกฎหมายให้ใช้ห้องปฏิบัติการของภาครัฐ ส่วนในการเฝ้าระวัง การศึกษาวิจัยและอื่นๆ ที่มีได้ดำเนินการตามกฎหมาย ควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนหรือสถาบันการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการแทน

5. การพัฒนาความร่วมมือให้เกิดเครือข่าย

การพัฒนาความร่วมมือให้เกิดเครือข่ายการปฏิบัติงานกับสถาบันการศึกษาที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค เพื่อให้เกิดเครือข่ายการทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งในด้านการพัฒนาบุคลากร และการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้โดยมีการกำหนดเป็นแผนงานอย่างชัดเจน การพัฒนาดังกล่าวจะส่งผลให้มีการพึ่งพาตนเอง และการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นมากขึ้น

6. การสำรวจสถานการณ์ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในปีต่อไป

6.1 ควรสนับสนุนการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) คือมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในวงกว้าง เช่น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ สถาบันการศึกษา รวมทั้งภาคเอกชน

6.2 ควรมีการวางแผนร่วมกันในการสำรวจสถานการณ์อย่างเป็นขั้นตอนและมีระบบ หรือมีแผนแม่บทร่วมกัน เนื่องจากการสำรวจสถานการณ์มีปัจจัยที่ศึกษามากและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายแห่ง

6.3 การวางแผนเก็บตัวอย่างประจำปีควรสอดคล้องกับบริบทการสำรวจสถานการณ์ที่คาดว่าจะดำเนินการต่อไปเพื่อลดภาระกิจและค่าใช้จ่าย

7. ควรมีการศึกษาในบริบทเพื่อการวางแผนนโยบายของประเทศในการจัดปัญหาการขาดสารอาหารจำเป็นในกลุ่มเสี่ยงคนไทย (Policy Direction on Micronutrient Deficiency Elimination) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย สถาบันวิจัยอาหารและโภชนาการ เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวงจรอาหาร

8. ควรมีการศึกษาเพื่อวางนโยบายทิศทางของประเทศเกี่ยวกับการบริหาร ความเสี่ยง การใช้การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ และการโฆษณาในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Functional Foods) และกลุ่มโภชนเภสัช (Nutraceuticals) โดยข้อ 7 และ 8 ควรเป็นหัวข้อศึกษาวิจัยร่วมและมีความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อนำมากำหนดนโยบายประเทศให้ชัดเจนในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข หรือ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ต่อไป.

I เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Guidelines for Drinking-Water Quality Volume 1 Second Edition: France 1993
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การประเมินผลการปฏิบัติงานแผนงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ภายใต้แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534 (นนทบุรี-สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2535)
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกองโภชนาการ กรมอนามัย. เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการส่งเสริมการควบคุมคุณภาพเกลือไอโอดีน : แลกเปลี่ยนองค์การอนามัยโลก เรื่อง สารไอโอดีนในเกลือ (พ.ศ. 2538)
5. สุภาพ สอนปาน. การเก็บรักษา และความคงตัวของเกลือเสริมไอโอดีน. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการส่งเสริมการควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกองโภชนาการ กรมอนามัย 2538
6. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ระบบยาของประเทศไทย (กรุงเทพฯ : 2537) หน้า 825-827

เปิดประตู

สู่



มิติใหม่ กองสารวัตร

ภญ. ศรีนวล กรกษกร

หัวหน้าด้านอาหารและยาทำอาหารกลางกรุงเทพ (คลังสินค้า)
กองสารวัตร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระแสของเทคโนโลยีที่ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างไร้ขอบเขตนำไปสู่ยุคโลกไร้พรมแดน ที่แม้แต่อาณาเขตพรมแดนธรรมชาติก็ไม่อาจปิดกั้นข้อมูลข่าวสาร การไหลเวียนของสินค้าและเทคโนโลยีใหม่จากทั่วโลกได้ ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสารหรือสินค้าก็ดีย่อมมีทั้งที่เป็นคุณและโทษต่อผู้รับ ประโยชน์สูงสุดที่เหมาะสมจึงขึ้นกับวิจารณญาณของผู้บริโภค ประเทศกำลังพัฒนาอย่างไทยย่อมตกเป็นเป้าหมายของโลกศิวิไลซ์โดยใช้ "กลไกตลาดและการค้าเสรี" เป็นกลยุทธในการทำมาค้าขาย โดยเฉลี่ยพื้นฐานทางการศึกษา ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ ของคนไทยยังเป็นรองโลกสากล ประกอบกับกฎกติกาที่ซีกโลกตะวันตกกำหนดขึ้น ทำให้ไทยไม่สามารถใช้มาตรการทางภาษีหรือเหตุผลเดิมๆ เป็นกำแพงสกัดกั้นสินค้าจากต่างประเทศเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของชาติและคนไทย ในภาวะการณ์เช่นนี้ เบื้องต้นคงจะพึงได้แต่เพียง "มาตรการทางสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช (SPS)" เป็นที่รู้และยอมรับกันโดยทั่วว่ามาตรการนี้ในส่วนของผู้ผลิตและผู้ส่งออก เป็นหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหากเป็นการนำเข้าผลิตภัณฑ์สุขภาพก็ต้องนึกถึง "ด้านอาหารและยา"

ทำไมจึงเป็นด้านอาหารและยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีหน้าที่รับผิดชอบในการคุ้มครองผู้บริโภคโดยกำกับ ดูแล ผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งที่ผลิตในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศให้ได้คุณภาพมาตรฐานตามข้อกำหนดของกฎหมาย และปลอดภัยต่อการบริโภคของประชาชน ระบบผลิตภัณฑ์แต่ละประเภท เป็นผู้

กำกับดูแลผลิตภัณฑ์ตั้งแต่ก่อนออกสู่ท้องตลาดจนกระทั่งหลังออกสู่ท้องตลาด ส่วนการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกประเภทขณะนำเข้าเป็นบทบาทความรับผิดชอบของด้านอาหารและยา เท่าที่เล่าขานกันมาของพี่ๆ สารวัตรยุคกองควบคุมอาหารและยาสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สารวัตรอาหารและยาได้ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ศุลกากรมาเป็นเวลานานก่อนปี 2500 โดยยึดตามหลักสากลที่ประเทศต่างๆ ดำเนินการกันอยู่ ตลอดระยะเวลาเกือบ 50 ปี ที่ผ่านมานั้น ผ่านอุปสรรคปัญหา นานามากมาย ค่อยตัดเหตุ คลายปม ประสานการทำงานร่วมกันบนฐานของการคุ้มครองผู้บริโภคเรื่อยมา จนมีการกำหนด "ด้านนำเข้ายา" ในพระราชบัญญัติยา ตำแหน่งและโครงสร้างของผู้ปฏิบัติงาน ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา จนถึงเวลาที่ "ด้านนำเข้า" ควรได้รับการแก้ไขให้ตรงกับภาระรับผิดชอบที่เป็นตัวแทนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ไปปฏิบัติงานนอกสถานที่ทำการของกระทรวงสาธารณสุข โดยประสานงานกับหน่วยงานต่างกรม ต่างกระทรวง ด้วยความรวดเร็ว และคล่องตัวในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้ง นำเข้า-ส่งออก ตามภาระที่ได้รับมอบหมายในกฎหมายทุกฉบับที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบอยู่ให้เป็น "ด้านอาหารและยา"

กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของด้านอาหารและยา

1. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2518 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2528 และ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530

2. พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2535

3. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2530

4. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

5. พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531

6. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535

7. พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535

8. พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533

❶ ฐานที่เปิดให้บริการแล้ว

1. ด้านอาหารและยา กองวิเคราะห์สินค้า
2. ด้านอาหารและยา ท่าเรือกรุงเทพ
3. ด้านอาหารและยา ท่าอากาศยานกรุงเทพ (อาคารผู้โดยสารขาเข้า 1 และอาคารผู้โดยสารขาเข้า 2)
4. ด้านอาหารและยา คลังสินค้า ท่าอากาศยานกรุงเทพ
5. ด้านอาหารและยา ไปรษณีย์กรุงเทพ
6. ด้านอาหารและยา การรถไฟลาดกระบัง
7. ด้านอาหารและยา สะเดา จังหวัดสงขลา
8. ด้านอาหารและยา ปาดังเบซาร์ จังหวัดสงขลา
9. ด้านอาหารและยา ท่าอากาศยานเชียงราย
10. ด้านอาหารและยา ท่าอากาศยานเชียงใหม่
11. ด้านอาหารและยา ท่าอากาศยานภูเก็ต
12. ด้านอาหารและยา ท่าอากาศยานหาดใหญ่

ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่ต้องนำเข้าอาหารเพื่อการบริโภคของประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นของคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพ และความคุ้มค่าของทรัพยากรที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์ จึงได้กำหนดระเบียบกฎเกณฑ์การตรวจสอบสินค้านำเข้าอย่างเข้มงวด ณ จุดนำเข้า นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ได้มีข้อเสนอแนะให้มีการตรวจสอบยา ณ จุดนำเข้า และให้เก็บตัวอย่างยาตรวจ

วิเคราะห์ทุกครั้งที่มีการนำเข้า จัดโครงการให้นานาประเทศร่วมกันหาทางป้องกันการนำยาปลอมออกแพร่กระจายในประเทศ ด้านอาหารและยาก็มีแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคตามหลักสากลข้างต้นเช่นเดียวกัน ดังนี้

1. ควบคุม ตรวจสอบ ติดตาม การนำเข้า นำผ่าน และส่งออกซึ่งผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้เป็นไปตามหลักวิชาการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2. การตรวจวิเคราะห์เบื้องต้น ณ ด้านอาหารและยา และ/หรือ เก็บตัวอย่างส่งวิเคราะห์ทางวิชาการ

3. ยึด อยัด ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่นำเข้า นำผ่าน และส่งออก ที่กระทำการฝ่าฝืนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย และหลักวิชาการในการคุ้มครองผู้บริโภค

5. ให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แจง การปฏิบัติงานตามกฎหมายแก่ผู้ประกอบการธุรกิจ หรือหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง

6. เฝ้าระวังและติดตามผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากเทคโนโลยีใหม่และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงด้านคุณภาพมาตรฐาน

7. พิจารณาอนุญาตนำเข้า/ส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ ด้านอาหารและยา

จากการปรับภาพมิติใหม่ของกองสารวัตรเป็นการดำเนินงานเฉพาะงานด้านสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานั้น ผลสัมฤทธิ์ของงานที่เป็นเป้าหมาย คือ การคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่นำเข้าให้บริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐานปลอดภัย ส่งเสริมการส่งออกผลิตภัณฑ์ของไทย และสกัดการลักลอบนำสิ่งผิดกฎหมายเข้ามาในประเทศ ในฉบับนี้ ขอเสนอภาพองค์กรและการะับผิดชอบโดยรวมในโอกาสข้างหน้าจะได้นำผลงานที่ได้ดำเนินการแล้วมาเผยแพร่ต่อไป



สารานี้
เพื่อคุณ

DOUCE CALMANTE
MOISTURIZING CREAM

Cellular Eye Mouth Cream
The Skin's Best Friend

ปรัชญา

"การคุ้มครองผู้บริโภค"

ภก.วัฒนา อัครเอกผดุง
เภสัชกร 8 วช. ส่วนพัฒนางาน คมส.
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หัวใจของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ "ผู้บริโภค" ดังปรัชญาที่เขียนไว้ว่า "คุ้มครอง ห่วงใย ใส่ใจคุณภาพ" นั้น อาจอธิบายตามความหมายของคำได้ดังนี้

1. **การคุ้มครอง** หมายความว่า การคุ้มครอง การป้องกัน ปกป้อง ระวัง ดูแล พิทักษ์รักษา ให้การรักษา กันไว้ไม่ให้เกิดภัยอันตราย บาดเจ็บ หรือเกิดความเสียหาย ตามบทบาท อำนาจหน้าที่ที่รับผิดชอบอยู่ โดยมี กฎหมาย พระราชบัญญัติ กฎกระทรวง ประกาศ คำสั่ง ระเบียบปฏิบัติ เพื่อควบคุมกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมายที่บังคับใช้

2. **ความห่วงใย** หมายความว่า ความเป็นห่วง ความผูกพัน เกี่ยวข้อง ตระหนักถึงความสำคัญ ความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่

3. **ความใส่ใจ** หมายความว่า ความมุ่งมั่น ความมุ่งมั่น ความเพียรพยายามทำให้ดีที่สุด เต็มความสามารถ

4. **คุณภาพ** หมายความว่า คุณภาพของการบริการ คุณภาพของงานวิชาการ (ตั้งคำขวัญ ที่ว่า บริหาร บริการ ดี มีคุณภาพ และโปร่งใส) คุณภาพของบุคลากร คุณภาพของสถานประกอบการผลิต นำเข้า จำหน่าย บริการใช้รับจ้าง คุณภาพของผลิตภัณฑ์ ทั้ง 8 ประเภท (อาหาร ยา เครื่องสำอาง ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เครื่องมือแพทย์ วัตถุมีพิษ สารระเหย) และคุณภาพชีวิตของผู้บริโภค

น วิธีการพัฒนาคุณภาพ

1. เพิ่มศักยภาพผู้บริโภค
2. เพิ่มศักยภาพชุมชน
3. เพิ่มคุณภาพของผู้ประกอบการ
4. เพิ่มความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์
5. เพิ่มศักยภาพภาครัฐ
6. เพิ่มศักยภาพองค์กรเอกชน NGO
7. เพิ่มคุณภาพของระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

1. การบริโภคศึกษา
2. การสาธารณสุขมูลฐาน,เศรษฐกิจชุมชน
3. Pre-marketing Control, GMP, HACCP, ISO, Post-marketing Control
4. Surveillance, APRs (Adverse Product Reaction Surveillance), ADRs (Adverse Drug Reaction Surveillance)
5. การมอบอำนาจให้ส่วนภูมิภาค การกระจายอำนาจให้ส่วนท้องถิ่นมากขึ้น
6. มอบอำนาจ, ให้การสนับสนุน NGO
7. ใช้กลไกประชารัฐ, พหุภาคี

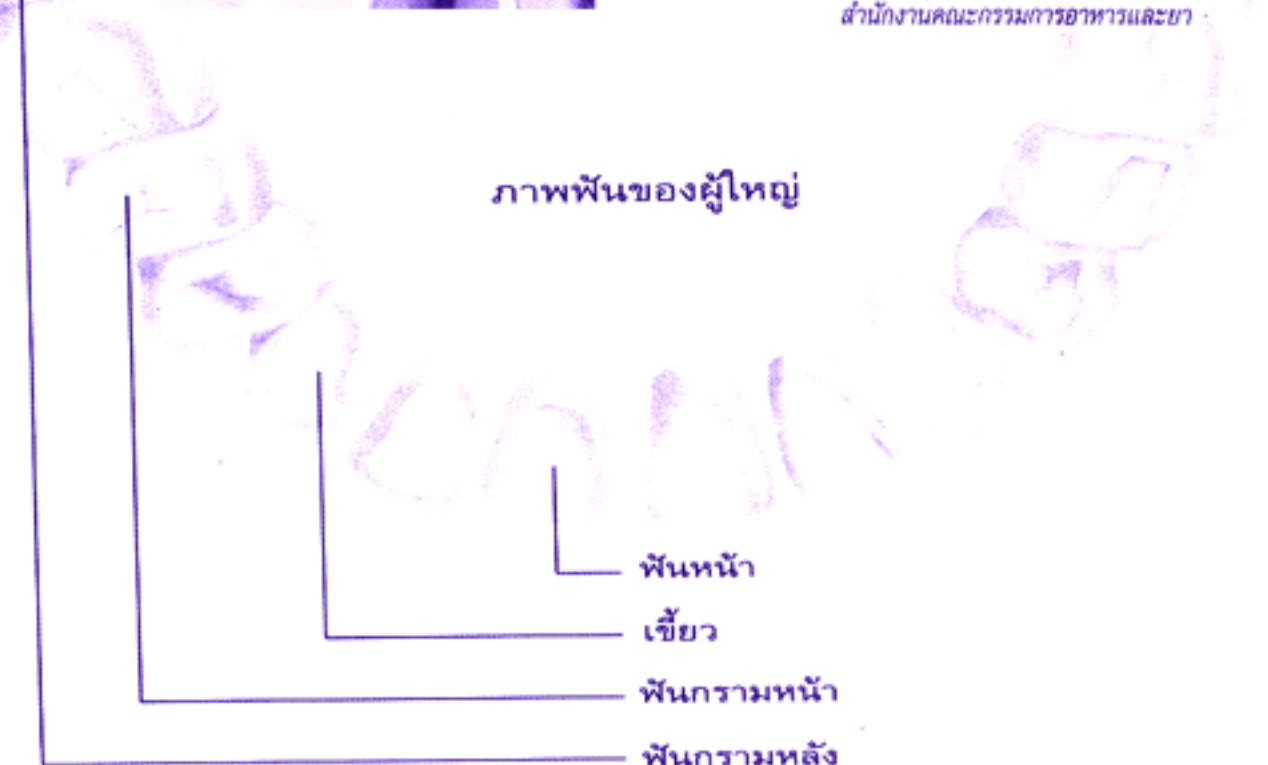


รักษฟัน

รู้จักยาสีฟัน



ภญ. ดร. วราวุธ สรสุชาติ
กองควบคุมเครื่องสำอาง
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



ปัจจุบันการใช้ยาสีฟันบรรจุหลอดเพื่อทำความสะอาดและดูแลรักษาฟันให้มีสุขภาพดีนั้นเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย มนุษย์มีการใช้ยาสีฟันมาตั้งแต่สมัยอียิปต์โบราณ หรือ 1500 ปีก่อนคริสตกาล (1500 B.C.) ยาสีฟันในสมัยนั้นเป็นผงของหินเหล็กไฟ สนิมเขียว โคลนเขียว ผงรูป และน้ำผึ้ง ส่วนในสมัยกรีก และโรมันโบราณนั้น เชื่อกันว่ายาสีฟันทำมาจากเขากวางป็น แก้วจากกระดูกสัตว์ ผงจากหินภูเขาไฟและหินอ่อน น้ำผึ้ง และสมุนไพรหลากหลายชนิด ซึ่งใช้มาจนถึงสมัยยุคกลาง สำหรับยาสีฟันในรูปแบบที่ใช้กันอยู่ขณะนี้ ได้มีการเริ่มใช้มาตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 โดยยาสีฟันชนิดแรกที่บรรจุในหลอด ได้แก่ยาสีฟันเซฟฟิลด์ (Sheffield) ซึ่งวางจำหน่ายในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1850⁽¹⁾ จนกระทั่งประมาณปี ค.ศ. 1960 จึงได้มีการเริ่มใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ขึ้นและเป็นที่นิยมโดยทั่วไปในเวลาต่อมาส่วนผสมในยาสีฟันที่ใช้ในปัจจุบัน สารที่ผสมเพื่อขัดฟัน เช่น ซิลิกา (silica) แคลเซียมฟอสเฟต (calcium phosphate) หรือ แคลเซียมคาร์บอเนต (calcium carbonate) ก็เป็นส่วนประกอบของหินที่ใช้ในการแปรงฟันในสมัยโบราณนั่นเอง

สำหรับประเทศไทยนั้น คนในสมัยโบราณดูแลรักษาฟันโดยใช้เกลือ หรือสมุนไพรต่างๆ เช่น ข่อย พืชมะนาว กานพลู ซึ่งมีคุณสมบัติในการดูแลสุขภาพฟันและลดการเกิดกลิ่นปาก ในปัจจุบันยาสีฟันบรรจุหลอดซึ่งอยู่ในรูปกึ่งแข็งกึ่งเหลว (paste) หรือเจล (gel) เป็นที่คุ้นเคยกันดีทั่วทั้งโลก และเป็นผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพฟันและช่องปากที่นิยมใช้มากที่สุด ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เริ่มมีการจำหน่ายในประเทศไทยตั้งแต่ราวๆ ปี ค.ศ. 1970 การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นวิธีที่สะดวก ประหยัด และปลอดภัยที่สุด ในการเสริมฟลูออไรด์ให้กับฟัน และช่วยให้ช่องปากได้มีโอกาสสัมผัสกับฟลูออไรด์บ่อยมากขึ้น ยาสีฟันอาจอยู่ในรูปแบบอื่นๆ ก็ได้ เช่น ผง ผงเปียก และของเหลว

U นวัตกรรมของยาสีฟัน

1. ทำความสะอาด

วัตถุประสงค์หลักในการใช้ยาสีฟันคือ ทำความสะอาดฟัน ซึ่งยังได้ประโยชน์ในการทำทำความสะอาดและดูแลรักษาสุขภาพช่องปากด้วย โดยปกติแล้วฟันและช่องปากเป็นแหล่งสะสมของสารหลายชนิด ดังแสดงในตารางที่ 1 สารบางอย่างเช่น พัลัค (plaque) และสารที่มีแบคทีเรียสะสมเป็นสาเหตุให้เกิดฟันผุและเหงือกอักเสบได้ นอกจากนี้สารบางชนิดจากอาหารและคราบบุหรืออาจทำให้ฟันเป็นคราบ และเปลี่ยนสีของฟันไป สารสะสมเหล่านี้อาจจะทำความสะอาดออกได้ยากด้วยวิธีการแปรงเท่านั้น แต่สามารถกำจัดออกไปได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยสารชำระล้าง และสารขัดฟัน (abrasive agents) ซึ่งเป็นส่วนผสมสำคัญในยาสีฟัน

การกำจัดสารสะสมต่างๆ เหล่านี้ออกไป จึงเป็นการลดโอกาสการเกิดฟันผุ ช่วยลดการสะสมคราบเชื้อแบคทีเรีย พัลัค หินปูน และยังลดกลิ่นปาก ได้อีกด้วย

ตารางที่ 1 สารสะสมในช่องปากและฟัน

สารสะสมในช่องปากและฟัน	
1. สารสะสมบนฟัน	
1.1 พัลัค (plaque)	
1.2 หินปูน	
1.3 คราบต่างๆ	
1.3.1 จากแหล่งภายนอก	(1) อาหาร (2) บุหรี่ (3) โลหะ
1.3.2 จากแหล่งภายใน	(1) สารที่มาจากการสลายตัวของเนื้อเยื่อในช่องปาก (2) สารที่เปลี่ยนแปลงมาจากยา (3) สารที่เกิดจากการพัฒนาเคลือบฟันที่ไม่สมบูรณ์
2. สารสะสมบนเยื่อช่องปาก	
2.1 สารสะสมบนเหงือกและเยื่อช่องปาก	
2.2 ฝ้าบนลิ้น	

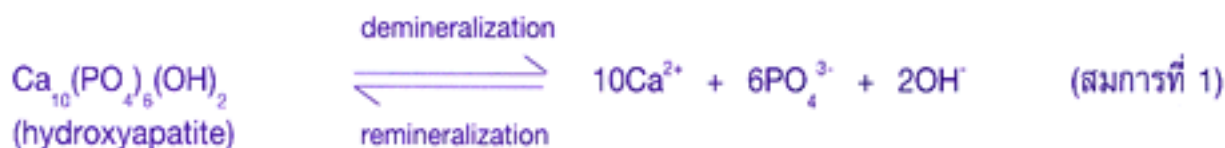
ที่มา : Mitsui T. Oral Care Cosmetic. In New Cosmetic Sciences. Elsevier. New York. 1997: 479-90.

2. ช่วยป้องกันฟันผุ

นอกจากการใช้ยาสีฟันจะเป็นการรักษาทำความสะอาดฟันและช่องปาก ซึ่งช่วยลดการเกิดฟันผุได้นั้น การใช้ยาสีฟันทำความสะอาดฟันยังช่วยป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยการผสมฟลูออไรด์ในรูปของเกลือต่างๆ เช่น โซเดียมฟลูออไรด์ (sodium fluoride) โซเดียมโมโนฟลูออโรฟอสเฟต (sodium monofluorophosphate) สแตนนัสฟลูออไรด์ (stannous fluoride) และแอมมีนฟลูออไรด์ (amine fluoride)

ฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุโดยกลไกหลัก คือ การยับยั้งกระบวนการสลายแร่ธาตุจากตัวฟัน (demineralization) และส่งเสริมกระบวนการสร้างแร่ธาตุคืนกลับบนตัวฟัน (remineralization) ซึ่งเป็นผลในระยะหลังการขึ้นของฟัน (post-eruptive effect)⁽³⁾

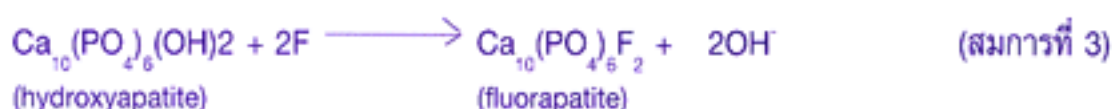
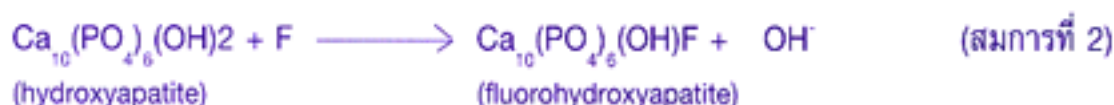
โดยปกติผิวเคลือบฟัน (enamel) มีส่วนประกอบของไฮดรอกซีแอฟพาไทต์ (hydroxyapatite) อยู่ กระบวนการสลายตัวของไฮดรอกซีแอฟพาไทต์จากตัวฟันเป็นแคลเซียมไอออน (Ca^{2+}) ฟอสเฟตไอออน (PO_4^{3-}) และไฮดรอกไซด์ไอออน (OH^-) นี้เรียกว่า demineralization ส่วนกระบวนการที่มีการสร้างไฮดรอกซีแอฟพาไทต์ กลับมาใหม่นั้นเรียกว่า remineralization (สมการที่ 1)⁽³⁾



การสะสมของแบคทีเรียในช่องปากหรือการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต จะทำให้ช่องปาก มีความเป็นกรดมากขึ้น ส่งผลให้สารไฮดรอกซีแอฟพาไทต์สลายตัวออกมามากขึ้น

หากมีการสลายตัวของไฮดรอกซีแอฟพาไทต์มากแต่มีการสร้างกลับน้อย เคลือบฟันก็จะขาดแร่ธาตุ ที่แข็งแรง ถูกทำลายได้ง่ายและเกิดฟันผุได้ในที่สุด

เมื่อมีฟลูออไรด์อยู่ ฟลูออไรด์จะทำปฏิกิริยากับไฮดรอกซีแอฟพาไทต์ เกิดเป็นฟลูออโรไฮดรอกซีแอฟพาไทต์ (fluorohydroxyapatite) และฟลูอออแอฟพาไทต์ (fluorapatite) (สมการที่ 2 และ 3)⁽³⁾



ซึ่งจะจับอยู่ที่ผิวเคลือบฟัน เป็นการเสริมการสร้างแร่ธาตุนบนเคลือบฟัน นอกจากนี้ฟลูออโรไฮดรอกซีแอฟพาไทต์ และฟลูอออแอฟพาไทต์มีความแข็งแรงมากกว่า และมีความต้านทานต่อการกรดมากกว่าไฮดรอกซีแอฟพาไทต์ จึงช่วยให้เคลือบฟันแข็งแรงมากขึ้น มีการสลายตัวช้าลง และลดการเกิดฟันผุได้ ขั้นตอนนี้เกิดในระยะหลัง การขึ้นของฟัน

นอกจากนี้ฟลูออไรด์ยังเสริมสร้างเคลือบฟันให้แข็งแรงในระยะก่อนการขึ้นของฟัน (pre-eruptive effect) ได้ด้วย โดยฟลูออไรด์เข้าไปจับกับผลึกของแอฟพาไทต์เกิดเป็นฟลูอออแอฟพาไทต์⁽³⁾ ทำให้มีความต้านทานต่อการกรดจากแบคทีเรียได้ดี

อีกกลไกหนึ่งคือระงับการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียและยับยั้งการสร้างกรดของเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะ Streptococcus mutans แต่อย่างไรก็ตามความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำลายโดยทั่วไปนั้น ไม่สูงพอที่จะรบกวนกระบวนการสร้างพลังงานของเชื้อแบคทีเรียได้ กลไกนี้จึงไม่น่าจะเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมฟันผุของฟลูออไรด์

❶ วนผสมในยาสีฟัน

ยาสีฟันประกอบด้วยสารชำระล้างและสารขัดฟันเพื่อใช้ในการทำความสะอาดฟัน ส่วนผสมอื่นๆ เป็นส่วนผสมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการทำความสะอาด เพิ่มความคงตัวของผลิตภัณฑ์ และช่วยให้ผลิตภัณฑ์ มีกลิ่น รส และสีน่าใช้ น้ำเป็นส่วนประกอบหลักของยาสีฟันเช่นกัน ในยาสีฟันอาจมีน้ำเป็นส่วนผสมอยู่ 20-30% เพื่อใช้เป็นตัวทำละลายเนื่องจากสารที่ใช้เป็นส่วนประกอบในยาสีฟันละลายในน้ำหรือเข้ากับน้ำได้ดี นอกจากนี้ยังเป็นส่วนผสมสำคัญเพื่อให้ยาสีฟันให้อยู่ในรูปแบบกึ่งแข็งกึ่งเหลวหรือเจล ส่วนผสมหลักที่ใช้ ในยาสีฟันแสดงในตารางที่ 2 สำหรับส่วนผสมอื่นๆ ที่ใช้ในยาสีฟันซึ่งอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประเภทของ ยาสีฟันได้แสดงเป็นตัวอย่างไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ส่วนผสมหลักที่ใช้ในยาสีฟัน

ประเภท	ส่วนผสม	ประโยชน์ในการใช้
สารขัดฟัน (abrasive agents)	Calcium carbonate Calcium phosphate, dibasic Silica Aluminium hydroxide Sodium bicarbonate	ขจัดสิ่งสกปรกโดยไม่ทำให้พื้นผิวของฟันเป็นรอย
สารชำระล้าง/ทำให้เกิดฟอง (foaming agents)	Sodium lauryl sulfate	ช่วยชำระล้างสารที่ไม่ละลายในน้ำ ขจัดสิ่งสกปรก ช่วยกระจายยาสีฟันในช่องปากในระหว่างการแปรงฟัน
สารให้ความชุ่มชื้น (humectants)	Glycerin Sorbitol Polyethylene glycol	ช่วยเก็บความชุ่มชื้นและให้ความยืดหยุ่นแก่ส่วนผสมที่เป็นผงในผลิตภัณฑ์
สารทำให้เกาะตัว/สารเพิ่มความหนืด (binding agents/thickening agents) สารแต่งกลิ่นและรส (flavoring agents)	Sodium carboxymethyl cellulose Carrageenan Sodium saccharin Peppermint oil Spearmint oil Menthol	ทำให้ส่วนผสมที่เป็นผงและของเหลวในผลิตภัณฑ์เกาะกัน แต่งกลิ่นและรสให้ผู้ใช้รู้สึกว่าร่องปากสะอาดสดชื่น และมีกลิ่นหอม
สารแต่งสี (coloring agents) สารกันเสีย (preservatives)	สีที่อนุญาตให้ใช้ในเครื่องสำอาง Methyl paraoxybenzoic acid (methyl paraben) Butyl paraoxybenzoic acid (butyl paraben)	แต่งสีให้ผลิตภัณฑ์ดูดีน่าใช้ ป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียในผลิตภัณฑ์
ตัวทำละลาย (vehicle)	น้ำ*	เป็นตัวทำละลายสำหรับส่วนผสมอื่นๆ และใช้เพื่อเตรียมยาสีฟันให้อยู่ในรูปแบบกึ่งแข็งกึ่งเหลว หรือเจล

*สำหรับยาสีฟันในรูปพวงนั้นไม่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ ในขณะที่ยาสีฟันในรูปของเหลวหรือกึ่งแข็งกึ่งเหลวมีน้ำเป็นส่วนประกอบส่วนใหญ่

ที่มา : ดัดแปลงจาก Mitsui T. Oral Care Cosmetic. In New Cosmetic Science, Elsevier, New York, 1997 : 479-90.

ตารางที่ 3 ตัวอย่างของส่วนผสมอื่นๆ

ประเภท	ส่วนผสม	ประโยชน์ในการใช้
ฟลูออไรด์ (fluorides)	Sodium fluoride Sodium monofluorophosphate Stannous fluoride Amine fluoride	ช่วยป้องกันฟันผุ
สารระงับเชื้อ (antimicrobial agents)	Triclosan	ช่วยทำความสะอาด ลดกลิ่นปาก ลดการสะสมพลัค
โพลีเมอร์ (polymer)	Copolymer polyvinyl-methylether maleic acid (PVM-MA) Polyvinyl phosphonic acid (PVPA)	ช่วยให้ฟลูออไรด์หรือสารระงับเชื้อสัมผัสกับฟันได้นานขึ้น และมีประสิทธิภาพได้นานขึ้น โพลีเมอร์บางชนิด เช่น PVPA ลดการเกาะติดของเชื้อแบคทีเรียกับผิวฟัน และลดการสะสมพลัค (4)
สารสกัดจากสมุนไพร (herbal extracts)	ชอย พิมเสน กานพลู	ทำความสะอาดฟัน ลดกลิ่นปาก
เกลือต่างๆ	เกลือ (Sodium chloride) สารประกอบของสังกะสี ได้แก่ zinc chloride และ zinc citrate Strontium chloride และ sodium citrate	ลดการเกิดฟันผุ ช่วยลดการสะสมพลัค หินปูน และลดกลิ่นปาก ⁽⁵⁾ อาจใช้ร่วมกับสารระงับเชื้อแบคทีเรีย ลดการเสียวฟัน

ยาสีฟันที่จำหน่ายในประเทศไทย

1. ยาสีฟันที่ไม่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสม

ยาสีฟันที่ใช้ทำความสะอาดโดยไม่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสมนี้จัดเป็น "เครื่องสำอางทั่วไป" ไม่จำเป็นต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) และไม่ต้องมีเครื่องหมายเลขทะเบียน อ.ย. ด้วย การผลิตและการจัดจำหน่ายไม่ต้องขออนุญาตก่อน อย่างไรก็ตามเครื่องสำอางประเภทนี้ก็ต้องมีฉลากภาษาไทยและมีข้อความบนฉลากอย่างน้อยตามที่ อ.ย. กำหนด ได้แก่

ชื่อเครื่องสำอาง
ประเภทหรือชนิด
ชื่อส่วนประกอบสำคัญ
ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต
วันเดือนปีที่ผลิต
วิธีใช้
ปริมาณสุทธิ
คำเตือนตามที่กฎหมายกำหนด

ยาสีฟันกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการทำมาสะอาด ลดคราบต่างๆ ชำระล้างสิ่งสะสมต่างๆ บนฟันและในช่องปาก จึงเป็นการป้องกันฟันผุได้ระดับหนึ่งถึงแม้ว่าจะไม่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสม ในขณะเดียวกัน ยาสีฟันเหล่านี้อาจมีส่วนผสมของสารที่ลดการสะสมพลัค และหินปูน ซึ่งเป็นสาเหตุของฟันผุและเหงือกอักเสบ จึงมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพฟัน และน่าจะเหมาะสมต่อผู้บริโภคที่มีโอกาสได้รับฟลูออไรด์สูงอยู่แล้ว จากน้ำดื่ม หรืออาหาร ซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับฟลูออไรด์เสริมจากยาสีฟันอีก โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มสูงซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษเรื้อรังจากฟลูออไรด์สูงอยู่แล้วรายละเอียดของพิษเรื้อรังจากฟลูออไรด์จะกล่าวถึงต่อไป

2. ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสม

ยาสีฟันหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ สำหรับใช้ในช่องปากที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสมจัดเป็น "เครื่องสำอางควบคุมพิเศษ" โดยมีการควบคุมปริมาณของฟลูออไรด์ที่ใช้ไม่ให้เกิน 1,100 ส่วนในล้านส่วน (parts per million, ppm) หรือ 1,100 mg/L หรือ 0.11% คำนวณในรูปของฟลูออไรด์ไอออน (F^-)

ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก่อน จึงจะผลิตและจัดจำหน่ายได้ นอกจากยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ต้องมีฉลากที่ระบุข้อความอย่างน้อยตามที่ อ.ย. กำหนดเหมือนกับ "เครื่องสำอางทั่วไป" แล้ว ยังต้องมีเครื่องหมายเลขทะเบียน อ.ย. และระบุ "สารควบคุมพิเศษ" ที่ใช้เป็นส่วนผสมในยาสีฟัน ได้แก่ เกลือของฟลูออไรด์และปริมาณที่ใช้ พร้อมทั้งระบุคำเตือนตามที่ อ.ย. กำหนดบนฉลากด้วย (ตัวอย่างตามรูปที่ 1)



รูปที่ 1 ตัวอย่างฉลากยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่ผลิตในประเทศไทย

ฟันfang
Fun Fang
ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

เครื่องหมายการค้า

สารควบคุมพิเศษ : โซเดียมฟลูออไรด์ (sodium fluoride) 0.22 % (น้ำหนัก/น้ำหนัก)
 (คิดเป็นฟลูออไรด์ไอออน 1000 ส่วนในล้านส่วน)

วิธีใช้ : แปรงฟันด้วยยาสีฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

คำเตือน : เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ไม่ควรกินหรือกลืนยาสีฟัน

วันเดือนปีที่ผลิต : 02/10/43

เลขที่ผลิต : พฟ 021043

ผลิตโดย : บริษัท ยาสีฟันฟันfang จำกัด

123 หมู่ 1 อ. เมือง จ. สมุทรปราการ

ปริมาณสุทธิ : 250 กรัม

ม. 123/2543

หมายเหตุ : หมายเลขทะเบียน อ.ย. ของเครื่องหมายการค้าที่ผลิตในประเทศไทย

ขึ้นต้นด้วย "ผ." เช่น ม. 123/2543

ส่วนเครื่องหมายการค้าที่นำเข้าจากต่างประเทศขึ้นต้นด้วย "น." เช่น น. 234/2543

นอกจากนี้ฉลากสำหรับเครื่องหมายการค้าที่นำเข้าจากต่างประเทศยังต้องระบุชื่อผู้ผลิตและประเทศที่เป็นแหล่งที่ผลิต พร้อมทั้งชื่อ และที่อยู่ของผู้นำเข้าด้วย เช่น

ผลิตโดย บริษัท เอบีซี จำกัด ประเทศสหรัฐอเมริกา

นำเข้าโดย บริษัท 123 จำกัด

1 ถ. พญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

3. ยาสีฟันสำหรับเด็ก

ยาสีฟันไม่ได้มีการแบ่งแยกประเภทเป็นยาสีฟันสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามผู้ผลิตบางรายได้ผลิตยาสีฟันสำหรับเด็กแยกต่างหาก โดยทั่วไปยาสีฟันสำหรับเด็กที่มีจำหน่ายในประเทศไทยเป็นยาสีฟันที่แต่งกลิ่น รส และสีให้ถูกใจเด็กๆ และมีบรรจุภัณฑ์ที่น่ารักเป็นลวดลายการ์ตูนต่างๆ ยาสีฟันบางยี่ห้อ มีปริมาณของฟลูออไรด์ที่น้อยกว่ายาสีฟันทั่วไปด้วย เช่น 500 หรือ 850 ppm (ของฟลูออไรด์ไอออน) ซึ่งเหมาะสำหรับเด็กเล็ก เพื่อลดปริมาณฟลูออไรด์ที่เด็กอาจจะกลืนเข้าไปในระหว่างแปรงฟัน ในขณะที่เดียวกันก็มีฟลูออไรด์จำนวนหนึ่งไปเสริมสร้างเคลือบฟันให้แข็งแรงขึ้นในระยะที่มีการสร้างเคลือบฟัน

การใช้ยาสีฟันที่แต่งกลิ่นและรสเหมือนขนมนี้ต้องระมัดระวังไม่ให้เด็กๆ กินยาสีฟันเหมือนกินขนม เนื่องจากอาจเกิดพิษจากฟลูออไรด์แบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรังได้ขึ้นอยู่กับปริมาณที่กินเข้าไป

การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และข้อควรระวัง

องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นวิธีหลักในการป้องกันฟันผุในทุกกลุ่มอายุ แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังในเด็กเล็ก แนะนำให้ผู้ใหญ่ควบคุมการแปรงฟันของเด็ก โดยให้ใช้ยาสีฟันปริมาณเท่าเมล็ดถั่วเขียว (หรือไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร) ต่อการแปรงฟันแต่ละครั้งในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ⁽²⁾

โดยทั่วไปผู้ใหญ่ไม่มีปัญหาจากการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ แต่สำหรับเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปีนั้น อาจเป็นฟันตกกระ (Dental Fluorosis) จากการกลืนหรือกินยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ได้ ฟันตกกระเป็นอาการ พิษเรื้อรังจากการได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณที่สูงกว่าระดับที่เหมาะสมต่อเนื่องกันเป็นเวลานานซึ่งเกิดขึ้นในระยะที่ มีการสร้างเคลือบฟัน ฟันตกกระจึงเกิดขึ้นในเด็กวัยที่อยู่ในระยะสร้างเคลือบฟันเท่านั้น ไม่เกิดขึ้นในผู้ใหญ่ ลักษณะของฟันตกกระคือมีการเปลี่ยนสีของเคลือบฟันเป็นสีขาวขุ่นเหมือนสีชอล์ค หรือหากรุนแรงขึ้นก็จะ เป็นรอยสีน้ำตาล

เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีโอกาสกลืนยาสีฟันเข้าไปได้ง่ายเนื่องจากระบบควบคุมการกลืนยังพัฒนาไม่เต็มที่ จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันตกกระได้มากหากได้รับฟลูออไรด์เกินระดับที่เหมาะสมในแต่ละวัน (0.05-0.07 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน)

นอกจากเด็กเล็กมีความเสี่ยงจากการรับฟลูออไรด์จากยาสีฟันแล้ว การได้รับฟลูออไรด์จากน้ำดื่มหรือ อาหารก็เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดฟันตกกระเช่นกัน เด็กที่ดื่มน้ำที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มสูงกว่าระดับ ที่เหมาะสมจึงมีความเสี่ยงในการเกิดฟันตกกระมากกว่าเด็กที่ดื่มน้ำที่มีฟลูออไรด์ในระดับต่ำ การป้องกันการเกิด ฟันตกกระจึงจำเป็นต้องมีการควบคุมระดับฟลูออไรด์ในน้ำและการได้รับฟลูออไรด์จากการกลืนหรือกิน ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ไปควบคู่กัน

ขนาดและวิธีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขแนะนำขนาดและวิธีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ดังนี้ ^(๓)

ขนาดที่ใช้

1. เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี
 - ให้ผู้ใหญ่บีบยาสีฟันลงในขนาดเท่าเม็ดถั่วเขียว (น้อยกว่า 0.5 เซนติเมตร) ซึ่งจะมีปริมาณฟลูออไรด์ ไม่มากกว่า 0.2 มิลลิกรัม (1000 ppm F⁻)
 - สำหรับเด็กเล็กที่ยังบ้วนน้ำไม่เป็น (น้อยกว่า 3 ปี) แต่ไม่ได้รับประทานฟลูออไรด์เสริมเป็นประจำ ให้ผู้ใหญ่บีบยาสีฟันในปริมาณเล็กน้อย ให้เปียกขนแปรงเพียงจุดเดียว
 - สำหรับเด็กเล็กที่ยังบ้วนน้ำไม่เป็น (น้อยกว่า 3 ปี) และรับประทานฟลูออไรด์เสริมเป็นประจำ ให้แปรงฟันโดยไม่ต้องใช้ยาสีฟัน
2. เด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปและผู้ใหญ่ ควรบีบยาสีฟัน 1 กรัมหรือยาวประมาณ 1 นิ้ว ซึ่งจะมีฟลูออไรด์ 1 มิลลิกรัม

วิธีใช้

1. เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปีมีข้อแนะนำดังนี้ คือ
 - ให้ผู้ใหญ่บีบยาสีฟันลงในขนาดเท่าเม็ดถั่วเขียว (น้อยกว่า 5 มิลลิเมตร)
 - ผู้ใหญ่ควรแปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งจนอายุ 8 ปีโดยใช้ scrub technique (ขยับแปรงไปมาสั้นๆในแนวนอน โดยวางขนแปรงตั้งฉากกับขอบเหงือก)
2. เด็กอายุ 8-11 ปี ให้เด็กแปรงฟันเอง โดยใช้ scrub technique

ที่มา : ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการใช้ฟลูออไรด์ในระดับชุมชน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541: 45-51.

สรุป

ยาสีฟันเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการดูแลรักษาสุขภาพฟัน การทำความสะอาดฟันด้วยยาสีฟันเป็นการลดการสะสมของสิ่งสกปรก เชื้อแบคทีเรีย คราบต่างๆ พัลลัค และหินปูน ซึ่งเป็นสาเหตุของ ฟันผุหรือเหงือกอักเสบ สุขภาพฟันที่ดียังเกี่ยวข้องกับการแปรงฟัน อย่างถูกวิธี อาหารที่รับประทาน ปริมาณฟลูออไรด์ที่ได้รับ และการพบ ทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันเป็นระยะๆ อย่างไรก็ตามการทำ ความสะอาดฟันด้วยยาสีฟัน เป็นวิธีที่ง่าย สะดวกและประหยัดที่สุด

ผู้ใหญ่และเด็กสามารถใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทดแทนกันได้ (มีปริมาณฟลูออไรด์อ่อนไม่เกิน 1,100 ppm) ในผู้ใหญ่ไม่พบปัญหาฟัน ตกกระจากการได้รับฟลูออไรด์มากกว่าระดับที่เหมาะสม แต่เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี อาจเป็นฟันตกกระได้หากกลืนหรือกินยาสีฟันเข้าไปในปริมาณที่ทำให้ได้ รับฟลูออไรด์มากเกินไประดับที่เหมาะสมต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เด็กเล็กควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากผู้ใหญ่ในขณะที่แปรงฟัน และควรใช้ยาสีฟันปริมาณเท่าเมล็ดถั่วเขียวเท่านั้นในการแปรงฟันแต่ละครั้ง

อาจเลือกใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีได้ แต่ก็ควรใช้ในปริมาณน้อยๆ และต้องระมัด ระวังไม่让孩子กินยาสีฟันเหมือนขนม เนื่องจากยาสีฟันประเภทนี้มีสี กลิ่น และรสเป็นที่ถูกใจเด็กๆ

ยาสีฟันที่ไม่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสมก็มีประโยชน์ในการดูแลรักษา สุขภาพฟันได้เช่นกัน โดยทำความสะอาด และลดการเกิดฟันผุได้เนื่องจากลดการสะสมของสารต่างๆ เชื้อแบคทีเรีย พัลลัคและหินปูน แต่ประสิทธิภาพ ในการป้องกันฟันผุอาจไม่เท่ายาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ยาสีฟันประเภทนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ได้รับฟลูออไรด์ จากน้ำดื่มหรือ อาหารในปริมาณสูงอยู่แล้ว เช่นผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่มีฟลูออไรด์สะสมในน้ำสูง



เอกสารอ้างอิง

- (1) Mitsui T. (Ed.) Oral Care Cosmetic. In New Cosmetic Science. Elsevier, New York, 1997: 479-90.
- (2) สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ในการใช้ฟลูออไรด์ในระดับชุมชน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541: 57-65.
- (3) ปิยะดา ประเสริฐสม โรคฟันผุและการใช้ฟลูออไรด์ในระดับชุมชน ในการใช้ฟลูออไรด์ในระดับชุมชน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541: 2-23.
- (4) Gaffar A., Afflitto J., Nabi N. Chemical agents for the control of plaque and plaque microflora: an overview. Eur. J. Oral Sci. 105 (5 Pt2), 1997: 502-7.
- (5) Pader, M. Product Components: Therapeutic Agents. In Oral Hygiene Products and Practice. Marcel Dekker, New York, 1988: 313-81.
- (6) ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ในการใช้ฟลูออไรด์ในระดับชุมชน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541: 45-51.
- (7) Pader, M. Fluoride. In Oral Hygiene Products and Practice. Marcel Dekker, New York, 1988: 383-417.

ความผิดพลาดที่สำคัญ ในการทำวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย คุรงค์เดช
หัวหน้าภาควิชาโภชนวิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ในการทำวิจัยซึ่งต้องการความถูกต้องของข้อมูลให้มากที่สุด จำเป็นจะต้องควบคุมข้อผิดพลาด (error) ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการดำเนินการวิจัย ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยๆ และสมควรที่จะต้องระมัดระวังเพื่อไม่ให้เกิดขึ้นมีดังนี้

1. ความผิดพลาดในการเตรียมโครงการวิจัยที่สำคัญคือการเลือกหัวข้อการวิจัยที่ใหญ่เกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิจัยที่เริ่มดำเนินการหรือทำวิจัย นอกจากนั้นไม่สามารถระบุคำถามการวิจัยที่ชัดเจนได้ การระบุคำถามการวิจัยที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มแรก จะช่วยให้การวางแผนการวิจัยสะดวกและถูกต้องมากขึ้น

2. ความผิดพลาดในการทบทวนเอกสารที่ไม่ตรงกับความต้องการของเรื่องที่ต้องการวิจัย นอกจากนั้นยังขาดความรอบคอบในการทบทวนงานวิจัยที่ผู้อื่นได้ทำมาแล้วว่ามีวิธีการอย่างไร และได้ผลอะไรบ้าง ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำวิจัย และที่สำคัญคือทบทวนเอกสารจากแหล่งข้อมูลที่ถ่ายทอดมาแล้ว เช่น คัดลอกจากข้อมูลที่มีนักวิจัยได้เขียนไว้แล้ว นอกจากนั้นการทบทวนเอกสารไม่ได้กำหนดขอบเขตของชนิดข้อมูลที่ต้องการจะรวบรวม มีผลทำให้น้อยเกินไปหรือมากเกินไปก็ได้ ที่สำคัญมิได้ทบทวนข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นนอกจากในวารสารวิชาการเท่านั้น ทำให้ครอบคลุมในวงจำกัด ปกติการทบทวนเอกสารควรค้นคว้าจากแหล่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุดที่จะทำได้

3. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการรวบรวมข้อมูล ปกติในการรวบรวมข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสัมภาษณ์ควรสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ที่

ถูกสัมภาษณ์ หากการสัมภาษณ์ขาดความสัมพันธ์ที่ดีแล้ว โอกาสที่จะได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ก็จะน้อยลง ดังนั้นความผิดพลาดที่พบบ่อย คือการรวบรวมข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ถึงแม้จะมีการทดสอบเครื่องมือที่จะนำมาใช้แล้วก็ตาม จะต้องคำนึงถึงปัจจัยในการรวบรวมข้อมูลด้วย

4. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการรวบรวมข้อมูล มักพบบ่อยเมื่อไม่มีการทดสอบความตรงประเด็นตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) ว่าตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำลังดำเนินการหรือไม่ นอกจากนั้น ในบางครั้งยังพบว่า หากผู้ทำวิจัยมีความเชื่อมั่นในเครื่องมือมาตรฐานเกินไปโดยมิได้นำไปทดสอบก่อนว่าจะสามารถนำมาใช้ในบริบทที่ตนทำวิจัยได้หรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สร้างเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานอาจกำหนดประชากรที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน

5. ความผิดพลาดที่เกิดจากการใช้สถิติที่พบบ่อยคือการเลือกใช้สถิติที่ไม่เหมาะสม โดยไม่คำนึงถึงลักษณะของข้อมูลว่ามีหน่วยหรือมาตรฐานการวัดเป็นอย่างไร นอกจากนั้นในการแปลผลข้อมูลยังเกินความเป็นจริง เช่น ตัวอย่างที่เลือกมิได้เป็นตัวแทนของประชากรก็พยายามอ้างอิงว่าเป็นตัวแทนของประชากร เป็นต้น

6. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการเลือกรูปแบบการวิจัย ตัวอย่างที่พบบ่อยคือ ไม่มีการระบุประชากรเป้าหมายที่ชัดเจน และขาดการประเมินขนาดและการเลือกตัวอย่างที่จะศึกษา หลายครั้งพบว่าใช้จำนวนตัวอย่างที่น้อยเกินไป และเปลี่ยนรูปแบบ

การวิจัย เพื่อให้สะดวกต่อการรวบรวมข้อมูล เช่น มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแห่งหนึ่งตามหลักสถิติที่กำหนดแต่เลือกตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่ไม่ได้ระบุไว้เพื่อความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล หรือการวิจัยโดยใช้อาสาสมัครมากเกินไป แทนที่จะเป็นประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างตามธรรมชาติ เนื่องจากอาสาสมัครในบางครั้งอาจมีอิทธิพลต่อผลการศึกษา ทั้งนี้เพราะอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจในเรื่องนั้นๆ ดิอยู่แล้ว ปัญหาที่พบมากอีกประการหนึ่งคือการรวบรวมข้อมูลที่มากเกินไปจนทำให้ผู้ตอบมีความลำบาก สับสน และมีผลกระทบต่อความถูกต้องของข้อมูล เนื่องจากต้องใช้เวลามากเกินไป

7. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการศึกษาเชิงพรรณนา นักวิจัยที่ทำการศึกษาด้วยเทคนิคเชิงพรรณนาพบว่า หลายครั้งที่มิได้ระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงได้ และที่สำคัญรวบรวมตัวอย่างตามวิธีที่สะดวก โดยไม่สุ่มตัวอย่างในเชิงสถิติ จึงไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของประชาชนส่วนใหญ่ได้นอกจากนั้น หากพื้นที่ข้อมูลได้จากเอกสารเป็นข้อมูลชนิด Secondary sources แล้วจะเป็นข้อมูลที่ขาดความทันสมัย และในบางครั้งการศึกษามีได้เตรียมวิธีวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติไว้ล่วงหน้าเมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว จึงดำเนินการทางสถิติซึ่งอาจทำให้มีปัญหาที่ไม่สามารถใช้สถิติที่เหมาะสมได้

8. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการศึกษาวิจัยที่ใช้แบบสอบถาม รวบรวมข้อมูล ที่ควรใช้เทคนิคอื่น โดยแบบสอบถามไม่ลึกพอที่จะรวบรวมข้อมูลบางชนิดได้ นอกจากนั้นยังมิได้มีการสร้างและทดสอบแบบสอบถามให้ถูกต้องก่อนการนำไปใช้ และที่สำคัญและพบมากคือมีการถามคำถามมากเกินไป ซึ่งทำให้ผู้ตอบ ต้องใช้เวลามากเกินไป และมีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และในการศึกษาวิธีนี้ยังมีผู้ให้ความร่วมมือน้อย จะทำให้มีข้อผิดพลาดสูง

9. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการศึกษาแบบสัมภาษณ์ ปกติมักพบว่าผู้สัมภาษณ์ขาดทักษะในการสัมภาษณ์ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง หรือบางครั้งคำถามยากต่อความเข้าใจ

ของประชาชนหรือในกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ซึ่งจะมีการศึกษาและประเพณีก็ แตกต่างจากประชาชนทั่วไป และหากเป็นคำถามที่ขัดกับวัฒนธรรมก็จะได้คำตอบที่ถูกต้อง

10. ความผิดพลาดที่เกิดจากการศึกษาที่ใช้การสังเกต หากผู้รวบรวมข้อมูลขาดทักษะและประสบการณ์ในเรื่องเทคนิค การรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง และบ่อยครั้งนำข้อมูลที่ไม่ใช่สถานการณ์ปกติ มาใช้ในการสรุปข้อมูลและการตีความจากข้อมูลทำได้ไม่ถูกต้อง

11. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการศึกษาที่ใช้การหาความสัมพันธ์ การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์นั้นควรจะเป็นการแสดงความสัมพันธ์ของเหตุและผลที่แท้จริง มีทฤษฎีและมีความเป็นไปได้ นักวิจัยหลายแห่งพยายามใช้เทคนิคทางสถิติหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ทั้งๆ ที่ตัวแปรเหล่านั้นไม่มีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลซึ่งกันและกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Isaac S., W. Michele. 1991 Handbook in Research and Evaluation. 3rd Edition Publishers. San Diego, California 92107.
2. World Health Organization. 1993 The Appraisal of Health Systems Research Technical Publication. SEARO, No.12 World Health Organization Regional Office for South-East Asia, New Delhi.
3. สมชาย ดรงค์เดช. 2542 การประเมินผลโครงการแนวคิดและวิธีการ. ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.



อย. บริการข้อมูลผลิตภัณฑ์ยา ทางอินเทอร์เน็ต ตอนที่ 1 www.fda.moph.go.th

ภญ.วรสุดา ยุงทอง
กองควบคุมยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

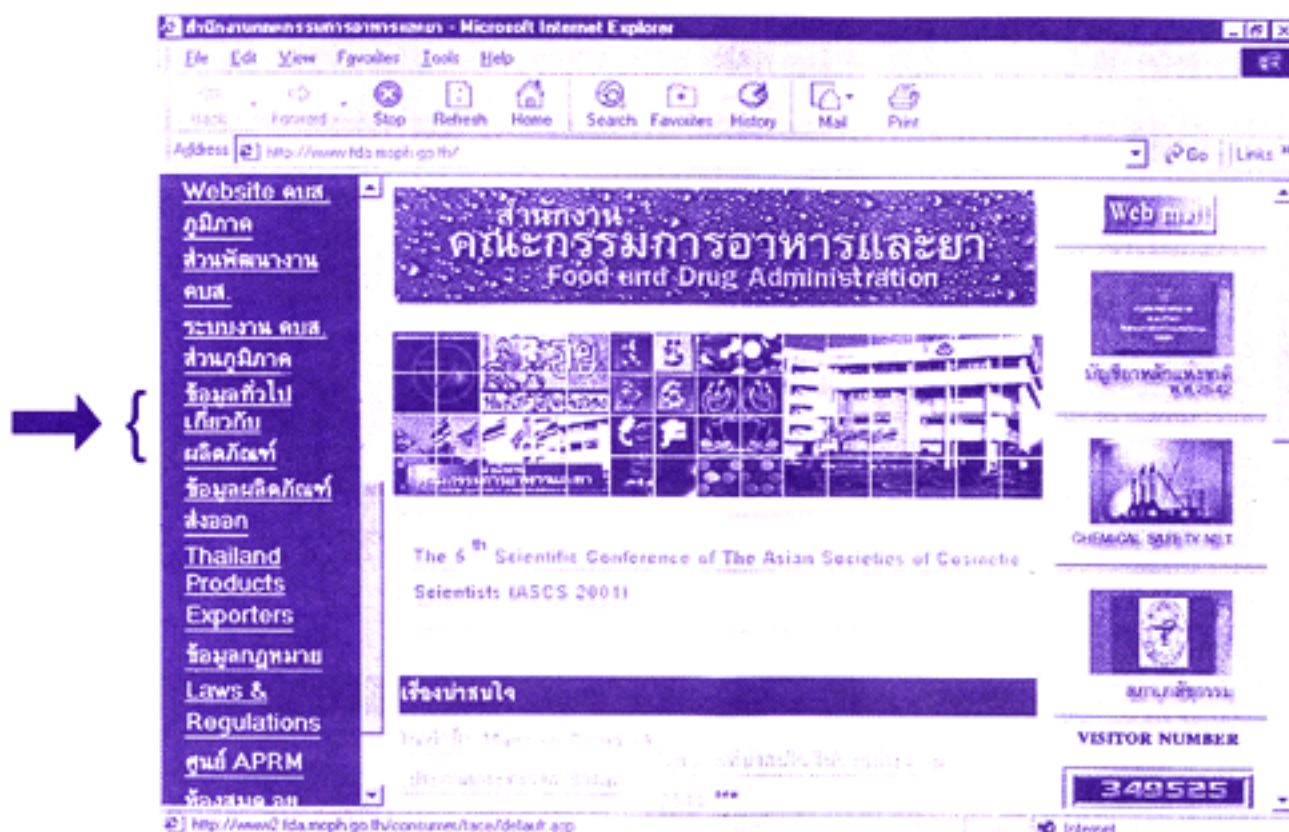
หากท่านเคยมีคำถามเกี่ยวกับยาสำเร็จรูปว่าขึ้นทะเบียนผ่าน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ถูกต้องหรือไม่ มีเลขทะเบียนอะไร ยามีสรรพคุณหรือข้อบ่งใช้ที่ผ่านการรับรองของ อย. อย่างไร มีส่วนประกอบของตัวยาสาคัญอะไรบ้าง ปริมาณเท่าใด รูปแบบยาอะไร ต้องการทราบชื่อผู้ผลิต/ผู้นำเข้า/ผู้ผลิตในต่างประเทศ พร้อมทั้งอยู่และเบอร์โทรศัพท์ หรือต้องการทราบรายการยาที่ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าแต่ละรายผลิต/นำเข้าในประเทศไทย

ในฉบับนี้ผู้เขียนมีความยินดีแนะนำการบริการข้อมูลผลิตภัณฑ์ยาที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทยทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งอย. ได้พัฒนาขึ้น จนสามารถสืบค้น

ข้อมูลได้โดยตรงจากฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยาของอย. จึงเป็นบริการที่ให้ข้อมูลที่เป็ปัจจุบันตามที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้

การเข้าสู่ระบบการให้บริการข้อมูลผลิตภัณฑ์ยาแก่ผู้บริโภคทั่วไป

ท่านควรใช้โปรแกรม Internet Explorer ในการสืบค้น ไม่แนะนำให้ใช้โปรแกรม Netscape เพราะมีปัญหาในการอ่านข้อมูล การเข้าสู่ระบบบริการข้อมูลไม่ยุ่งยาก เพียงแต่เข้าไปในเว็บไซต์ www.fda.moph.go.th แล้วเลื่อนจอด้านซ้ายมาที่ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ (รูป 1) เมื่อคลิกเลือก



รูป 1 เว็บไซต์ www.fda.moph.go.th

N ให้เลือกประเภทยาใหม่แบบมีเงื่อนไข และถ้ามีอักษร
NC ให้เลือกประเภทยาใหม่แบบไม่มีเงื่อนไข แล้ว
เติมชุดตัวเลข เช่น 10/42 ไว้ในช่องว่างหน้าปุ่ม search



จากรูป 2 การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยาของ ออย. สามารถค้นได้จากชื่อทางการค้า/ยี่ห้อของยาสำเร็จรูป ชื่อผู้รับอนุญาต (ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายา) ชื่อผู้ผลิตต่างประเทศ หรือผู้แทนจำหน่ายก็ได้ โดยเลือกก่อนว่าจะเลือกค้นจากชื่อประเภทใด แล้วกรอกข้อความลงในช่องว่างหน้าปุ่ม search หากไม่แน่ใจท่านสามารถพิมพ์เครื่องหมาย % ไว้ตรงตำแหน่งของอักษรหรือกลุ่มตัวอักษรที่ไม่ทราบก็ได้ เช่น Ant% หรือ Ant ก็จะค้นชื่อที่ขึ้นต้นด้วย Ant ที่ขึ้นทะเบียนมาให้ทั้งหมด %pid ก็จะค้นชื่อที่ลงท้ายด้วย pid มาให้ทั้งหมด %trac% ก็จะค้นชื่อที่มีอักษร trac ติดกัน ณ ตำแหน่งใดๆ ในชื่อมาให้ทั้งหมด เป็นต้น

หากท่านมีปัญหาหรือคำแนะนำ กรุณาคลิกเลือกปุ่มปัญหา/ข้อเสนอแนะ กรอกข้อความส่ง e-mail มาให้เรา เพื่อจะได้ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ท่าน รวมทั้ง อย. จะได้นำไปพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการต่อไป

เป็นข้อมูลของผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูปที่ขึ้นทะเบียนไว้ในประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม จึงมีข้อมูลยาสำเร็จรูปทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นยาสำหรับมนุษย์หรือสัตว์ ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณ มีเพียงยาบางชนิดเท่านั้นที่ไม่อยู่ในฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์ยา เช่น ยาที่ผลิตหรือนำเข้าโดยหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการบำบัดรักษาโรค เป็นต้น สำหรับยาที่เข้าข่ายเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษหากต้องการสืบค้นจะต้องเลือกการบริการข้อมูลผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติดแทน

มมน^๒_๑

มีหนังดี

ชื่อหนังสือ
ผู้เขียน

โคะ โคะ โระ
นะทซึมะ โซเซะคิ
ดร.ปริยา อิงคาภิรมย์ โอริเอะ
กนก ศฤงคารินทร์ แปล
พิมพ์ครั้งที่ 2 ตุลาคม 2543 โดยสำนักพิมพ์ดอกหญ้า
ราคา 235 บาท

โคะ โคะ โระ เป็นนวนิยายที่สะท้อนสภาวะจิตใจของมนุษย์ออกมาได้อย่างถึงแก่น และเป็นสภาวะที่ไม่อาจจำกัดด้วยการตีความใดๆ แม้กาลเวลา จะผ่านมานานหลาย ทศวรรษแล้วก็ตามแต่เหตุและผลของตัวละครในเรื่องยังคงทนต่อคำวิจารณ์และการขุดค้นหา ความหมายของนักวรรณกรรม ทุกวันทุกสมัย

นวนิยายเรื่องนี้ดร.ปริยา อิงคาภิรมย์ โอริเอะ ร่วมกับ กนก ศฤงคารินทร์ แปลลงเป็นตอนๆในนิตยสารเพื่อนหนังสือ ที่จัดพิมพ์ไว้แจก แก่สมาชิกของร้านหนังสือดอกหญ้า ได้รับการตอบรับจากนักอ่านเป็นอย่างดี ทางสำนักพิมพ์จึงนำมารวมเล่ม เป็นหนังสือที่ดีเล่มหนึ่งที่น่าอ่านแล้วรับรองไม่ผิดหวัง เพราะเหมือนหนึ่งพลังสะท้อนจากความหม่นมัวและงดงาม ในส่วนลึกของ หัวใจมนุษย์

ดังที่ผู้เขียนได้ชักชวนไว้ว่า

"ข้าพเจ้าขอแนะนำหนังสือซึ่งสามารถเข้าถึงจิตใจมนุษย์
แต่ผู้ไขว่คว้าจะเข้าถึงจิตใจตนเอง"



มมนี้ มีหนังสือ

ชื่อหนังสือ
ผู้เขียน

อิตถีเพศ
สุวรรณี สุนธธา
พิมพ์ครั้งที่ 2
โดยสำนักพิมพ์
ดอกหญ้า 2543
ราคา 235 บาท

เห็นชื่อราชินีแห่งการประพันธ์ ในอดีต เชื่อชนมกินได้ ไม่มี คำว่าผิดหวัง กับตัวหนังสือที่เรียบง่ายของเธอ แม้ชีวิตจะ สาบสูญไปถึง 17 ปี แต่ผลงานยังคงได้รับการ เรียกร้องจากนักอ่านทุกรุ่นไม่จางหายไปจากวงการวรรณกรรม

"อิตถีเพศ" คือวรรณกรรมสะท้อนสังคม ที่ทรงคุณค่าอีก เล่มหนึ่งของ สุวรรณี สุนธธา เรื่องราวของเด็กผู้หญิงชาวเหนือ "ศรีออน" จะถ่ายทอด ชีวิตที่ถูกขายไปอยู่ในช่อง แต่โชคชะตาดำยังเข้าข้างเธอเมื่อพบ "แก้วดา" หญิงขายบริการที่รักเธอตั้งลูกในไส้ ส่งผลให้เธอเรียน จนกระทั่งชีวิตต้อง พลิกผันอีกครั้งเมื่อพบรัก แต่ไม่สมหวัง สุดท้ายเธอต้องเผชิญผลจากการ ตัดสินใจที่ผิดพลาด ด้วยอารมณ์เพียงชั่ววูบ ชีวิตของเธอพร้อมลูกน้อย จึงจบลงด้วย โศกนาฏกรรม

สัมผัสชีวิต "ศรีออน" ได้ ใน "อิตถีเพศ" นวนิยายสะท้อนปัญหา สังคมได้ไม่ตกสมัย



ชื่อหนังสือ
ผู้เขียน

สงครามชีวิต
ศรีบูรพา
พิมพ์ครั้งที่ 5 โดยสำนัก
พิมพ์ดอกหญ้า 2543
ราคา 160 บาท



สงครามชีวิต คือวรรณกรรมชิ้นเอกของ ศรีบูรพา ที่ประพันธ์ในรูปจดหมายโต้ตอบระหว่าง ผู้หญิงกับผู้ชายคู่หนึ่ง ที่แสดงความรู้สึกนึก คิดระบวย ความยากจนข้นแค้นและเจ็บด้วยความเห็นอกเห็นใจ จนก่อตัวเป็นความรัก ด้วยการใชภาษาที่เป็นเลิศ มิจำต้องบรรยายใดๆ ต้องสัมผัสด้วยอารมณ์ของ คุณเองแล้วจะซาบซึ้งไปกับเขาทั้งสองคน "เฟลิซ" และ "ระพีพันธ์"



คิ ม ค ว ำ ม คิ ด

บิ ด ำ ข อ ง ช ำ พ เจ ำ

ผู้ได้ฝ่าชีวิตที่ยากจนข้นแค้นอย่างสาหัส

มีความพยายามอย่างบุรุษที่ดีเลิศ

ใช้กลางวันเป็นเวลาอาบเหงื่อต่างน้ำหาเลี้ยงชีวิต

และ

ใช้เวลากลางคืนเป็นเวลาอบรมสั่งสอนข้าพเจ้า

พลตรีหลวงวิจิตรวาทการ

(๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๒๙)

วารสารอาหารและยา ยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ และรายงานผลการวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการ ทั้งนี้ โดยเรื่องที่ส่งไป จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทางกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามความสำคัญก่อนหลัง

1. รูปแบบของต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบท หรือเป็นตอนตามลำดับ โดยใช้กระดาษพิมพ์ดีดสัน ขนาด A4 พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. และควรพิมพ์เว้นบรรทัด (2 ปัดพิมพ์ดีด) พิมพ์หน้าเดียว มีความยาวไม่เกิน 10 หน้า

2. องค์ประกอบของต้นฉบับรายงานผลการวิจัย

2.1 ชื่อเรื่องควรสั้นและบ่งบอกถึงขอบเขตของเนื้อเรื่องได้ชัดเจน ถ้าเป็นผลงานที่เคยบรรยายในที่ประชุมวิชาการมาก่อน ให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับที่อักษรสุดท้ายของเรื่องนั้นๆ และแจ้งความเป็นมาไว้ที่เชิงอรรถ หายหน้ากระดาษแผ่นแรกของต้นฉบับ

2.2 ชื่อผู้วิจัยหรือผู้พิมพ์ วุฒิและสถาบันในสังกัด

2.3 บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 1 หน้า โดยให้พิมพ์บทคัดย่อภาษาไทยก่อน แล้วจึงพิมพ์ภาษาอังกฤษตาม ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน ดังต่อไปนี้ (สำหรับบทความทางวิชาการ ที่ไม่ใช่งานการวิจัยไม่ต้องมีบทคัดย่อ) โดยเขียนเป็นความเรียงต่อเนื่อง ประกอบด้วย

2.3.1 บทนำ ควรจะเรียงลำดับ ดังนี้

- 1) ปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้า
- 2) อะไรที่ไม่ทราบและมีประโยชน์อย่างไรที่จะทราบ
- 3) วัตถุประสงค์หลัก
- 4) สมมติฐาน (ถ้ามี)

2.3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

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

2.3.3 ผลการวิจัย

2.3.4 สรุปผล เน้นสรุปผลเฉพาะที่ได้มาจากข้อมูลโดยตรง

2.4 เนื้อหา ควรมีขั้นตอนในการนำเสนอเนื้อเรื่องความตามลำดับ ดังนี้

2.4.1 บทนำ

2.4.2 วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยขั้นตอนต่างๆ และสถานที่ที่ดำเนินการวิจัย

2.4.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.4.4 สรุปผลการวิจัยและการวิเคราะห์ผลการวิจัย

2.4.5 วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

2.4.6 เอกสารอ้างอิง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การอ้างเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

2) เอกสารอ้างอิงภาษาไทย ให้เขียนชื่อต้นของผู้เขียนตามด้วยนามสกุล

3) เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษให้เขียน นามสกุลของผู้เขียนตามด้วยตัวอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

4) เอกสารอ้างอิง หากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

รูปแบบการเขียนหนังสืออ้างอิง

1. การอ้างวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

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

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.) แต่ถ้าเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรกแล้วเติม et.al.

ตัวอย่าง

Tiret I, Kee F, Poirer O, et.al. Deletion Polymorphism in angiotensin converting enzyme gene associated with parental history of myocardial infarction. Lancet 1993 ; 341 : 91-92

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม กรณีที่เกิน 3 คน ให้ใช้คำว่า "และคณะ"

ตัวอย่าง

สมคิด แก้วสนธิ. การประเมินและการจัดลำดับโครงการโดยหลัก เศรษฐศาสตร์. เศรษฐศาสตร์ปริทัศน์ 2531 : 9 : 60-77.

2. การอ้างหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย

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

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือตำรา

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

ตัวอย่าง

อรพรรณ เรื่องสมบูรณ. ยาคุมกำเนิดเพศชาย. ใน : อรพรรณ เรื่องสมบูรณ. นงลักษณ์ สุขวาณิชยศิลป์, จิราภรณ์ อังวิยาธร. บรรณาธิการ. ออร์โมนเพศ. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529 : 104.

อาหารและยา

หากท่านเป็นคนที่ต้องการทราบความก้าวหน้าเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ขอเชิญชวนสมัครเป็นสมาชิกวารสารอาหารและยา

วารสารราย 4 เดือน (1 ปี 3 ฉบับ)

อัตราค่าสมาชิกหน่วยงาน 120 บาทต่อปี ส่วนตัว 100 บาทต่อปี

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

อาชีพ.....หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์ () สมัครสมาชิกใหม่ () ต่ออายุ

ในนาม () ส่วนตัว () หน่วยงาน

โดยเริ่มตั้งแต่ ฉบับที่.....ปีที่.....

ทั้งนี้ได้ส่งธนาคติ/ตัวแลกเงิน จำนวน.....บาท/สำเนาการโอนเงินทางธนาคาร

ออกใบเสร็จในนาม.....

ให้ส่งวารสารไปที่.....

ลงชื่อ.....

()

ส่งจ่าย วารสารอาหารและยา

ธนาคติส่งจ่าย ปณ. นนทบุรี

กองวิชาการ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 590-7263, 590-7265 โทรสาร 590-7266

กรณีเงินโอนทางธนาคาร

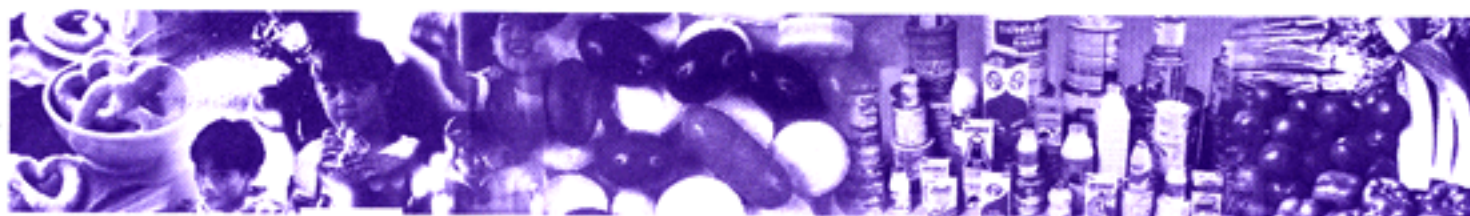
ชื่อบัญชีโครงการวารสารวิชาการ

คุ้มครองผู้บริโภคดี้านสาธารณสุข

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 340-2-01598-4

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข

อาหารและยา



ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคลหรือหน่วยงาน).....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์จะลงโฆษณา (อัตราค่าโฆษณาต่อปี/3 ฉบับ)

- | | |
|--------------------------|------------------|
| () ปกหน้าด้านใน 4 สี | อัตรา 27,000 บาท |
| () ปกหลังด้านใน 4 สี | อัตรา 24,000 บาท |
| () ปกหลังด้านนอก 4 สี | อัตรา 30,000 บาท |
| () เต็มหน้าในฉบับ 1 สี | อัตรา 15,000 บาท |
| () ครึ่งหน้าในฉบับ 1 สี | อัตรา 9,000 บาท |

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ส่ง () ARTWORK () ภาพประกอบ มาเรียบร้อยแล้ว

เมื่อข้อความโฆษณาของข้าพเจ้าได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารเรียบร้อยแล้ว โปรดเรียกเก็บเงินได้ที่

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

“ไม่ได้มาตรฐาน อย. ยอมไม่ได้
รับเขียนร้องเรียนมาที่นี่”



อย่ายอมอยู่เฉย เมื่อพบสิ่งผิดปกติ
เกี่ยวกับอาหาร ยา เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย
วัตถุเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
และเครื่องมือแพทย์ รีบร้องเรียนปกป้องสิทธิ์
ของคุณทันที ได้ 3 วิธี ตามสะดวก

- ① เขียนร้องเรียน ส่งไปที่ อย. ปกป้องสิทธิ์
คู่ปณ. 52 ปณจ. นนทบุรี 11000
- ② โทรแจ้ง
ฮัลโล สาย อย. ปกป้องสิทธิ์ 590-7354
- ③ มาด้วยตนเอง กทม. ที่ อย. กระทรวงสาธารณสุข
ต่างจังหวัด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อย่ายอมให้ใครละเมิดสิทธิ์

เมื่อได้รับปัญหาจากอาหาร ยา เครื่องสำอาง (เช่น ครีมกันแดด ฯลฯ) วัตถุอันตราย (เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ, ยาฉีด ฯลฯ) วัตถุเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และเครื่องมือแพทย์ (เช่น ฟันอนิเมเหล็ก ฯลฯ) รีบแจ้งมาที่ คู่ปณ. อย. ปกป้องสิทธิ์ ทันที

ผู้ร้องเรียน _____
ที่อยู่ _____

โทร. _____

สินค้าชื่อ _____ ประเภท _____

ผู้ผลิต/ที่อยู่ผู้ผลิต _____

ปัญหาที่ได้รับ _____

พบเห็นการผลิต /
จำหน่าย / ใช้ผลิตภัณฑ์
ไม่ตรง (✓) ตามปัญหาที่คุณได้รับ

- ☐ ได้รับอันตรายจากการใช้
- ☐ หายใจ / เสื่อมคุณภาพ
- ☐ ไม่มีแหล่งผลิต
- ☐ ส่งต่อคุณภาพ / ปลอม
- ☐ โฆษณาโอ้อวด
- ☐ ไม่มีฉลากภาษาไทย
- ☐ อื่นๆ _____



กรุณาส่ง
อย.ปกป้องสิทธิ์
คู่ปณ. 52 ปณจ. นนทบุรี 11000

กรุณาตัดตามรอยประ แล้วติดบนโปสเตอร์



ถ้าไม่เชื่อ พลิกอ่านอีกด้าน
พิสูจน์ด้วยตาตนเอง

* ข้อความในวงเล็บเป็นข้อความที่สมมติขึ้นและไม่มีในฉลากจริง



จะवादอ้างว่าไขมันต่ำ แคลเซียมสูง หรืออะไรก็ตาม
ต้องพิสูจน์ด้วยการอ่านข้อมูลโภชนาการ
ประโยชน์ของข้อมูลโภชนาการ

- 1 ทำให้เรารู้ว่าอาหารที่เรากำลังจะซื้อนั้น มีสารอาหารอะไรบ้าง เช่น มีโปรตีนเท่าไร มีคาร์โบไฮเดรตเท่าไร เป็นต้น และยังรู้อีกด้วยว่าปริมาณที่มีนี้คิดเป็นสัดส่วนร้อยละเท่าไรของที่ควรกินแต่ละวัน
- 2 สามารถเปรียบเทียบและเลือกซื้ออาหารที่ให้ประโยชน์มากที่สุด เพราะถึงแม้จะเป็นอาหารประเภทเดียวกัน แต่ก็อาจให้สารอาหารไม่เท่ากันได้
- 3 สามารถเปรียบเทียบความคุ้มค่าได้ เช่น นมเปรี้ยวยี่ห้อ A มีสารอาหารมากกว่ายี่ห้อ B แต่ราคาเท่ากันหรือถูกกว่า ก็ควรซื้อยี่ห้อ A
- 4 หลีกเลี่ยงสารอาหารที่ไม่ต้องการได้ เช่น ไขมัน โคเลสเตอรอล น้ำตาล โซเดียม เป็นต้น

**อ่านฉลากอาหารให้ได้รับความรู้
ต้องพลิกดู "ข้อมูลโภชนาการ"**

- ไขมัน "ต่ำ" หมายถึง มีปริมาณไขมันไม่เกิน 3 กรัมในอาหารนั้นหนึ่งหน่วยบริโภค
- แคลเซียม "สูง" หมายถึง ในหนึ่งหน่วยบริโภคของอาหาร ต้องมีแคลเซียมอยู่ตั้งแต่ร้อยละ 20 ของปริมาณที่ร่างกายต้องการ

อยากรู้เรื่องข้อมูลโภชนาการบนฉลากเพิ่มเติม
โทร. สายด่วนผู้บริโภค กับ อย. 1556 ต่อ 0209-0214
ครั้งละ 3 บาททั่วประเทศ



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข