



วารสาร

FDA JOURNAL

ISSN : 0859-1180

อาหารและยา

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1/2554 เดือนมกราคม-เมษายน 2554

Vol.18 No.1 January-April 2011

เรื่องจากปก

55



การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ
ของกฎระเบียบผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง
ระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน

การจัดการความปลอดภัยของอาหาร
กรณีศึกษา : หน่อไม้ปิ้ง

4



หมุนไปกับ
โลกผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ความพร้อมและแรงจูงใจ
ของผู้ประกอบการร้านยา
ในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 74

15

ทัศนคติของผู้บริหาร
ต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการ
ของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ
ในกรุงเทพมหานคร

31

การศึกษาความปลอดภัย

และการบริหารจัดการสารเคมีที่ปนเปื้อนในอาหาร

กรณีศึกษา : สารเมลามินและสารในกลุ่มเมลาสีน

41

ติดตามประสบการณ์อันล้ำค่า...

มรดกวิชาการ
จากรุ่นสู่รุ่น

74



plus

77

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
และ อสม. กับงาน คมส.

เว็บไซต์การบริหารจัดการความรู้ของ อย. (FDA KM)

<http://elib.fda.moph.go.th/kmfda/>



Knowledge Management
of Thai FDA



ระบบจัดการเอกสาร
และข้อมูล
ระบบอัตโนมัติสำหรับ
การดำเนินงาน อย.

KM Forum
เป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยน
ความรู้ สืบค้นเอกสารภายใน อย.
ภาคีภายนอก

คลังความรู้ อย.
สนับสนุนโดย FDA KM
เพื่อส่งเสริมความรู้
...อย่าให้เสียโอกาส...

หน้าแรก | ติดต่อเรา | อย. | อสม. | กองฯ ส. | คู่มือการใช้งาน | คู่มือระบบข้อมูลความรู้

Knowledge Center

กรุณา  Login เข้าสู่ระบบเพื่อใช้งานอย่างเต็ม

ชื่อคุณ : yourname@fda.moph.go.th
รหัสผ่าน :

 **สมัครสมาชิก ? มีอะไรใหม่บ้าง**
 **แก้ไขข้อมูลส่วนตัว**

Explicit Knowledge
ของ อย.

**QS** ระบบคุณภาพ อย.
Quality System of
Thai FDA

**เรื่องสุดทึ่ง**

**อย. เตรียมความพร้อม
สำหรับ "พิธี" พิธี
เพื่อร่วมสร้าง
คุณภาพของอาหาร
ไทย**

**อย. เตรียมความพร้อม
สำหรับพิธี
รับรางวัล
เพื่อร่วมสร้าง
คุณภาพของอาหาร
ไทย**

**อย. เตรียมความพร้อม
สำหรับพิธี
รับรางวัล
เพื่อร่วมสร้าง
คุณภาพของอาหาร
ไทย**

**อย. เตรียมความพร้อม
สำหรับพิธี
รับรางวัล
เพื่อร่วมสร้าง
คุณภาพของอาหาร
ไทย**

ผู้ใช้งาน: ☐ บุคลากรของ อย.
☐ บุคลากรนอก

การค้นหาคำขอมีเอกสาร:

การค้นหาคำขอมีเอกสาร:

เรื่องใหม่ KM

สมัครสมาชิก

 **สมัครสมาชิกฟรี**

COP

ชุมชนนักปฏิบัติของ อย.

-  **วิถี**
-  **วิถีโลกเพื่อสังคมไทย**
-  **Competency**
-  **ชุมชนรู้เท่าทันการของ อย.**
-  **GMP (Good Manufacturing Practices)**
-  **เรื่องรู้รอบตัว สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย**

KM Activities

-  **สาขารายงานของ "การจัดการเรียนรู้ CoP เว็บบอร์ด"**
-  **สาขารายงานของ FDA KM Day**
-  **งานวิชาการ การบริหารงานวิชาการ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ
พัฒนาการจัดการความรู้ในองค์กรกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและ
ยา**
-  **งานวิชาการ การบริหารงานวิชาการ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ
พัฒนาการจัดการความรู้ในองค์กรกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและ
ยา**
-  **งานวิชาการ การบริหารงานวิชาการ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ
พัฒนาการจัดการความรู้ในองค์กรกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและ
ยา**

THAI FDA

กลุ่ม ระบบจัดการความรู้ของ อย.

ความเป็นมา

ปัจจุบันนี้ การแข่งขันกันในตลาดการค้าเสรี (Globalization) มีความสำคัญยิ่งต่อประเทศไทย แต่การที่จะแข่งขันได้อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นต้องมี "ความรู้" เป็นเครื่องมือในการแข่งขัน การที่จะมี "ความรู้" ได้นั้น จำเป็นต้องมี "การจัดการความรู้" เป็นเครื่องมือในการแข่งขัน การที่จะมี "การจัดการความรู้" ได้นั้น จำเป็นต้องมี "การจัดการความรู้" เป็นเครื่องมือในการแข่งขัน

1. ระบบการจัดการความรู้ของ อย.

ปีงบประมาณ 2549

ปีงบประมาณ 2549

 **ระบบการจัดการความรู้ของ อย.**

 **ระบบการจัดการความรู้ของ อย.**



วารสาร

FDA JOURNAL

ISSN : 0859-1180

อาหารและยา

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1/2554 เดือนมกราคม-เมษายน 2554

Vol.18 No.1 January-April 2011

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและเป็นเวทีทางวิชาการของนักวิชาการ คุมครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งเป็นสื่อกลาง ในการนำเสนอข่าวสาร บทความ ตอบปัญหาทางวิชาการที่น่าสนใจ ด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย และวัตถุเสพติด ของนักวิชาการที่สนใจทั่วไปทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน และประชาชนผู้บริโภค

ที่ปรึกษา

- นพ.พิพัฒน์ ยิ่งเสรี
- นพ.นรงค์ศักดิ์ พีรฤกษ์
- นพ.พงศ์พันธ์ วงศ์มณี
- ภญ.ศรีนวล กรกชกร
- ภญ.ดร.ยุพิน ลาวัณย์ประเสริฐ
- น.ส.ดารณี หมูขจรพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ

- ภญ.ดร.ยุพิน ลาวัณย์ประเสริฐ

คณะบรรณาธิการวิชาการ

- น.ส.ดารณี หมูขจรพันธ์
- ภก.พงศธร วิทยพิบูลย์
- น.ส.จิตรา เศรษฐอุดม
- ภก.ไพศาล ปวงนิยม
- ภญ.นิตยา แยมพยัคฆ์
- ภก.วันชัย ศรีวิบูลย์
- ภญ.วิไล บัณฑิตานุกูล
- ภญ.ศิริพรรณ เอี่ยมรุ่งโรจน์
- ภก.พงศ์ประพันธ์ สุสัณฐิตพงษ์
- ภญ.จันทนา ปานปรีชา
- นายไพโรจน์ แก้วมณี
- ผู้อำนวยการสำนักควบคุมเครื่องสำอางและ วัตถุอันตราย
- ผู้อำนวยการสำนักยา
- ผู้อำนวยการสำนักอาหาร
- ผู้อำนวยการสำนักด้านอาหารและยา
- ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์
- ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด
- ผู้อำนวยการกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค
- ผู้อำนวยการกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
- ผู้อำนวยการกลุ่มควบคุมเครื่องสำอาง
- ผู้อำนวยการกลุ่มควบคุมวัตถุอันตราย
- หัวหน้ากลุ่มกฎหมายอาหารและยา
- หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน
- หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

คณะผู้ช่วยบรรณาธิการวิชาการ

- นายกริชเพชร ผรณจินดา
- ภญ.ดร.จินตนา ศุภศรีวสุเศรษฐ์
- ภก.ดร.ณัฐพงษ์ สนิทมาจโร
- ภญ.ณยา วงศ์พูน
- ภญ.ดร.ตุลาชัย เสฐจินตนิ
- ภญ.ดร.นัยนา พัชรไพศาล
- ภญ.ดร.ธารกมล จันทร์ประภาพ
- ภญ.ธีรธร มโนธรรม
- นางผุสดี เวชพิพัฒน์
- น.ส.เพ็ญภา เลิศไชยภัณฑ์
- ภญ.พรพรรณ สุนทรธรรม
- ภญ.ดร.ยุพดี จาวรุ่งฤทธิ์
- ภก.วัฒนพงศ์ ลือชูวงศ์
- ภญ.ดร.สิรินมาศ คัชมาตย์
- นางศจี ชิตเขียน
- ภญ.ดร.ศิรินารถ วาสนะวัฒน์
- นางศิริมา ชัยภักดี
- ภญ.ดร.สมลธิ พรกิจประสาน
- ภญ.สุกัญญา เจียรระพงษ์
- ภก.ดร.สุชาติ จองประเสริฐ
- นายสายันต์ รวดเร็ว
- ภก.สมพร ขจรภูมิเดช
- ภญ.สุตาพรรณ อ่วมอ่อง
- ภก.วชิระ อำพนธ์
- ภญ.ดร.อรรศ คงพานิช
- นางอังสนา พิศณุภูมิ

บรรณาธิการบริหาร

- ภญ.ศรีนวล กรกชกร

คณะผู้ช่วยบรรณาธิการบริหาร

- ภก.สมชาย ปรีชาทวีกิจ
- นางศิริรัตน์ แก้วศรี
- น.ส.ฉันทนา วิบูลรุ่งเรือง

คณะผู้จัดทำวารสาร

- ภญ.พรทิพย์ เจริญสุข
- นายธนาพันธ์ ทองพานิช
- ภญ.ภวัญญา มีมั่งคั่ง
- ภญ.สาวตรี มงคลศิลป์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

วิสัยทัศน์ (Vision)

องค์กรที่เป็นเลิศด้านการคุ้มครอง และส่งเสริมการ บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสมประโยชน์ มุ่งสู่สังคมสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission)

1. กำกับ ดูแล ส่งเสริมให้มีการนำเสนอ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน
2. ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างปลอดภัย และสมประโยชน์ เพื่อสุขภาพที่ดี
3. พัฒนาการบริหารจัดการ วิชาการ และบุคลากร เพื่อความเป็นเลิศด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ



ผู้จัดทำทั่วไป

นางสาวพิมพ์พรรณ เย็นชัย

สำนักงานวารสารฯ

กองแผนงานและวิชาการ อาคาร 5 ชั้น 4
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร.0-2590-7263, 0-2590-7265, 0-2590-7270
โทรสาร 0-2590-7266, 0-2591-8457
e-mail : hrd_journal@fda.moph.go.th

เจ้าของงานวารสารฯ

กองแผนงานและวิชาการ อาคาร 5 ชั้น 4
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
ออกแบบโดย
หจก.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์



วารสาร

FDA JOURNAL

ISSN : 0859-1180

อาหารและยา

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1/2554 เดือนมกราคม-เมษายน 2554

Vol.18 No.1 January-April 2011

สารบัญ

เวชวิชาการ

การจัดการความปลอดภัยของอาหาร

กรณีศึกษา : หน่อไม้ปิ้ง

4



หมุนไปกับโลกผลิตภัณฑ์สุขภาพ



12

รายงานการวิจัย

ความพร้อมและแรงจูงใจของผู้ประกอบการร้านยา
ในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ต่อการปฏิบัติ
ตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา ในโครงการพัฒนา
และรับรองคุณภาพร้านยา

15



การให้ข้อมูลยาของคลินิกและร้านขายยาแก่ผู้ป่วย
อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

23

ทัศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้
บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณใน
กรุงเทพมหานคร

31

การศึกษาความปลอดภัยและการบริหารจัดการ

สารเคมีที่ปนเปื้อนในอาหาร กรณีศึกษา :

สารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน

41

การศึกษาเชิงเปรียบเทียบของกฎระเบียบผลิตภัณฑ์

เครื่องสำอางระหว่างประเทศไทยกับประเทศ

สมาชิกอาเซียน

55



มูลค่าการส่งออกผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 (Acetic anhydride)

ในกระบวนการผลิตภายใต้ระบบการควบคุมของ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

65

มรดกวิชาการ จากรุ่นสู่รุ่น

จากใจ...คุณดารณี หมู่จรพันธ์

74

เปิดประตูสู่ อย.

โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล

และ อสม. กับงาน คบส.

77



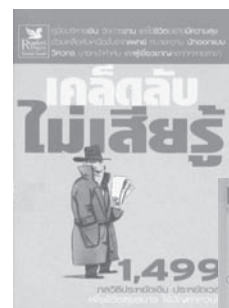
บอกกล่าว ช่างกฎหมาย

81

แนะนำฉบับสื่อ

มุมนั่งสื่อ

84





๑.๗. หักท่าย

สวัสดิ์ปิใหม่คะ วารสารอาหารและยาฉบับต้อนรับปีใหม่ 2554 ก็ได้ออกสู่สายตาคุณผู้อ่านอีกครั้ง ทุกๆ ท่านได้รับพรปีใหม่ ขอให้มีความสุข และได้มีโอกาสพักผ่อนในวันหยุดปีใหม่ที่ผ่านมาอย่างเต็มที่แล้วนะคะ จึงฝากผู้อ่านทุกท่านดูแลสุขภาพร่างกายกันด้วยคะ สำหรับเนื้อหาในวารสารฯ ฉบับต้อนรับปีใหม่นี้ ยังคงมีสาระครบครันที่เตรียมมาให้สำหรับคุณผู้อ่านเหมือนเดิมคะ

เริ่มต้นด้วยคอลัมน์ **เวทีวิชาการ** เรื่อง “การจัดการความปลอดภัยของอาหาร กรณีศึกษา: หน่อไม้ดิบ” ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการและแก้ไขปัญหาหน่อไม้ดิบ เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถบริโภคได้อย่างปลอดภัย

ต่ด้วย **หมูนากับโลกผลิตภัณฑ์สุขภาพ** สำหรับสาว ๆ ที่รักสุขภาพและรักผิวพรรณ ห้ามพลาดคอลัมน์นี้ เพราะมีวิธีดูแลผิวพรรณและรูปร่างหลากหลายวิธีคะ และสำหรับท่านผู้อ่านที่มีทารกแพนมแม่ นมวัว ทางศิริราชเค้าได้พัฒนานมข้าวอะมีโน มาให้อ่านกันคะ

คอลัมน์ **รายงานวิจัย** เริ่มด้วยเรื่อง “ความพร้อมและแรงจูงใจของผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา” ต่อด้วยงานวิจัยเรื่อง “การให้ข้อมูลยาของคลินิกและร้านขายยาแก่ผู้ป่วย อำเภอสุพรรณิ จังหวัดศรีสะเกษ” ศึกษาการให้ข้อมูลยาของแพทย์ประจำคลินิก และเภสัชกรประจำร้านยา ต่อด้วยรายงานวิจัย เรื่อง “การศึกษามูลค่าการส่งออกผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4” จากนั้นเป็นรายงานวิจัยเรื่อง “ทัศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณในกรุงเทพมหานคร” ศึกษาสถานการณ์ของประชาชนในกรุงเทพมหานครมีความคิดเห็นอย่างไรกับสถานบริการและการให้บริการของคลินิกดูแลผิวพรรณ จากนั้นต่อกันด้วยเรื่องเกี่ยวกับเครื่องสำอางกับ “การศึกษาเชิงเปรียบเทียบของกฎระเบียบผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน” และเรื่อง “การศึกษาความปลอดภัยและการบริหารจัดการสารเคมีที่ปนเปื้อนในอาหาร กรณีศึกษา : สารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน” เป็นการบริหารจัดการสารเคมีที่ปนเปื้อนในอาหาร

มรดกวิชาการ จากรุ่นสู่รุ่น จะพาท่านไปทำความรู้จักกับ ท่าน **ดร.ณิ หมูจรรยา** นักวิชาการอาหารและยาเชี่ยวชาญ ที่จะมาบอกเล่าเรื่องราวของประสบการณ์การทำงานภายใน อย. พร้อมทั้งฝากข้อคิดดีๆ ให้กับน้องๆ ที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยคะ

ต่ด้วย **เปิดประตูสู่ อย.** ติดตามภารกิจของ **รพ.สต.** กับงานคุ้มครองผู้บริโภคกับ **อย.** กันคะ จากนั้น **บอกกล่าว ข่าวกฎหมาย** ฉบับนี้เป็นเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข และคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ออกตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2552 และส่งท้ายด้วย **แนะนำหนังสือ** ฉบับนี้จะมีหนังสืออะไรที่น่าสนใจบ้าง มาติดตามกันเลยคะ

สุดท้ายนี้ หวังว่าผู้อ่านจะได้รับสาระ ประโยชน์ จากการอ่านวารสารอาหารและยาฉบับนี้ไม่มากก็น้อย และหากมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะประการใด กรุณาแจ้งมาให้ **อย.** ทราบด้วย แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้านะคะ **สวัสดิ์คะ**

ขอบข่ายของคอลัมน์ต่างๆ ในวารสารอาหารและยา

เวทีวิชาการ

นำเสนอบทความทางวิชาการด้านต่างๆ ที่เป็นเรื่องน่าสนใจ และทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน ให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยกำหนดให้บทความ 1 เรื่อง มีความยาวประมาณ 3-5 หน้า

รายงานการวิจัย

เผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานทางวิชาการของนักวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดให้รายงานวิจัย 1 เรื่อง มีความยาวไม่เกิน 10 หน้า

[กรณีที่ต้องการเผยแพร่งานวิจัยฉบับเต็ม (full text) เพื่อเป็นแหล่งข้อมูล e-learning ให้กับผู้ที่สนใจ ให้ผู้วิจัยส่ง file งานวิจัยฉบับเต็มมาพร้อมกันด้วย]

หมูนากับโลกผลิตภัณฑ์สุขภาพ

นำเสนอบทความสั้นๆ เกี่ยวกับข่าวความเคลื่อนไหวใหม่ๆ ที่น่าสนใจ ด้านเทคโนโลยีของผลิตภัณฑ์สุขภาพในต่างประเทศ รวมถึงความเคลื่อนไหวในงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยกำหนดให้บทความ 1 เรื่อง มีความยาวประมาณ 1-2 หน้า

เปิดประตูสู่ อย.

แนะนำหน่วยงานหรือโครงการต่างๆ ในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อประชาสัมพันธ์ให้บุคคลภายนอกได้ทราบถึงโครงสร้างหรือโครงการของหน่วยงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบ รวมถึงนำเสนอผลการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยย่อ กำหนดให้มีความยาวไม่เกิน 4 หน้า

บอกกล่าว...ข่าวกฎหมาย

เพื่อนำเสนอความเคลื่อนไหวและการปรับเปลี่ยนกฎหมาย กฎระเบียบ หลักเกณฑ์ และแนวทางปฏิบัติของสำนักงานฯ โดยนำเสนอเฉพาะประเด็นและสาระสำคัญเพื่อประโยชน์ต่อผู้บริโภค ผู้ประกอบการ และผู้ที่สนใจ กำหนดให้มีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

มรดกวิชาการ จากรุ่นสู่รุ่น **NEW**

เป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของบุคลากรในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ที่เกษียณอายุราชการหรือ early retire ที่ผ่านมา เพื่อเป็นวิทยาทานให้กับผู้ที่ทำงาน คบส. รุ่นหลัง ได้รับรู้และนำไปปรับใช้ในการทำงาน คบส. ให้มีประสิทธิภาพต่อไป โดยกำหนดให้บทความ 1-2 เรื่อง มีความยาวประมาณ 1-2 หน้า



การจัดการความปลอดภัยของอาหาร กรณีศึกษา : หน่อไม้ป๊อบ

**Food Safety Management:
A Case Study of Canned Bamboo Shoot**

ทิพย์วรรณ ปริญญาศิริ

สำนักอาหาร

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บทนำ

การศึกษาการจัดการความปลอดภัยของอาหารเป็นการประมวลการดำเนินโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาความปลอดภัยหน่อไม้ป๊อบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเกิดปัญหาอย่างรุนแรงจนสามารถคลี่คลายปัญหาได้ ด้วยการนำหลักการด้านการจัดการความปลอดภัยด้านอาหาร เช่น การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Good Manufacturing Practices : GMP) ของโครงการมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ FAO/WHO (Codex) รวมไปถึงหลักการวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder Analysis) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานโดยแบ่งออกเป็น 1) การสำรวจสถานการณ์ปัญหาและความเสี่ยงของการผลิตหน่อไม้บรรจุป๊อบ 2) การศึกษาและพัฒนาเทคโนโลยีการผลิตที่เหมาะสมกับการผลิตหน่อไม้บรรจุป๊อบ 3) การจัดการและถ่ายทอดองค์ความรู้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4) การปรับปรุงกฎหมายรวมทั้งระบบเครือข่าย และฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง และ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติผู้บริโภค



หน่อไม้ป๊อบ จัดเป็นอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีความเป็นกรดต่ำ (ค่าความเป็นกรด-ด่าง มากกว่า 4.6) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 144 (พ.ศ. 2535) เรื่อง อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซึ่งมีจำหน่ายตามท้องตลาดทั่วไป สามารถนำมาปรุงเป็นอาหารได้หลากหลายประเภท ทั้งนี้ ทั่วประเทศจะมี 35 จังหวัดที่มีการผลิตหน่อไม้ป๊อบโดยรูปแบบการผลิตนั้นเป็นการผลิตอาหารแบบพื้นบ้าน โดยนำเทคโนโลยีสมัยมาประยุกต์ใช้ ซึ่งผู้ผลิต

ส่วนใหญ่จะเป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็กระดับครัวเรือน หรือกลุ่มแม่บ้าน ซึ่งจากเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยจากการรับประทานหน่อไม้ป๊อบครั้งสำคัญ ทั้งที่จังหวัดสงขลา เมื่อปี พ.ศ. 2528 จังหวัดตาก เมื่อปี พ.ศ. 2540 จังหวัดน่าน พ.ศ. 2541 จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2546 และล่าสุดคือที่ อ. บ้านหลวง จ. น่าน เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 ซึ่งทำให้มีผู้ป่วยมากกว่า 200 คน เนื่องจากการได้รับสารพิษของเชื้อคลอสทริเดียม โบทูลินัมที่ปนเปื้อนในหน่อไม้ป๊อบนั้น นอกจากทำให้รัฐบาล

ต้องสูญเสียงบประมาณในการช่วยเหลือสูงถึง 50 ล้านบาท และยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้บริโภคในวงกว้างอีกด้วย

คลอสทริเดียม โบทูลินัม (Clostridium botulinum) เป็นแบคทีเรียชนิดแกรมบวก รูปร่างท่อน พบได้ทั่วไปในสิ่งแวดล้อม สามารถสร้างสปอร์ซึ่งทนต่ออุณหภูมิ 100 องศาเซลเซียสนาน 5-10 ชั่วโมงได้ เมื่ออยู่ในสภาวะที่มีความเป็นกรดต่ำ (ค่าความเป็นกรด-ด่าง สูงกว่า 4.6) ไม่มีอากาศ และมีปริมาณน้ำเพียงพอ โดยมีค่า a_w มากกว่า 0.85 (นริศรา, 2549 และ Arnon SS., 2001) ดังนั้น แบคทีเรียชนิดนี้จึงมีความเสี่ยงอย่างมากต่อการผลิตหน่อไม้ปิ้งที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค หากใช้อุณหภูมิและเวลาในการฆ่าเชื้อไม่เพียงพอ หน่อไม้ปิ้งเป็นอาหารที่มีสภาพความเป็นกรดต่ำและบรรจุในปิ๊บที่ปิดสนิทไม่มีอากาศ แต่มีปริมาณน้ำเพียงพอ ทำให้เกิดสภาวะที่เหมาะสมต่อการงอกของสปอร์ (Germinate) เจริญเป็นเซลล์ และแบ่งตัวเพิ่มจำนวน โดยในขณะที่ยังเจริญจะสร้างสารพิษซึ่งมีฤทธิ์ต่อระบบประสาท (Neurotoxin) เรียกว่า โบทูลิน (Botulin) หากผู้บริโภคได้รับสารพิษชนิดนี้เข้าไปเพียง 1 ไมโครกรัม จะทำให้เกิดโรคโบทูลิซึม (Botulism) มีอาการมองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นอัมพาต หายใจขัด และอาจเสียชีวิตได้เนื่องจากระบบหายใจล้มเหลว โดยอาการจะเกิดขึ้นภายใน 12-36 ชั่วโมง หลังได้รับสารพิษ และอาจเสียชีวิตภายใน 3-6 วัน (วิสิฐ, 2549)

วิเคราะห์สภาพปัญหา

จากกรณีอุบัติการณ์โรคโบทูลิซึมที่อำเภอบ้านหลวง จ.น่าน ในปี 2549 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ทำการสำรวจสถานการณ์ในพื้นที่และข้อมูลเส้นทางการค้าหน่อไม้ปิ้ง เพื่อตอบคำถามที่ว่าปัจจัยใดที่เป็นกุญแจสำคัญ

ในการแก้ไขปัญหาหรือใครคือ ผู้มีบทบาทสำคัญ (Key Player) ในการแก้ไขปัญหา

โดยเมื่อวิเคราะห์ผู้ที่เกี่ยวข้องในเส้นทางของการผลิตหน่อไม้ปิ้งจนถึงตลาดดังแสดงในรูปที่ 1 ทำให้พบปัญหาสำคัญในขณะนั้น คือ การไม่ทราบจำนวนและแหล่งผลิตหน่อไม้บรรจุปิ๊บทั้งหมด จึงทำให้ไม่สามารถกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังพบสาเหตุของปัญหาการผลิตหน่อไม้ปิ้งที่ไม่ปลอดภัยที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

1) ปัญหาด้านเงินทุนและการตลาด

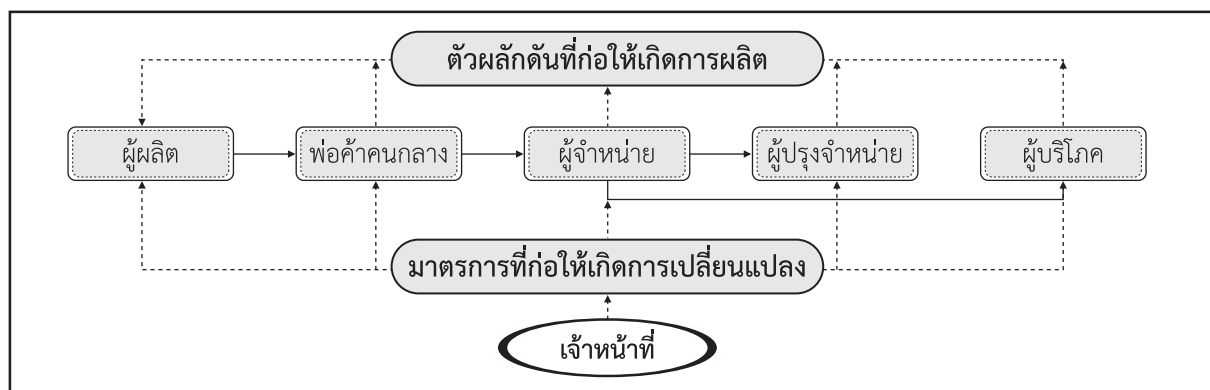
โครงสร้างทางตลาดและแหล่งเงินทุนของการผลิตหน่อไม้ปิ้งทั้งหมดอยู่ภายใต้พ่อค้าคนกลางหรือนายทุน ดังนั้น จึงยังมีข้อจำกัดในการลงทุนพัฒนาสถานที่ผลิต เพราะผู้ผลิตรายย่อยไม่ใช่เจ้าของเงินทุนที่แท้จริง จึงขาดปัจจัยในการพัฒนาปรับปรุงสถานที่และกระบวนการผลิต

2) ปัญหาการขาดข้อมูลสถานที่ผลิตรายย่อย

การผลิตหน่อไม้ปิ้งส่วนใหญ่เป็นสถานที่ผลิตรายย่อยขนาดกลางและขนาดเล็ก รวมถึงการผลิตภายในครัวเรือนได้ทุนบ้านแล้วส่งมาจำหน่ายที่ตลาดค้าส่งหรือแหล่งรวบรวมผลิตภัณฑ์ ซึ่งผู้ผลิตเหล่านี้เป็นผู้ผลิตรายย่อยที่ไม่มีการจดทะเบียนขออนุญาตการผลิต ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดข้อมูลในการควบคุมและกำกับดูแล

3) ปัญหาด้านเทคโนโลยีการผลิต

ผู้ผลิตรายย่อยทำการผลิตโดยไม่มีความรู้และไม่มีศักยภาพในการพัฒนาการผลิตให้ถูกต้องตามหลักวิชาการได้ เนื่องจากขาดการส่งเสริมเทคโนโลยีการผลิตที่เหมาะสมและไม่มีอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฆ่าเชื้อที่จะทำให้คลอสทริเดียม โบทูลินัม จนเป็นเหตุให้เกิดอาการอาหารเป็นพิษโบทูลิซึมดังที่กล่าวในข้างต้น



รูปที่ 1 วิเคราะห์ผู้ที่เกี่ยวข้องในเส้นทางของการผลิตหน่อไม้ปิ้งจนถึงตลาด

4) ปัญหาทัศนคติผู้บริโภค

ผู้บริโภคมีทัศนคติและการยอมรับผลิตภัณฑ์หน่อไม้ที่มีความเข้าใจผิดว่า หน่อไม้ปื๊ดที่มีลักษณะของการนำเสียบเป็นหน่อไม้ที่บริโภคได้และไม่ยอมรับหน่อไม้ที่มีรสเปรี้ยวจากการปรังกรด และเมื่อผู้บริโภคซึ่งเป็น Market demand ไม่ยอมรับผลิตภัณฑ์ ทำให้หน่อไม้ปื๊ดปรังกรดจำหน่ายไม่ได้ ผู้ผลิตรายย่อยจึงขาดเงินทุนหมุนเวียนในการผลิตหน่อไม้ปื๊ดปรังกรด ส่งผลให้เลิกผลิตหรือกลับไปผลิตด้วยวิธีการดั้งเดิม

นอกจากปัญหาด้านการยอมรับผลิตภัณฑ์แล้วยังพบปัญหาจากวัฒนธรรมการบริโภคของประชาชนในแต่ละภูมิภาคที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้วย เช่น ประชาชนในภาคเหนือจะนิยมบริโภคหน่อไม้สดทำให้เสี่ยงต่อการได้รับสารพิษ ขณะที่ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือนิยมบริโภคหน่อไม้ต้มสุกจึงไม่มีความเสี่ยง ดังนั้น การปรับทัศนคติผู้บริโภคจึงต้องดำเนินการไปควบคู่กันระหว่างการปรับเปลี่ยนการยอมรับผลิตภัณฑ์ปรังกรดเพื่อให้เกิด Market demand กับการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการบริโภคเพื่อให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปลอดภัย

กระบวนการแก้ไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ถือเป็นหน่วยงานหลักในการทำหน้าที่ยับยั้งและเฝ้าระวังเกี่ยวกับความปลอดภัยอาหารที่จำหน่ายในประเทศ ได้เริ่มดำเนินการแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัยของอุตสาหกรรมอาหารกระป๋องที่มีความเป็นกรดต่ำ ร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541 และได้ดำเนินการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยหน่อไม้บรรจุปื๊ดอย่างจริงจัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา ซึ่งมีการดำเนินงาน ดังนี้

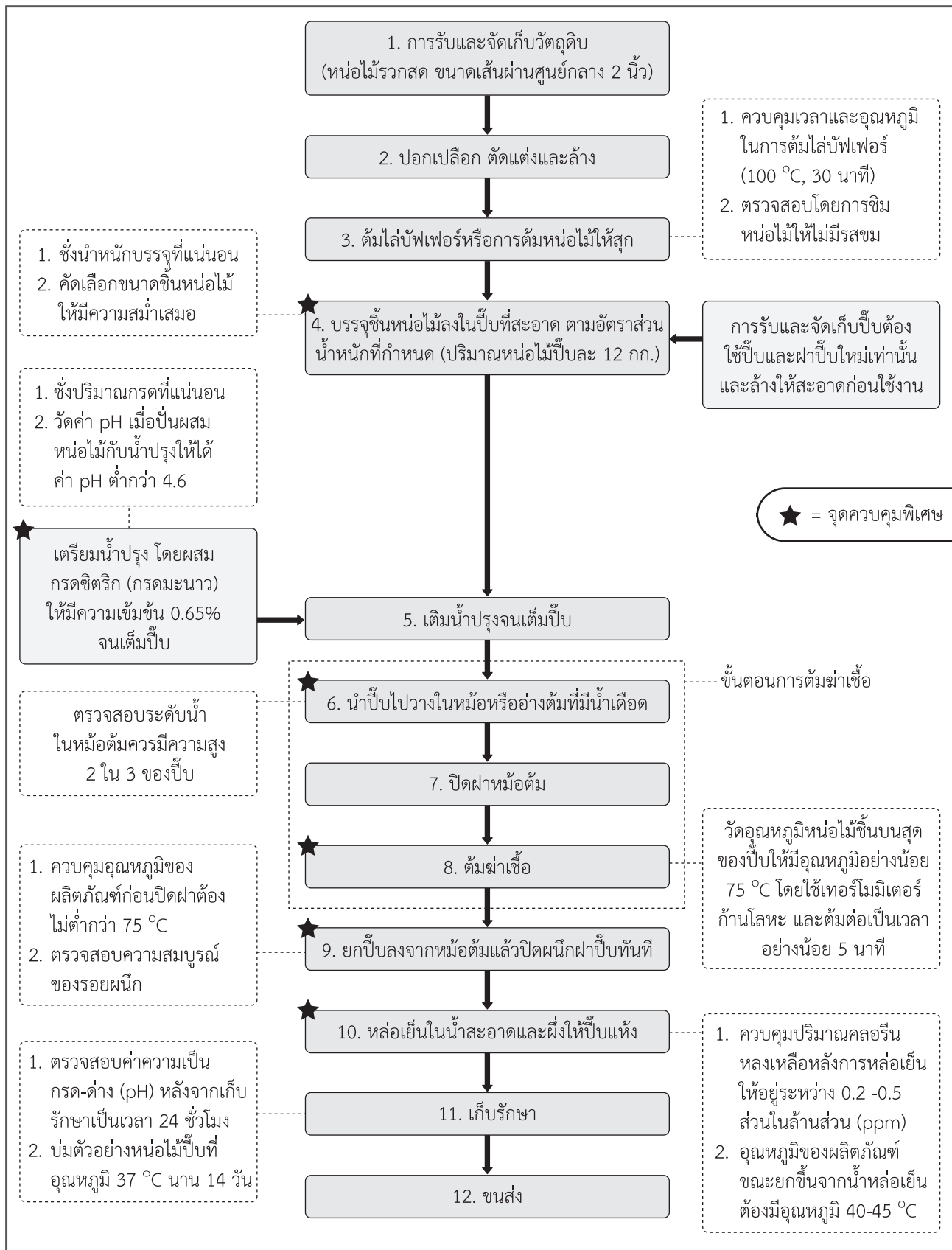
1) การสำรวจสถานการณ์ปัญหาและความเสี่ยงของการผลิตหน่อไม้บรรจุปื๊ด

จากการสำรวจสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2549 พบว่าการผลิตหน่อไม้ปื๊ดส่วนใหญ่เป็นสถานที่ผลิตขนาดเล็กผลิตในครัวเรือนหรือกลุ่มแม่บ้านและจัดเป็นอาหารในภาชนะบรรจุปิดสนิทประเภทกรดต่ำ โดยผลการประเมินตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ตามมาตรฐานสากลจำนวน 19 แห่ง ใน 8 จังหวัด พบข้อบกพร่องด้านเครื่องมือเครื่องจักร และอุปกรณ์การผลิตที่ไม่เหมาะสม ไม่เพียงพอสำหรับการฆ่าเชื้อผลิตภัณฑ์ เช่น การฆ่าเชื้อทำโดยเผาปื๊ดกับเปลวไฟโดยตรง ทำให้ไม่สามารถทำลายสปอร์ของเชื้อคลอสทริเดียม โบทูลินัมได้นอกจากนี้ยังนำปื๊ดเก่าที่ใช้งานแล้วกลับมาใช้ใหม่ ซึ่งผู้ผลิตใช้วิธีการบัดกรีด้วยตะกั่วเพื่อปิดฝาปื๊ดให้สนิท พบข้อบกพร่องด้านการเก็บรักษาหน่อไม้ปื๊ดและการขนส่งที่ไม่ระมัดระวังทำให้ปื๊ดเกิดความเสียหาย ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการปนเปื้อนภายหลังการฆ่าเชื้อได้

2) การศึกษาและพัฒนาเทคโนโลยีการผลิตหน่อไม้บรรจุปื๊ดที่เหมาะสม

เนื่องจากหน่อไม้ปื๊ดนั้นเป็นอาหารที่มีค่าความเป็นกรดต่ำต่ำกว่า 4.6 และอยู่ในสภาพไม่มีอากาศ การยับยั้งเชื้อคลอสทริเดียม โบทูลินัม ซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธี คือ การฆ่าเชื้อด้วยความร้อนที่อุณหภูมิ 121 องศาเซลเซียส ในเวลาที่เหมาะสม หรือการปรับสภาพของอาหารให้ค่าความเป็นกรดต่ำ น้อยกว่า 4.6 ซึ่งรูปแบบที่เหมาะสมของการผลิตหน่อไม้ปื๊ดสำหรับอุตสาหกรรมระดับครัวเรือน คือ การควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อวงจรการสร้างพิษของเชื้อคลอสทริเดียม โบทูลินัม ด้วยการปรังกรดด้วยน้ำปรังที่มีกรดซิตริกเพื่อให้หน่อไม้ปื๊ดมีค่าความเป็นกรดต่ำ (pH) ไม่เกิน 4.6 และฆ่าเชื้อด้วยความร้อนที่อุณหภูมิสูงกว่า 75 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 5 นาที (วิสิฐ, 2549 และ Saenkum E., 2005) ทั้งนี้สามารถสรุปเป็นขั้นตอนการผลิตหน่อไม้ปื๊ดที่ปลอดภัยโดยมีรายละเอียดดังแสดงในรูปที่ 2





รูปที่ 2 ขั้นตอนการผลิตและการควบคุมคุณภาพหน่อไม้บีบปรับกรด

3) การจัดการและถ่ายทอดองค์ความรู้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

โดยการวิเคราะห์หลักผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder Analysis) เพื่อนำมากำหนดเป็นแนวทางการแก้ไขและพัฒนาความปลอดภัยของหม้อไม่ปิ้งอย่างยั่งยืน จากผลการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขของผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า ใน การสร้างความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภค

และบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้ผลิต พ่อค้าคนกลาง ผู้ปรุงประกอบอาหาร และผู้บริโภค รวมทั้งเพื่อให้การแก้ปัญหาหม้อไม่ปิ้งแบบบูรณาการเป็นไปอย่างยั่งยืนต้องอาศัยการดำเนินการ 4 ด้าน ดังแสดงในรูปที่ 3 ซึ่งแต่ละภาคส่วนจะต้องมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

	เจ้าหน้าที่	ผู้ผลิต	พ่อค้าคนกลาง	ผู้ปรุงประกอบอาหาร	ผู้บริโภค
ปัญหา	- ขาดความรู้ - ขาดเครื่องมือตรวจวัดคุณภาพหม้อไม่ปิ้ง	- ขาดความรู้ - ขาดเงินทุน	ไม่รับซื้อหม้อไม่ปิ้งปรับกรด	- ขาดความรู้ในการเลือกซื้อหม้อไม่ปิ้งที่ถูกต้อง - ขาดความตระหนักถึงความปลอดภัย	- ขาดความรู้ - ขาดความตระหนัก
การแก้ไข ปัญหา และ ควบคุม	- จัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ - จัดทำสื่อให้ สสจ. - จัดหาเครื่องมือ เช่น เครื่องวัดความเป็นกรด-ด่าง เพื่อใช้ตรวจสอบฝักระวังสถานที่ผลิตและสถานที่จำหน่าย	- อบรมให้ความรู้เทคโนโลยีในการผลิตหม้อไม่ปิ้งปรับกรด - เผยแพร่เทคโนโลยีการผลิตผ่านสื่อการเรียนรู้ พัฒนาสถานที่ผลิต	- ประชุมชี้แจงนโยบายแก่พ่อค้าคนกลาง - ประชาสัมพันธ์และอบรมให้ความรู้ - สร้างแรงจูงใจด้วยการมอบป้ายให้กับร้านค้าที่จำหน่ายหม้อไม่ปิ้งปรับกรด	- ให้ความรู้ - มอบป้ายรับรองร้านอาหารที่ปรุงอาหารจากหม้อไม่ปิ้งปรับกรด - ประชาสัมพันธ์	- ประชาสัมพันธ์รณรงค์บริโภคหม้อไม่ปิ้งปรับกรดผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ วารสาร นสพ. แผ่นพับ เพลง เว็บไซต์ และจัดงานนิทรรศการ - จัดทำ CD e-learning
ความยั่งยืน เป็นหน้าที่ของทุกฝ่าย	- แนะนำให้ความรู้แก่ผู้ผลิต/ผู้บริโภค - กำกับดูแลตามกฎหมาย	- ผลิตหม้อไม่ปิ้งปรับกรดอย่างถูกวิธี - พัฒนาสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP	รับซื้อหม้อไม่ปิ้งปรับกรด	ซื้อหม้อไม่ปิ้งที่มีฉลากถูกต้อง	- เลือกรับประทานหม้อไม่ปิ้งปรับกรด - หากไม่แน่ใจต้องต้มก่อนทุกครั้ง

รูปที่ 3 การวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไข

(3.1) จัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และศักยภาพเจ้าหน้าที่ (Capacities building) เกี่ยวกับกระบวนการผลิตหม้อไม่ปิ้งปรับกรด ในปี พ.ศ.2550 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนรับผิดชอบในการกำกับดูแลการผลิตหม้อไม่ปิ้งมีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีการผลิตหม้อไม่ปิ้งปรับกรด โดยมีผู้เข้าร่วมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งสิ้น 420 คนจาก 62 จังหวัด

(3.2) จัดอบรมครูหรือวิทยากรผู้ฝึกอบรมและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (Training for trainer) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการผลิตหม้อไม่ปิ้งบรรจุที่ผลิตโดยชุมชนให้มีมาตรฐานและปลอดภัย โดยยึดหลักตามเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งอาจารย์ของสถานศึกษาออกโรงเรียนทุกอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สำนักงานเกษตรทุกอำเภอและผู้ผลิตหม้อไม่ปิ้งบรรจุ

(3.3) จัดอบรมให้ความรู้กับผู้ผลิตหน่อไม้บรรจุป๊อป เพื่อชี้แจงให้ผู้ผลิตทราบถึงอันตรายของการผลิตหน่อไม้ป๊อปที่ไม่ปลอดภัย และแนะนำกระบวนการผลิตที่ถูกต้อง พร้อมทั้งชี้แจงข้อบังคับทางกฎหมาย ในพื้นที่ที่มีการผลิตหน่อไม้บรรจุป๊อปทั้งหมด 24 จังหวัด โดยมีผู้เข้าร่วมอบรมทั้งสิ้น 1,568 คน ซึ่งการอบรมมีทั้งการบรรยาย การสาธิต การใช้เครื่องมือในกระบวนการผลิต การควบคุมคุณภาพในกระบวนการผลิต พร้อมทั้งเผยแพร่เอกสารความรู้ นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำในการปรับปรุงโครงสร้างสถานที่ผลิตและกระบวนการผลิตตามเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Good Manufacturing Practices: GMP) จากผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการผลิตหน่อไม้ป๊อป (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันวิจัยโภชนาการ, 2549) พบว่า สถานที่ผลิตขนาดกลางและขนาดเล็กมีศักยภาพในการพัฒนาได้ ส่วนสถานที่ผลิตประเภทกลุ่มแม่บ้านนั้น ยังมีปัญหาการขาดความรู้เชิงเทคโนโลยีการผลิตขาดเครื่องมือเครื่องจักรที่จำเป็นในการผลิต อีกทั้ง ยังขาดเงินทุนและตลาดที่จะรองรับผลิตภัณฑ์ประเภทปรับปรุงสภาพกรด ซึ่งแม้จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานราชการอื่นๆ แต่ก็เป็น การสนับสนุนที่ไม่สามารถสร้างความปลอดภัยให้แก่ผลิตภัณฑ์ได้ เนื่องจากการสนับสนุนดังกล่าวยังไม่เป็นไปตามหลักวิชาการที่ถูกต้องสำหรับอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

อย่างไรก็ตาม ในปี 2552 พบว่ามีผู้ผลิตดำเนินการพัฒนาทั้งสถานที่ผลิตและกระบวนการผลิตจนได้รับใบอนุญาตสถานที่ผลิตอาหารและเลขสารบบอาหารแล้วเพียง 37 แห่ง จากจำนวนผู้ผลิตทั้งหมดประมาณ 230 รายใน 25 จังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น ทั้งนี้ สาเหตุหลักนั้นเนื่องมาจากผู้ผลิตส่วนใหญ่เป็นผู้ผลิตรายย่อยทำให้ไม่มีทุนมากพอที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดไว้ ประกอบกับการผลิตหน่อไม้ป๊อปเป็นการผลิตในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพียง 3 เดือนจึงทำให้มองว่าไม่คุ้มกับการลงทุน ดังนั้น เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาความปลอดภัยของหน่อไม้ป๊อป จึงควรมีการส่งเสริมการรวมกลุ่มเกษตรกรผู้ผลิตรายย่อยและเปลี่ยนสถานะเป็นผู้รวบรวมวัตถุดิบหน่อไม้ส่งโรงงานขนาดใหญ่

(3.4) พัฒนาศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ หลังจากที่มีการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับปรุงสถานที่ผลิตหน่อไม้ป๊อปให้ผ่านตามหลักเกณฑ์ GMP แล้ว จึงมีแนวคิดที่จะให้สถานที่ผลิตที่มีศักยภาพและความพร้อมเป็นศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ เพื่อให้ผู้ผลิตรายอื่นและผู้ที่เกี่ยวข้องทั่วไปสามารถเข้ามาศึกษาหาความรู้ได้จากผู้ประกอบการผลิตด้วยกัน

4) การปรับปรุงกฎหมาย รวมทั้งระบบเครือข่ายและฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง

เพื่อปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความปลอดภัยหน่อไม้ป๊อปให้เกิดการพัฒนาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและครอบคลุมทั้งประเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ปรับปรุงกฎหมาย โดยการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 301) พ.ศ. 2549 เรื่องอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 4) เพื่อเป็นมาตรฐานความปลอดภัยในการผลิตอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกรณีต่ำ ซึ่งกำหนดให้มีการเติมกรดอินทรีย์เพื่อปรับความเป็นกรด-ด่าง (pH) ของอาหารให้ต่ำกว่า 4.6 และการออกคำสั่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ 148/2552 ลงวันที่ 20 เมษายน 2552 เรื่อง มอบอำนาจเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อบริหารอำนาจการอนุญาตผลิตอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท เฉพาะหน่อไม้บรรจุป๊อปที่เติมกรดให้กับจังหวัด

นอกจากนี้ เพื่อให้มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์หน่อไม้ป๊อปทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ ความไม่ปลอดภัยทางอาหารขึ้นอีก จึงสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังความปลอดภัยของหน่อไม้ป๊อปให้ครอบคลุมพื้นที่ที่มีการผลิตหน่อไม้ป๊อป โดยอาศัยการทำงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร จากผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์หน่อไม้ป๊อปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่าร้อยละตัวอย่างที่สำรวจมีค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายเพิ่มขึ้นในแต่ละปี คือ ร้อยละ 67.26, 72.09, 76.4 และ 80.0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักระบาดวิทยาที่ไม่มีรายงานการเกิดโรคอาหารเป็นพิษจากเชื้อคลอสทริเดียม โบทูลินัม ในหน่อไม้ป๊อปในช่วงเวลาดังกล่าว ใน

ด้านบรรทัดฐานและความถูกต้องในการแสดงฉลากซึ่งมีการเก็บข้อมูลในปี 2553 พบว่ามีการใช้ปีที่ได้มาตรฐานฉลากแสดงข้อมูลครบถ้วน 172 ตัวอย่าง (ร้อยละ 71) และใช้ปีใหม่ 241 ตัวอย่าง (ร้อยละ 100) จากตัวอย่างทั้งหมด 241 ตัวอย่าง

เพื่อเป็นการกระตุ้นความตระหนักในการเลือกซื้อหน่อไม้ปื๊ดที่ปลอดภัย และถูกต้องตามมาตรฐานสำหรับผู้บริโภค จึงมีการมอบป้าย “ร้านนี้จำหน่ายหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัย” ตั้งแต่ปี 2550 – 2553 ผลการมอบป้ายแก่ร้านจำหน่ายแล้ว 45 ร้าน จาก 75 ร้านในตลาดค้าส่งและปลีกในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61 แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้บริโภคบางส่วนยังไม่เลือกซื้อหน่อไม้ปื๊ดชนิดปลอดภัย เพราะมีรสชาติที่ไม่เหมือนหน่อไม้ปื๊ดที่ไม่ได้ปลอดภัย จึงทำให้ผู้ผลิตและผู้จำหน่ายไม่นำหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัยมาจำหน่ายมากนัก

5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติผู้บริโภค

เนื่องจากผู้บริโภคเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในกลไกการตลาด ผู้ผลิตและผู้จำหน่ายจะตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค ดังนั้นต้องปรับทัศนคติผู้บริโภคให้เห็นถึงความสำคัญในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์หน่อไม้ปื๊ดปลอดภัย ซึ่งผลการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภค ด้วยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ โทรทัศน์ เมื่อสำรวจหลังการดำเนินการพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคจำนวน 217 คน รู้จักหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัยร้อยละ 47.47 และคิดว่าหากมีหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัยจำหน่ายจะบริโภคแน่นอนร้อยละ 37.79 นอกจากนี้ยังมีการมอบป้าย “ร้านนี้จำหน่ายหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัย” ตั้งแต่ปี 2550 – 2553 ปัจจุบันจำนวนร้านจำหน่ายที่ได้รับการมอบป้าย 45 ร้าน จาก 74 ร้านในตลาดค้าส่งและปลีกในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61 เมื่อทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้จำหน่ายพบว่าผู้จัดจำหน่ายหันมาจำหน่ายหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัยมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 97.73 อีกทั้งเห็นว่าป้ายรับรองร้านจำหน่ายหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัยมีผลต่อยอดจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 66.43

การปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริโภคด้วยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ โทรทัศน์ และใน

การวัดผลสัมฤทธิ์พบว่า ปี พ.ศ.2551 ผลการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคจำนวน 217 คน พบว่า ผู้บริโภคร้อยละ 47.47 รู้จักหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัย และ ร้อยละ 37.79 คิดว่าหากมีหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัยจำหน่ายจะบริโภคแน่นอน และการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้จำหน่ายพบว่าผู้จัดจำหน่ายหันมาจำหน่ายหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัยมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 97.73 อีกทั้งเห็นว่าป้ายรับรองร้านจำหน่ายหน่อไม้ปื๊ดปลอดภัยมีผลต่อยอดจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 66.43

สิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องคือ สร้างความรู้และความตระหนักแก่ตลาดค้าส่งต่างๆ โดยให้ตลาดสังเกตสินค้าเข้าตลาด และสิ่งที่จะต้องทำอย่างต่อเนื่องให้ผู้บริโภคอย่าซื้ออาหารไม่ปลอดภัย อยากรู้ก็ตาม ยังต้องมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้บริโภค เป็นผู้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน จะเป็นช่องทางหนึ่งที่สำคัญและทำให้เกิดพลังนำไปสู่การได้มาซึ่งการผลิตอาหารที่ปลอดภัย เกิดความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากปัญหาการเกิดโรคอาหารเป็นพิษจากหน่อไม้ปื๊ดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2541 จนมีการนำเข้าวัคซีนจากต่างประเทศมาใช้ในการรักษาอย่างเร่งด่วน เมื่อปี พ.ศ. 2549 แล้วจึงมีการกำหนดมาตรการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งถือว่าเป็นการดำเนินงานในเชิงตั้งรับมากกว่าเชิงรุก ทำให้เห็นว่าการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารนั้น ยังมีประสบการณ์อันจำกัดในการเสนอแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหา และการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัยของอาหารนั้นเป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ ต้องเชื่อมต่อภาคีเครือข่ายทั้งภาควิชาการ การเมือง เพื่อช่วยกันขับเคลื่อนการทำงานให้เกิดผลอย่างยั่งยืน อาจต้องเชื่อมโยงหลายประเด็นเพื่อเป้าหมายเดียวกัน และที่สำคัญคือ ต้องมีการประสานงานที่เข้มแข็ง โดยความสำเร็จของการดำเนินงานจะอยู่ที่ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นไปได้

ในกรณีการแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัยหน่อไม้ปื๊ดนั้น รัฐต้องกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาภายใต้ข้อจำกัดของทั้งเจ้าหน้าที่ และผู้ประกอบการ ซึ่งเป็นผู้ผลิตหน่อไม้ปื๊ด

ทั้งทางด้านองค์ความรู้ เทคโนโลยี และเงินทุนที่จะใช้เพื่อการปรับปรุงกระบวนการผลิต และอาคารสถานที่ให้มีความเหมาะสม เนื่องจากผู้ผลิตส่วนใหญ่เป็นชาวบ้าน ซึ่งทำการผลิตกันภายในครัวเรือนเพื่อหารายได้เสริมในช่วงฤดูฝนที่หน่อไม้เพียง 3-4 เดือน โดยมีนายทุน ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนทุน และรวบรวมผลิตภัณฑ์เพื่อส่งเข้าสู่ตลาด ดังนั้นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้บริโภค เป็นผู้มีส่วนร่วมในการไขแก้ปัญหาร่วมกัน จึงเป็นช่องทางหนึ่งที่สำคัญและทำให้เกิดพลัง นำไปสู่การได้มาซึ่งการผลิตอาหารที่ปลอดภัย เกิดความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

ปัจจุบันแม้ว่าผู้บริโภคจะให้การยอมรับการบริโภคหน่อไม้ปื๊ามากขึ้น เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง แต่ผลการดำเนินการ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการพัฒนาสถานที่ผลิตหน่อไม้ปื๊ มีผู้ผลิตที่มีการพัฒนาทั้งสถานที่ผลิตและกระบวนการผลิต จนได้รับใบอนุญาตสถานที่ผลิตอาหารและเลขสารบบอาหารแล้ว แต่ก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นเอง ทั้งนี้สาเหตุหลักนั้นอาจเนื่องมาจากผู้ผลิตส่วนใหญ่เป็นผู้ผลิตรายย่อยทำให้ไม่มีทุนมากพอที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดไว้ ดังนั้น สิ่งที่สำคัญงานคณะกรรมการอาหารและยาควรมีการดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการแก้ไขความไม่ปลอดภัยของหน่อไม้ปื๊ คือ

(1) ผลักดันหรือประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อสนับสนุนในการรวมตัวเป็นกลุ่ม หรือสหกรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนเงินทุน ด้วยการให้กู้ยืมในอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำ

(2) ประสานหน่วยงานด้านการวิจัย เพื่อทำการศึกษาวิจัยอย่างจริงจังเกี่ยวกับเส้นทางและมูลค่าทางการตลาดของหน่อไม้ปื๊ พร้อมทั้งศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเทคโนโลยีการผลิตเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงกระบวนการผลิตให้เหมาะสมยิ่งขึ้น สามารถลดต้นทุนการผลิต หรือควบคุมความปลอดภัยได้มากขึ้น เช่น การบรรจุแบบ pouch หรือ Bag in Box แทนการบรรจุปื๊ เป็นต้น

(3) สร้างความตระหนักแก่ผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง โดยการกระตุ้นความสนใจ พร้อมทั้งให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

และมีการติดตามประเมินผล เพื่อให้ผู้บริโภคเปลี่ยนทัศนคติ เกิดความต้องการบริโภคหน่อไม้ปื๊ที่มีความปลอดภัยมากกว่าหน่อไม้ปื๊ที่มีรสชาติที่ถูกปาก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ผลิตและผู้จำหน่ายต้องปรับเปลี่ยนวิธีการผลิตหรือหาซื้อหน่อไม้ปื๊ที่มีความปลอดภัยมาจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง

1. นริศรา อ่อนศรี. 2549. คลอสทริเดียม โบทูลินัม เชื้อโรคร้ายในอาหารกระป๋อง. (ออนไลน์) สืบค้นจาก <http://202.28.94.202/micro/botulinum.html> [20 พฤศจิกายน 2553]
2. มณูศิลป์ ศิริมาตย์. รายงานระบาดวิทยาของกลุ่มโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ จังหวัดน่าน ปี 2544 – 2550
3. วิสสุ จะวะลิต. สารพิษโบทูลิน มหันตภัยที่ซ่อนในหน่อไม้ปื๊. (ออนไลน์) สืบค้นจาก <http://www.doctor.or.th/node/1439>: [20 พฤศจิกายน 2553].
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. Epidemiology of food and water borne diseases, Nan province 2001-200, และระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506: กรมควบคุมโรค 2549.
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสรุปผลการพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ปี 2549 ในโครงการศึกษาและพัฒนาศักยภาพผู้ผลิตอาหารกระป๋องที่มีความเป็นกรดต่ำและปรับสภาพความเป็นกรด. ธันวาคม 2549.
6. อภิญา ตันทวีวงศ์ (บรรณาธิการ). สยบมหันตภัย “หน่อไม้ปื๊”. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2552.
7. Arnon SS, Schechter R, Inglesby TV, et al. Botulinum toxin as a biological weapon-medical and public health management. Journal of the American Medical Association. Feb 28, 2001; 285(8): 1059-1070.
8. Jokkrajai B. Evaluation of Safety of Food Products Packed in Hermetically Sealed Containers Produced at Cottage Industries in Thailand. M.Sc. Thesis in Food and Nutrition for Development. Nakhon Phatom: Institute of Nutrition, Mahidol University. 2003.
9. Saengsurathum C. A Situation Analysis of Production Concerning the Safety of Low-Acid and Acidified Foods Packed in Hermetically Sealed Containers Produced from Cottage Industries in Thailand. M.Sc. Thesis in Food and Nutrition for Development. Mahidol University. Nakhon Phatom. 2001.
10. Saenkum E. Development of Appropriate Educational Tools and Safety Production Process for Food Products Packed in Hermetically Sealed Containers for the Cottage Industry in Thailand. M.Sc. Thesis in Food and Nutrition in Development. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University. 2005.





หมุนไป กับโลกผลิตภัณฑ์สุขภาพ

นิรัตน์ เตียสุวรรณ

กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ช่วงปลายปีที่ผ่านมา หมุนไปไหนก็ลำบาก เพราะฝนตกมากเกินไป แอ้มมีายุเข้ามา เป็นขบวน โดยเฉพาะประเทศฟิลิปปินส์โดนเข้าหลายลูก อ่วมอรัญเลย สาเหตุก็คงจะมาจาก ปรากฏการณ์โลกร้อนนั่นเอง อีกไม่นานชั่วโลกเหนือคงจะมีแต่ทะเล ถ้าถึงตอนนั้น ประเทศไทยอาจจะโผล่มาแค่ภาคเหนือ ภาคอีสาน และส่วนที่เป็นภูเขาของภาคใต้ เราทุกคน ต้องช่วยกันนะครับ ใช้พลังงานอย่างประหยัด ลดการใช้พวกกระดาษ พลาสติก ลดการพึ่งพาสิ่งอำนวยความสะดวก ใช้แรงงานตัวเองบ้าง อย่าเอาแต่ใช้สามีทำ!!!

ครีมที่ทำจากยาเคมีบำบัดอาจช่วยลดรอยเหี่ยวย่น

เป็นข่าวที่ผมเก็บมาได้จาก WebMD Health News เมื่อเดือนมิถุนายนโน้น ยาเคมีบำบัดที่ว่า ชื่อ **ฟลูออโรยูราซิล**



(Fluorouracil) เป็นยาที่ต้องมีใบสั่งแพทย์ ผลิตในรูปแบบของครีมทาผิว ใช้ในการรักษาแผลที่เกิดจากแดดเผา (Actinic Keratoses) ซึ่งอาจลุกลามต่อไปเป็นเซลล์มะเร็ง คนไข้ที่ใช้ยาดังกล่าวบอกตรงกันว่าผิวหน้าชุ่มชื้น เรียบขึ้น แอ้มรอย่น

ลดลงอีก ซึ่งตรงกับผลการศึกษาที่ออกมา

ดานา แซชส์ (Dana Sachs) จากมหาวิทยาลัยมิชิแกน ศึกษาในคนไข้ 21 คนที่เป็นแผลจากแดดเผา โดยให้ทาทั่วใบหน้าด้วยครีมฟลูออโรยูราซิล 5% ยี่ห้อ Efudex วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 อาทิตย์ และติดตามคนไข้ต่อไปอีก 6 เดือน ระหว่างเวลาที่กล่าว เขามีการตื้นผิวหน้าไปศึกษา ถ่ายภาพโคลอสอัพใบหน้า แล้วก็ตรวจสภาพผิวหน้าเป็นระยะ

ผลการศึกษาพบว่า แรกๆ ผิวหน้าจะแห้ง คัน และลอก แต่พอสัปดาห์ต่อๆ มา ก็จะเริ่มฟื้นฟู ผิวหน้าชุ่มชื้น รอยเหี่ยวย่นจางลง มีคนไข้ 20 คน ที่ตอบแบบสอบถาม 40% บอกว่าแผลที่โดนแดดเผาดีขึ้นมาก ขณะที่ 35% บอกดีขึ้นปานกลาง พอมาดูที่รอยเหี่ยวย่น 42% บอกดีขึ้นเล็กน้อย 26% บอกดีขึ้นปานกลาง และ 16% บอกว่าดีขึ้นมาก ส่วนที่หล่อเข้าใจว่าคงไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อย เพราะไม่ยอมเขียนไว้ พูดถึงความพึงพอใจ คนไข้ถึง 75% มีความพึงพอใจตั้งแต่ปานกลางจนถึงมาก

คนไข้ที่หายไป 1 คน ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม ที่จริงไม่ได้หายไปไหนหรอก ผิวหน้าแสบแสบรุนแรง เลยขอถอนตัวไปในสัปดาห์แรก ความจริงทุกคนก็รู้สึกไม่ค่อยสบายในสัปดาห์แรก แต่พอใช้ไปแล้วดีขึ้นก็ชอบ ส่วนใหญ่อยากจะกลับมาใช้ใหม่ มีคนไข้ 17 คน ยินดีจ่ายเงินเอง

ราคาของครีมนี้น่าจะแพง แต่คงไม่เท่ากับที่เราต้องเสียเงินไปทำเลเซอร์ จะว่าไปผลที่ออกมาจะไปเปรียบเทียบกับ

กับเลเซอร์ก็ยังไม่ได้ คนที่พิมพ์ผลงานนี้ออกมา ไม่ใช่ใครที่ไหน ก็เจ้าของยา Efudex นั่นแหละ บริษัท Valent Pharmaceuticals International โดยตีพิมพ์ในวารสาร Archives of Dermatology ฉบับเดือนมิถุนายน 2009

น้ำส้มสายชูช่วยลดความอ้วน

น้ำส้มสายชูที่เราเอามาทำน้ำสลัด เอามาดองของ หรือปรุงอาหาร นี่แหละครับ นักวิจัยชาวญี่ปุ่น ชื่อ โทโมโอะ คอนโดกับคณะ เขาทำการศึกษาเกี่ยวกับหนูทดลอง โดยใช้กรดอะซิติก (Acetic acid) แต่หนูที่ไหนจะกินน้ำส้มสายชูล่ะครับ นอกจากมิกกี้เมาส์ แก้กเลยใช้วิธีต่อท่อเข้ากระเพาะหนูโดยตรงซะเลย เปรียบเทียบระหว่างน้ำส้มสายชู กับน้ำเปล่า ส่วนอาหารอื่นๆ ก็ให้อาหารที่อุดมด้วยไขมัน ไม่ได้บอกว่ให้หนูกินไปกี่วัน แต่ผลที่ออกมาพบว่าหนูที่กินน้ำส้มสายชูมีไขมันร่างกายน้อยกว่าหนูที่ไม่กินน้ำส้มสายชู ถึง 10% เขาเชื่อว่า กรดอะซิติกเป็นตัวไปกระตุ้นยีนที่ผลิตโปรตีนที่ทำให้ไขมันแตกตัว ก็เลยเป็นการป้องกันการสะสมของไขมันร่างกาย แต่เนี่ยเป็นเพียงการทดลองในหนูเท่านั้นนะครับ ใครสนใจอยากอ่านตัวรายงานฉบับเต็ม ก็ไปหาอ่านในวารสาร Journal of Agricultural and Food Chemistry ฉบับเดือนกรกฎาคม 2009

ใครที่คิดจะทดลองด้วยตนเองก็ไม่ว่ากัน เพราะธรรมดาคนไทยเราก็กินน้ำส้มสายชูเป็นประจำอยู่แล้ว โดยเฉพาะแพนเค้กทั้งหลาย พูดอย่างนี้เดี๋ยวก็เดี๋ยวขายดีเป็นเทน้ำเทท่า ยิ่งงี้ก็ดูเรื่องความสะอาดด้วย รวมทั้งเครื่องปรุงต่างๆ หากกินถั่วป่นที่เก่าเก็บ ก็มีโอกาสเจออะฟลาท็อกซิน ไขมันลดแต่เป็นมะเร็งแทน อย่างนี้ตัวใครตัวมันนะครับ

เรื่องลดความอ้วนนี้ รายงานวิจัยต่างๆ เขาบอกตรงกันเลยว่า คุณอาหารอย่างเดียวแต่ไม่ออกกำลังกาย ก็พอจะช่วยเรื่องลดความอ้วนได้ แต่ไม่ยั่งยืน พร้อมจะกลับมาอ้วนได้ทุกเมื่อ เพราะยังมีไขมันที่ห่อหุ้มอวัยวะภายในต่างๆ อยู่ ต้องออกกำลังกายควบคู่ไปด้วย แรกๆ อาจรู้สึกออกกำลังกายมากต้องกินมาก แต่ต่อไปร่างกายจะมีการปรับตัว สุขภาพโดยรวมก็จะดีไปด้วย เพราะปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนต่างๆ ทำงานดีขึ้น กระดูกก็ได้รับการกระตุ้นจากการออกกำลังกาย ทำให้มีการสะสมมวลกระดูก กระดูกจะแข็งแรงไม่แตกหักง่าย เรียกว่า “Fit and firm” ก็ตัดสินใจเองแล้วกันนะครับ จะคุมการกินอย่างเดียว หรือจะออกกำลังกายด้วย

ไวน์แดงอาจช่วยรักษาเบาหวาน

รู้จักเรสเวอราทรอล (Resveratrol) มั้ยครับ เจ้าชื่อประหลาดๆ นี้ เป็นสารที่หาพบในไวน์แดง ขอนเน้นว่าเป็น



ไวน์แดงที่ผลิตจากองุ่น ผลการศึกษาใหม่ๆ พบว่าอาจช่วยเรื่องเบาหวานได้ โดยจากการศึกษาพบว่า เจ้าสารนี้จะลดระดับอินซูลินในหนู เมื่อฉีดสารนี้เข้าที่สมองของหนูโดยตรง

การศึกษานี้ทำขึ้นที่ UT Southwestern Medical Center ไม่ได้บอกว่อยู่ที่ไหน เข้าใจว่าอยู่ที่สหรัฐอเมริกา นั่นแหละ เขาพบว่าเรสเวอราทรอลจะไปมีผลต่อโปรตีนบางชนิดในสมอง แล้วส่งผลป้องกันโรคเบาหวาน โดยไม่ว่าจะให้อาหารหนูยังงี้ก็ตาม ที่จริงก่อนหน้านี้ก็เคยมีงานวิจัยเกี่ยวกับสารตัวนี้ว่ามีผลด้านการเป็นเบาหวาน แต่คราวนั้นเขาใช้วิธีให้สัตว์ทดลองที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กิน ซึ่งเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน แต่ครั้งนั้นยังไม่สามารถบอกถึงกลไกในร่างกายว่ามีผลด้านโรคเบาหวานอย่างไร

ดร.โรเบิร์ตโต คอปปารี (Dr.Roberto Coppari) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ในศูนย์ดังกล่าว เป็นผู้ทำการศึกษา และเผยแพร่ผลการศึกษาทั้งทางอินเทอร์เน็ต และในวารสาร Endocrinology ฉบับเดือนธันวาคม ปีที่ผ่านมา โดยพบว่าเมื่อให้อาหารที่อุดมด้วยไขมันกับหนู อวัยวะภายในของหนูหลายตัวมีอาการอักเสบ แต่เมื่อให้เรสเวอราทรอลเข้าไปในสมอง พบว่าอาการอักเสบที่สมองลดลง แต่ถ้าจะให้กินไวน์แดงเพื่อให้ได้ปริมาณเรสเวอราทรอลในขนาดที่จะมีผลต่อเบาหวาน ตัวเราอาจพึงชะก่อนจากแอลกอฮอล์ในไวน์ได้ ดร.คอปปารีเลยเสนอว่า ควรผลิตในรูปแบบที่สามารถเจาะจงไปที่สมองได้

นักวิจัยเขาสงสัยว่าจะเกิดอะไรขึ้นหากให้เรสเวอราทรอลกับสมองโดยตรง สิ่งที่ยากรู้คือ เจ้าเรสเวอราทรอลจะไปกระตุ้นการทำหน้าที่ของโปรตีนชื่อเซอร์ทูอิน (Sirtuin) ซึ่งพบได้ทั่วไปในร่างกายและเป็นประโยชน์ในการจำกัดการได้รับพลังงาน ตอนทดลองเขาก็แบ่งหนูทดลองเป็นสองกลุ่ม กลุ่มหนึ่งก็ฉีดเรสเวอราทรอลเข้าไปที่สมองอย่างที่บอกนี้แหละ อีกกลุ่มฉีดด้วยน้ำเกลือธรรมดา สัตว์ทดลองที่ใช้ก็ขุนอย่างดีด้วยอาหารที่อุดมด้วยไขมัน

ดร.คอปปารี พบว่าหนูที่ฉีดด้วยน้ำเกลือมีระดับอินซูลินสูงขึ้นมาก ซึ่งเป็นเรื่องปกติ เพราะถ้าให้อาหารที่มีไขมันสูงไปนานๆ ความไวของอินซูลินก็จะลดลง เรียกว่าใช้งานน้อยก็เหลือมาก ว่าอย่างนั้นเถอะ ส่วนหนูที่ฉีดด้วยเรสเวอราทรอล ระดับของอินซูลินจะเริ่มลดลง เมื่อศึกษาไป 5 วัน ก็ลดเหลือเพียงครึ่งหนึ่งของปกติ ทั้งๆ ที่ยังคงให้อาหารที่มีไขมันสูง

ดร.คอปปารี สรุปผลการศึกษาว่าเรสเวอราทรอลมีผลกระทบโปรตีนเซอร์ทูอินจริงๆ แต่ยี่งว่าเป็นการศึกษา สารจากไวน์แดงเท่านั้น ดังนั้น ใครที่กินพวกผลิตภัณฑ์จากองุ่น แล้วบอกว่าไม่ได้ผล ก็อย่ามาว่ากัน ผมเข้าใจว่าตอนนี้ก็คงมีผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพวกเรสเวอราทรอลออกวางจำหน่ายที่อเมริกาแล้ว ใครจะลองซื้อมาก็ตามสบายนะครับ



นมข้าวอะมิโน

จะว่าไปคนไทยเราก็กังๆ เยอะ ถ้ามีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และมีการต่อยอดความคิดออกไปเรื่อยๆ เราก็คงไม่แพ้ที่ใดในโลก เราเคยพัฒนา “นํ้านมไก่” ออกมาเพื่อใช้เลี้ยงทารกที่แพ้นมแม่ นมวัว ใครที่ไม่เคยได้ยินเรื่องนํ้านมไก่ อย่าตกใจ ไม่ใช่ไก่เห็นตีนงู งูเห็นนมไก่ นํ้านมไก่ที่ว่าทำจากเนื้อไก่นี้แหละ เอาไปย่อยสลายให้ออกมาในรูปแบบเหมือน

นม มีโปรตีนสูง ถ้าจะเรียกให้ถูก ต้องเรียก “นํ้านมเนื้อไก่” แต่ก็มีเด็กจำนวนหนึ่งที่ยังแพ้นํ้านมเนื้อไก่ ทางศิริราชเขาเลยพัฒนา “นมข้าวอะมิโน” ชื่อเท่จริงๆ แถมเป็นนมข้าวอะมิโนแห่งเดียวของโลก อย่างนี้ ต้องรีบไปจดสิทธิบัตรไว้

ผู้ที่พัฒนานมข้าวอะมิโน เป็นคุณหมอจากภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ชื่อ ศ.นพ.พิภพ จิรภิญโญ โดยเอาข้าวเจ้ามาผลิตเป็นน้ำตาลโพลีเมอร์ (Rice glucose



polymers) ใช้เอ็นไซม์อะมิเลสเป็นตัวย่อยแบ่งข้าวเจ้าภายใต้อุณหภูมิที่คงที่ จนได้เป็นโมเลกุลน้ำตาล จากนั้นเอาไปผ่านกระบวนการพิเศษเพื่อลดโปรตีนลง จนเหลือโปรตีนแค่ 0.04 กรัม ต่อน้ำตาลโพลีเมอร์ 100 กรัม โปรตีนที่ต่ำลงก็เท่ากับลดความเสี่ยงของการแพ้โปรตีนของเด็กลงด้วย จากนั้นจึงเอาน้ำตาลโพลีเมอร์ที่ได้ไปทำเป็นนมข้าวอะมิโนและนมเนื้อไก่ มีการเติมสารอาหารที่จำเป็นสำหรับเด็กทารกลงไป เรื่องสีกลิ่นรส ไม่ต้องพูดถึง ขึ้นใส่ลงไปก็เสียเด็กหมด นมข้าวอะมิโนที่ได้ จะถูกนำไปแช่แข็ง เวลาจะให้เด็กกิน ก็เอามาทำการละลายซะก่อน

นมข้าวอะมิโนมีราคาอยู่ที่ 600 บาทต่อออนซ์ ก็ไม่รู้ว่าแพงหรือเปล่า แต่ถ้าเทียบกับนมกรดอะมิโนซึ่งต้องสั่งจากต่างประเทศเข้ามา ก็น่าจะถูกกว่านะ ตอนนี้นมข้าวอะมิโนยังเป็นระดับทดลอง แต่ถ้ามีเอกชนสนใจ ซื้อสิทธิบัตรไปทำการผลิตก็น่าจะทำให้ราคาต่ำกว่านี้ได้อีก





ความพร้อมและแรงจูงใจ
ของผู้ประกอบการร้านยา

ในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7

ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา

ในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา*

The Readiness and Motivation of Pharmacy Entrepreneurs
to Follow the Accreditation Scheme in Public Health Inspection Region 7



นิพากร บัวน้อย*

วรารคนา ผลประเสริฐ**

นิตยา เพ็ญศิริรักษา**

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

** มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความพร้อมและแรงจูงใจของผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ประกอบการร้านยาแผนปัจจุบันที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มอย่างเป็นระบบ 200 ตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่าระดับความพร้อมของผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.5) เช่นเดียวกับระดับแรงจูงใจต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา (ร้อยละ 91.0) และยังพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมของผู้ประกอบการร้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าควรสร้างแรงจูงใจที่ตรงกับความต้องการของผู้ประกอบการร้านยาให้มากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกอบการมีความพร้อมและเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยามากขึ้น

คำสำคัญ : ความพร้อม แรงจูงใจ ผู้ประกอบการร้านยา เขตตรวจราชการสาธารณสุข 7

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของผลงานวิจัยเรื่อง ความพร้อมของผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา

This survey study aimed to examine readiness and motivation level of Pharmacy Entrepreneurs, in Public Health Inspection Region 7, to following the standard of Accreditation Scheme.

Population in this study was pharmacy entrepreneurs in Public Health Inspection Region 7 who did not participated to Accreditation Scheme. Data were collected by a systematic random sampling of 200 samples. The study tool was questionnaires with 0.89 of reliability. Data were analyzed by percentage, average, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient statistics.

The results showed that readiness and motivation of Pharmacy Entrepreneurs in Public Health Inspection Region 7 to following the standard of Accreditation Scheme was at a moderate level. It also show that motivated factors have statistically significant association with the readiness of pharmacy entrepreneurs at 95% confidence. It was recommended that should increase incentives creation which meet the needs of pharmacy entrepreneurs for increase readiness and participating Accreditation Scheme.

Keywords : Readiness, Motivation, Pharmacy Entrepreneurs, Public Health Inspection Region 7

บทนำ

ร้านยาเป็นสถานที่ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และสะดวก เนื่องจากกระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ที่เป็นแหล่งชุมชน ให้บริการรวดเร็ว ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายน้อย ร้านยาจึงเป็นหน่วยหนึ่งของระบบสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ที่นอกจากจะทำหน้าที่ในการกระจายยาซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อชีวิตมนุษย์แล้ว ยังมีบทบาทสำคัญเป็น “ที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน” เป็นทางเลือกของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น สามารถให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องยาและการดูแลสุขภาพตนเองได้ระดับหนึ่ง สามารถเข้าดูแลและติดตามปัญหาด้านยา และสุขภาพของประชาชนในชุมชนรอบข้างได้ง่าย ตลอดจนประสานข้อมูลอื่นๆ กับสถานบริการระดับสูงขึ้นได้⁽¹⁾



ร้านยาในประเทศไทยมีเป็นจำนวนมาก และมี การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) และร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) แต่จากความแตกต่างในปัจจัยหลายด้าน เช่น ท่าเลที่ตั้ง ขนาดของร้าน การตกแต่งร้าน ราคา ยา ประเภทสินค้าที่จำหน่ายในร้าน การมีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำ เป็นต้น ทำให้มีรูปแบบ และคุณภาพการบริการที่แตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของประชาชนในด้านการควบคุมคุณภาพการบริการของร้านยา และสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย จึงมีการกำหนด “มาตรฐานร้านยา” ในปี 2545 โดยสภาเภสัชกรรมร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน และเป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา” ของสภาเภสัชกรรมร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2546 เพื่อพัฒนาร้านยาด้านการบริการให้มีคุณภาพและศักยภาพ เป็นหน่วยบริการหนึ่งในเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การสรางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(2,3) ร้านยาที่มีความพร้อมและสนใจ สามารถยื่นความจำนงเข้าร่วมโครงการได้ และสภาเภสัชกรรม จะส่งคณะทำงานมาตรวจสอบและประเมินร้านยาตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งมี 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ 2) มาตรฐาน

ด้านการบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ 3) มาตรฐานด้านการบริการเภสัชกรรมที่ดี 4) มาตรฐานด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบและจริยธรรม และ 5) มาตรฐานด้านการให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม หากร้านยาใดผ่านเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าว จะได้รับการรับรองเป็น “ร้านยาคุณภาพ” ซึ่งจะได้รับสิทธิประโยชน์เหนือกว่าร้านยาทั่วไป เช่น ได้รับส่วนลดในการซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม ได้รับสิทธิพิเศษในการส่งบุตรหลานเข้าศึกษาในคณะเภสัชศาสตร์ ได้รับวารสารทางการแพทย์และสื่อความรู้จากทางโครงการทุกเดือน เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้รับความเชื่อถือจากผู้มารับบริการในร้านยาว่าจะต้องได้รับการที่มีคุณภาพจากเภสัชกรอีกด้วย⁽³⁾

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา เป็นโครงการที่ดีและเกิดประโยชน์กับผู้บริโภคเป็นอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 โดยให้ทุกจังหวัดระดับร้านยาในจังหวัด ให้มีร้านยาที่ได้รับการรับรองเป็นร้านยาคุณภาพ จังหวัดละอย่างน้อย 1 แห่ง⁽⁴⁾

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจนถึง 20 มิถุนายน 2551 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ในประเทศไทยทั้งสิ้น จำนวน 10,063 แห่ง มีร้านยาที่ได้รับการรับรองเป็นร้านยาคุณภาพ จำนวน 321 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 3.19 สำหรับร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดตรัง กระบี่ พังงา ภูเก็ตและระนอง มีร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ทั้งสิ้น จำนวน 430 แห่ง และได้รับการรับรองเป็นร้านยาคุณภาพ จำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 3.95^(5,6) แต่บางจังหวัดในเขตตรวจราชการนี้ ยังไม่มีร้านยาที่ได้รับการรับรองเป็นร้านยาคุณภาพ ทำให้ไม่ผ่านตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา เป็นโครงการที่ผู้ประกอบการร้านยาเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ดังนั้นก่อนการสมัครเข้าร่วมโครงการ ผู้ประกอบการร้านยาจะต้องมีความพร้อม ซึ่งหมายถึง ความสามารถที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาที่สภาเภสัชกรรมกำหนดไว้ Skinner⁽⁷⁾ กล่าวว่า ความพร้อม เป็นรากฐานและแนวโน้มของบุคคลที่จะทำงานให้ประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว บุคคลที่มีความพร้อมอย่างดี จะทำงานด้วยความราบรื่นและประสบ

ความสำเร็จอย่างน่าพอใจ ส่วนบุคคลที่ไม่พร้อมย่อมเปรียบเสมือนถูกบังคับให้ทำงานจึงไม่ประสบความสำเร็จ และมีการศึกษา⁽⁸⁾ พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมซึ่งจะเป็นแรงผลักดันที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ก็คือ แรงจูงใจ ซึ่งในพื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความพร้อมและแรงจูงใจต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา ดังนั้นการศึกษาเรื่องนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้ทราบถึงความสามารถของผู้ประกอบการและทราบถึงข้อที่ยังเป็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา เพื่อนำไปเป็นแนวทางปรับปรุงและส่งเสริมให้ผู้ประกอบการได้มีความพร้อมต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาและเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อรับรองเป็นร้านยาคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อประเมินระดับความพร้อมและแรงจูงใจในการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยาของผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ประกอบการร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ ตรัง กระบี่ พังงา ภูเก็ตและระนอง จำนวนทั้งสิ้น 413 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จำนวน 200 ตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan)⁽⁹⁾

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้เนื้อหาจากมาตรฐานร้านยาของสภาเภสัชกรรมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา และอาศัยแนวคิดจากทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยต่างๆ แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แรงจูงใจในการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 ความพร้อมต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา โดยแบ่งเนื้อหาตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา 5 มาตรฐาน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ พร้อมมากที่สุด (ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นร้อยละ 75-100) พร้อมมาก (ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นร้อยละ 50-74) พร้อมปานกลาง (ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นร้อยละ 25-49) พร้อมน้อย (ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นร้อยละ 1-24) และพร้อมน้อยที่สุด (ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย)

ในการประเมินคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน นำไปทดลองใช้กับผู้ประกอบการร้านยาแผนปัจจุบันที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.89

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2553

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

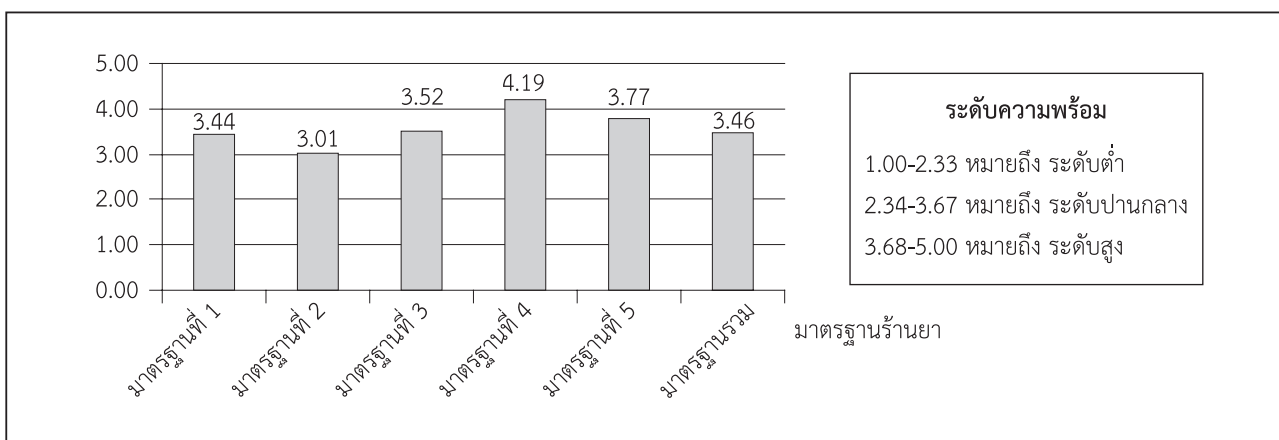
4.1 ลักษณะทางประชากร แรงจูงใจและความพร้อมของผู้ประกอบการร้านยา วิเคราะห์ด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับความพร้อมต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาวิเคราะห์ด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

สรุปและวิเคราะห์ผลการวิจัย

จากการสำรวจความพร้อมและแรงจูงใจของผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธาณสุข 7 จำนวน 200 ตัวอย่าง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.0) มีอายุเฉลี่ย 35.7 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 79.0) สาขาเภสัชศาสตร์ (ร้อยละ 83.5)

ความพร้อมของผู้ประกอบการร้านยา ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมผู้ประกอบการมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงมาตรฐานที่ 4 และ 5 ที่มีค่าเฉลี่ยความพร้อมในระดับสูง โดยความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน



รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยความพร้อมของผู้ประกอบการร้านยาต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา จำแนกตามมาตรฐานร้านยา

ร้านยารายมาตรฐาน พบว่า ความพร้อมที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มาตรฐานที่ 4 ($\bar{X} = 4.19$) รองลงมา คือ มาตรฐานที่ 5 ($\bar{X} = 3.77$) ความพร้อมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มาตรฐานที่ 2 ($\bar{X} = 3.01$) รองลงมา คือ มาตรฐานที่ 1 ($\bar{X} = 3.44$) และ

มาตรฐาน ที่ 3 ($\bar{X} = 3.52$) ตามลำดับ ดังรูปที่ 1

เมื่อพิจารณารายละเอียดของเกณฑ์มาตรฐานที่มีค่าเฉลี่ยความพร้อมน้อย ในแต่ละข้อจะพบข้อที่ยังเป็นอุปสรรคแยกตามมาตรฐาน ดังนี้ **มาตรฐานที่ 2** ได้แก่ การจัดทำ

แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($\bar{X} = 1.97$) รองลงมา คือ การจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ($\bar{X} = 2.26$) และจัดทำรายงานเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ($\bar{X} = 2.47$) **มาตรฐานที่ 1** ได้แก่ การมีตู้เย็นไว้สำหรับเก็บยาเพียงอย่างเดียว ($\bar{X} = 2.49$) และ**มาตรฐานที่ 3** ได้แก่ มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและมีการทำบัญชีควบคุมยาเป็นปัจจุบัน ตรวจสอบได้ ($\bar{X} = 3.08$) รองลงมา คือ มีแนวทางการจ่ายยา ให้เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ($\bar{X} = 3.24$) และฉลากยาที่ใช้มีข้อความบอกชื่อร้านยา ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่าย ชื่อการค้า ชื่อสามัญทางยา ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ ข้อควรระวัง และวันหมดอายุครบทุกข้อ ($\bar{X} = 3.25$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพร้อมของผู้ประกอบการร้านยาเขตในตรวจราชการสาธารณสุข 7 ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา จำแนกรายข้อ ในมาตรฐานที่ 1-3

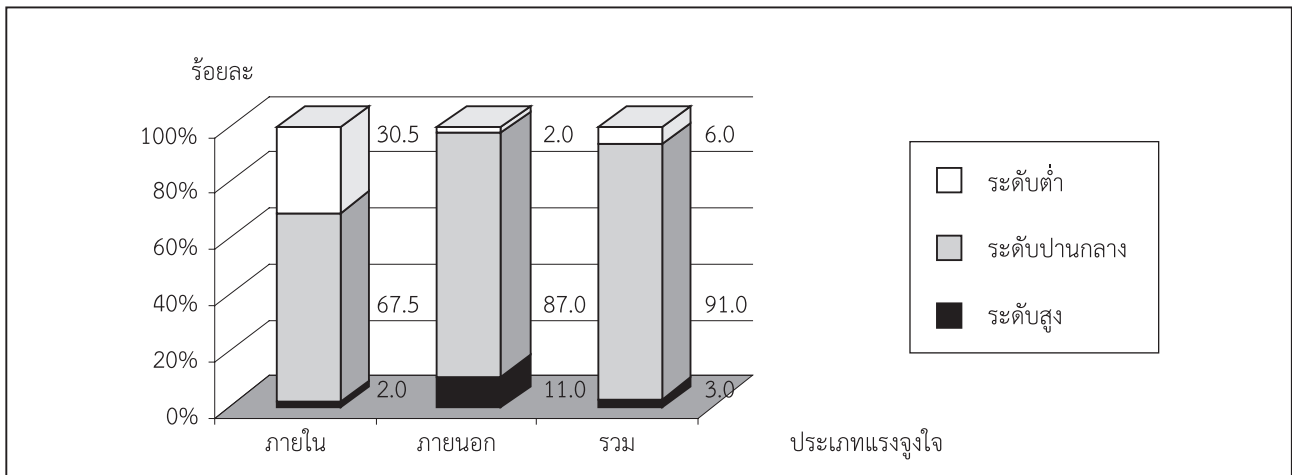
เกณฑ์มาตรฐานร้านยา	$\bar{X}$	S.D.
มาตรฐานที่ 1 สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ	3.44	0.59
1. สถานที่ตั้งร้านยามีมั่นคง แข็งแรง	4.19	0.78
2. พื้นที่ในร้านยา กว้างขวางเพียงพอแก่การให้บริการ	3.93	0.90
3. มีการจัดวางยาในร้านแยกตามกลุ่มยา เช่น ยากลุ่มโรคเรื้อรัง ยาปฏิชีวนะ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาสามัญประจำบ้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้ซื้อเลือกใช้ได้เอง เป็นต้น	3.80	0.83
4. มีป้ายแสดงชื่อกลุ่มยาให้เห็นได้ชัดเจน	2.76	1.14
5. จัดพื้นที่ให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร	3.27	1.04
6. มีป้ายแสดงพื้นที่ให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร	2.78	1.20
7. มีอุปกรณ์ให้บริการ เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดวัดระดับน้ำตาลในเลือด ฯลฯ	3.19	0.91
8. มีตู้เย็น ไว้สำหรับเก็บยาเพียงอย่างเดียว	2.49	1.33
9. มีอุปกรณ์นับเม็ดยาแยกเฉพาะในแต่ละกลุ่มยา เช่น กลุ่มเพนนิซิลลิน กลุ่มซัลโฟนาไมด์	3.52	1.11
10. มีเอกสารความรู้เกี่ยวกับยา เช่น ตำรายาไว้ใช้ในร้านยา	3.75	0.88
มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ	3.01	0.68
1. มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ขณะร้านยาเปิดให้บริการ	3.77	1.02
2. มีป้ายแสดงข้อความให้ทราบเมื่อเภสัชกรไม่อยู่ให้บริการ	2.95	1.26
3. เภสัชกรสวมเสื้อกาวน์ ติดป้ายชื่อขณะให้บริการในร้านยา	3.17	1.19
4. มีคู่มือการจ่ายยา	3.34	1.04
5. มีป้ายแสดงข้อความบอกสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับจากการบริการ	2.59	1.20
6. มีการสอบถามชื่อ อาการป่วย ประวัติการใช้ยา จากผู้มาซื้อยา	3.96	0.92
7. จัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย	2.26	1.08
8. จัดทำรายงานเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	2.47	1.18
9. จัดทำแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ	1.97	0.97
10. จัดทำบันทึกการซื้อ-ขายยาประจำวัน	3.08	1.22
มาตรฐานที่ 3 การบริการเภสัชกรรมที่ดี	3.52	0.64
1. มีเกณฑ์ในการเลือกสรรยา และผลิตภัณฑ์ที่นำมาจำหน่าย เช่น การจัดหาผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานการผลิตที่ดี(GMP)จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ	3.99	0.77
2. มีการใช้ยา การเข้า-ออกของสินค้าตามหลักการเข้าก่อน-ออกก่อน (FIFO)	4.20	0.77
3. มีบัญชีควบคุม ยาหมดอายุ	3.36	1.14

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพร้อมของผู้ประกอบการร้านยาเขตตรวจราชการ
สาธารณสุข 7 ต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา จำแนกรายข้อ ในมาตรฐานที่ 1-3 (ต่อ)

เกณฑ์มาตรฐานร้านยา	$\bar{X}$	S.D.
4. มีบัญชีควบคุม ยาควบคุมพิเศษ	3.30	1.31
5. มีบัญชีควบคุม ยาออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	3.55	1.42
6. มีการทำบัญชีควบคุมยาเป็นปัจจุบัน ตรวจสอบได้	3.08	1.07
7. ไม่จำหน่ายยาชุด	4.17	1.09
8. ฉลากยาที่ใช้ มีข้อความบอก ชื่อร้านยา ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่าย ชื่อการค้า ชื่อสามัญทางยา ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ ข้อควรระวัง และวันหมดอายุ ครบทุกข้อ	3.25	0.96
9. มีแนวทางการจ่ายยาให้เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีที่ชัดเจน	3.24	0.98
10. มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย	3.08	1.06

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ประกอบการมีความพร้อมมากที่สุด ในมาตรฐานที่ 4 และมีความพร้อมน้อยที่สุดในมาตรฐานที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีรวรรณ; 2549⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ประกอบการร้านยาในอำเภอเมืองเชียงใหม่ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานที่ 4 มากที่สุด และมีความรู้ความเข้าใจน้อยที่สุดในมาตรฐานที่ 2 เช่นเดียวกับ ภิญญา เปลี่ยนบางช้าง และดวงทิพย์ หงษ์สมุทร; 2549⁽¹¹⁾ ซึ่งศึกษาความคิดเห็นของเจ้าของร้านยาทั่วประเทศต่อมาตรฐานร้านยาของ สภาเภสัชกรรม พบว่า ร้านยาส่วนใหญ่มีปัญหามากที่สุด เกี่ยวกับมาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ ที่เจ้าของร้านยาไม่เข้าใจในข้อความในระดับสูง มีการปฏิบัติในปัจจุบันน้อยและคิดว่าจะนำไปใช้ได้ต่ำที่สุด

แรงจูงใจของผู้ประกอบการร้านยา ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.0) ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 ร้อยละของผู้ประกอบการร้านยาจำแนกตามประเภทและระดับของแรงจูงใจ

เมื่อพิจารณาตามประเภท พบว่า แรงจูงใจภายในมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแรงจูงใจภายนอก และเมื่อพิจารณา รายข้อในแต่ละประเภท พบว่า แรงจูงใจภายในที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา ทำให้บทบาทของเภสัชกรร้านยาชัดเจนขึ้น ($\bar{X} = 4.26$) รองลงมาคือ การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา เป็นการสร้างคุณค่าของการให้บริการจากร้านยา ($\bar{X} = 4.21$) และการเข้าร่วมโครงการจะทำให้ผู้มารับบริการมีความปลอดภัยในการใช้ยา มากขึ้น ($\bar{X} = 4.08$) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจภายในน้อยที่สุด คือ ข้อรายละเอียดของเกณฑ์มาตรฐานร้านยา ($\bar{X} = 2.45$) ด้านแรงจูงใจภายนอก ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจมากที่สุด คือ การกำหนดสิทธิพิเศษ เช่น ส่วนลดในการซื้อยา จากองค์การเภสัชกรรม การส่งบุตรหลานเข้าศึกษาในคณะเภสัชศาสตร์ ได้รับวารสารทางการแพทย์ฟรี ฯลฯ ($\bar{X} = 3.37$)

รองลงมา คือ ต้องการให้ร้านยาของตนได้ร่วมอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ($\bar{X} = 3.34$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจน้อยที่สุด คือ ค่าใช้จ่ายเพื่อปรับปรุงร้านยาเมื่อมีการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา ($\bar{X} = 2.15$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงจูงใจของผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 จำแนกรายประเภทและรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
แรงจูงใจภายใน	3.43	0.51
1. การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา ทำให้บทบาทของเภสัชกรร้านยาชัดเจนขึ้น	4.26	0.68
2. เกณฑ์มาตรฐานร้านยา มีรายละเอียดเหมาะสม	2.45	0.94
3. การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา เป็นการสร้างคุณค่าของการให้บริการจากร้านยา	4.21	0.67
4. ผู้มารับบริการส่วนมาก ให้ความสำคัญกับ “ร้านยาคุณภาพ”	2.55	0.95
5. การปฏิบัติให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้านยา เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถเจ้าของร้านยา	3.65	0.93
6. เกณฑ์มาตรฐานร้านยา ปฏิบัติตามได้ง่าย	2.65	0.98
7. ในการเข้าร่วมโครงการ จะทำให้เภสัชกรในร้านยามีความรู้มากขึ้น	3.61	0.85
8. ในการเข้าร่วมโครงการ จะทำให้ผู้มารับบริการมีความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น	4.08	0.83
แรงจูงใจภายนอก	2.84	0.42
1. การกำหนดสิทธิพิเศษ เช่น ส่วนลดในการซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม การส่งบุตรหลานเข้าศึกษาในคณะเภสัชศาสตร์ ได้รับวารสารทางการแพทย์ฟรี ฯลฯ มีส่วนส่งเสริมให้เจ้าของร้านยาเข้าร่วมโครงการมากขึ้น	3.37	1.02
2. ในการเข้าร่วมโครงการ จะทำให้ท่านมีรายได้จากการขายยามากขึ้น	2.78	0.68
3. ในการเข้าร่วมโครงการ จะทำให้ร้านยาของท่านเป็นที่รู้จักมากขึ้น	3.23	0.79
4. ท่านต้องการให้ร้านยาของท่านได้ร่วมอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3.34	0.89
5. การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา ไม่ทำให้มีภาระงานมากขึ้น	2.24	0.88
6. การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา ไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นเพื่อปรับปรุงร้านยา	2.15	0.89
7. การสมัครเข้าร่วมโครงการ มีค่าธรรมเนียมเหมาะสม	2.78	0.90
แรงจูงใจรวม	3.16	0.41

นอกจากนี้ยังพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมของผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามแนวคิดที่กล่าวว่าแรงจูงใจ คือ แรงผลักดันที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับการศึกษาของพงศ์ภาณท์ลักษณ์⁽¹²⁾ ที่พบว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของเภสัชกรเจ้าของร้านยาในการสมัครเข้าร่วมโครงการร้านยาคุณภาพในจังหวัดนครราชสีมา โดยเภสัชกรเจ้าของร้านยาคุณภาพมีแรงจูงใจอยู่ที่ความต้องการยกระดับวิชาชีพเภสัชกรรม ทำให้บทบาทของเภสัชกรร้านยาชัดเจนขึ้น และสร้างคุณค่าของการให้บริการเภสัชกรรมที่ดีแก่ผู้รับบริการ

ซึ่งเป็นแรงจูงใจภายใน ส่วนเภสัชกรที่ไม่ใช่เจ้าของร้านยาคุณภาพ เห็นว่าผลประโยชน์ทางธุรกิจซึ่งเป็นแรงจูงใจภายนอกเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการร้านยาคุณภาพ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาระดับความพร้อมต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา พบว่าผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ส่วนใหญ่มีความพร้อมเพียงระดับปานกลาง โดยมีข้อมาตรฐานอีกหลายข้อที่ยังไม่พร้อม โดยเฉพาะมาตรฐานที่ 2 และข้อมาตรฐานเกี่ยวกับงานเอกสารจึงควรกำหนดแนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา รวมทั้งแบบฟอร์มต่างๆ ให้ชัดเจนเนื่องจากงานเอกสารปฏิบัติตามได้ยาก

ระดับแรงจูงใจ พบว่าผู้ประกอบการร้านยาในเขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีแรงจูงใจภายในสูงกว่าแรงจูงใจภายนอก และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทำให้ทราบว่า หากมีการเพิ่มแรงจูงใจจะทำให้ผู้ประกอบการร้านยา มีความพร้อมสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรเพิ่มแรงจูงใจที่ตรงกับความต้องการของผู้ประกอบการร้านยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นแรงจูงใจภายใน หัวข้อการทำงานบทบาทของเภสัชกรร้านยาให้ชัดเจนขึ้น โดยผ่านทางสถาบันการศึกษา หรือรณรงค์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ และควรกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและความแตกต่างระหว่างร้านยาคุณภาพกับร้านยาทั่วไป โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย เช่น สื่อวิทยุและโทรทัศน์ เป็นต้น ในส่วนของแรงจูงใจภายนอกควรกำหนดสิทธิพิเศษจากการเข้าร่วมโครงการให้ตรงกับความต้องการของผู้ประกอบการร้านยามากขึ้น เช่น ส่วนลดการซื้อยาจากบริษัทยาเอกชนที่ไม่ใช่องค์กรเภสัชกรรม การจัดอบรมความรู้ทางวิชาการให้ฟรีโดยไม่เก็บค่าลงทะเบียน และจัดให้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่รับผิดชอบพื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุข 7 ควรพิจารณาจัดโครงการเพื่อนำร้านยาคุณภาพในเขต เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การวิจัยในอนาคตควรศึกษาความพร้อมและแรงจูงใจของผู้ประกอบการร้านยาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ประกอบการร้านยาที่ชัดเจนมากขึ้น และควรมีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายทั้งด้านวิชาการ วิชาชีพ และชุมชน เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ภก.ไพศาล ปวงนิยม ญ.ศรีนวล กรกชกร ญ.ดร.ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร รศ.ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต ญ.จินดา หวังรวงศ์ ญ.กฤษณ์ สระมุณี และภก.ชัยณรงค์ ชูทอง ในการให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบงานวิจัยและแบบสอบถามที่ใช้

เอกสารอ้างอิง

1. อริสรา นกตลตาภรณ์. ศักยภาพความพร้อมและการให้ความสำคัญของผู้ประกอบการร้านยาแผนปัจจุบันที่มีต่อเกณฑ์มาตรฐานร้านยาของสภาเภสัชกรรม : กรณีศึกษาร้านยาแผนปัจจุบันในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548
2. สภาเภสัชกรรม. มาตรฐานร้านยา โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา โดยสภาเภสัชกรรม (Online). แหล่งที่มา : http://www.pharmacycouncil.org/html/htmlexpand/drug_store04.html (20 กรกฎาคม 2552).
3. สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา (Online). แหล่งที่มา : <http://newsser.fda.moph.go.th/advancepharmacy/index.php?cmd=1> (21 สิงหาคม 2552).
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. สรุปตัวชี้วัดและแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2552. พังงา : กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข, 2552
5. สภาเภสัชกรรม. ร้านขายยาที่ได้รับการรับรองร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม (Online). แหล่งที่มา : http://www.pharmacycouncil.org/html/htmlexpand/drug_store03.html (20 กรกฎาคม 2552).
6. กองควบคุมยา. สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาทั่วราชอาณาจักร ประจำปี 2552 (Online). แหล่งที่มา : http://www.app1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_d14.asp (20 มิถุนายน 2552).
7. Skinner. ce. Education Psychology. New York: prentice Hall, 1965
8. สุระ อ่อนแพง. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของผู้นำท้องถิ่นในการมีส่วนร่วมจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏอุดรธานี, 2549
9. อธิวิทย์ เอกกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. ม.ป.ท. : ม.ป.พ., 2543
10. อธิวรรณ ปัญญาสว่างจิต. ทศนคติของผู้ประกอบการร้านยาในอำเภอเมืองเชียงใหม่ต่อโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549
11. ภิญญา เปลี่ยนบางช้าง และดวงทิพย์ หงษ์สมุทร. ความคิดเห็นของเจ้าของร้านยาทั่วประเทศต่อมาตรฐานร้านยาของสภาเภสัชกรรม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549 ; 15 : 111-122.
12. พงศ์ผกา ภัณฑลักษณ์. ความเข้าใจต่อการตัดสินใจของเภสัชกรเจ้าของร้านยาในการสมัครเข้าร่วมโครงการร้านยาคุณภาพในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร (นานาชาติ). คณะเภสัชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551





การให้ข้อมูลยา ของคลินิกและร้านขายยา แก่ผู้ป่วย อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Drug information for patients
in Private Clinic and Drugstore in Khukhan district,
Si Sa Ket Province

เด่นชัย ดอกพอง*

กรแก้ว จันทภาษา**

* โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

** คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

ปัญหาการไม่ได้รับข้อมูลยาของผู้ป่วยในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ทำให้ผู้รับบริการขาดการรับรู้ข้อมูลที่ตนเองควรรู้เมื่อขอรับบริการที่คลินิกแพทย์และร้านขายยา เกิดการใช้อย่างไม่เหมาะสม การวิจัยเชิงคุณภาพนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้ข้อมูลยาของคลินิกแพทย์และร้านขายยาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 24 ราย สังเกตและถ่ายภาพของยา/ฉลากยา/ขวดยาที่นำมาจากคลินิก/ร้านขายยา ศึกษาปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยสัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสุขภาพ จำนวน 18 ราย และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้ข้อมูลยาของคลินิกแพทย์/ร้านขายยาจากการสัมภาษณ์แพทย์ประจำคลินิก 3 รายและเภสัชกรร้านขายยา 5 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2553 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า คลินิก 8 แห่ง และร้านขายยา 10 แห่ง ไม่ให้ชื่อยาในฉลากยา โดยระบุเพียงขนาด และวิธีใช้เท่านั้น ให้คำแนะนำผลข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์ ข้อควรระวัง และการปฏิบัติตัวขณะใช้อย่างผิวเผิน ไม่ครบถ้วน ในขณะที่มีคลินิกและร้านขายยาเพียงอย่างละ 1 แห่งเท่านั้น ที่ระบุชื่อยาในฉลากยา ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคที่เป็น การดำเนินของโรค คำแนะนำสำหรับดูแลตนเอง รวมถึงบริการที่ดี รวดเร็ว ได้ฉีดยา ใช้ภาษาท้องถิ่นสื่อสาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณ 20 คน ไม่เข้าใจสิทธิตนเอง สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาแพ้ยาโดยไม่ทราบชนิด เสียค่ายาโดยไม่จำเป็นจากการตรวจรักษา เชื้อโรคดื้อยาและอาจได้รับยาเกินขนาด บุคลากรการแพทย์ต้องการให้มีชื่อยาในฉลากยา ต้องการทราบยาที่ผู้ป่วยฉีด ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ให้ข้อมูลยาของคลินิกแพทย์/ร้านขายยา ได้แก่ ไม่มีเวลาเขียนชื่อยา ไม่อยากให้คนไข้ไปซื้อยากินเอง มีชื่อยาติดในแผงยาอยู่แล้ว ถ้าให้ข้อมูลการข้างเคียงจะทำให้คนไข้กลัวการกินยา เป็นต้น

สถานการณ์และปัญหาการให้ข้อมูลยาแก่ผู้ป่วยของคลินิก/ร้านขายยา มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีผลเสียต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวม บุคลากรด้านสุขภาพจึงได้เสนอให้มีสมุดบันทึกการรักษา/ใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย หรือสมาร์ทการ์ด เภสัชกรประจำร้านขายยา/คลินิก ระบุชื่อยาอย่างชัดเจนในซองยา รณรงค์ให้ผู้ป่วยเข้าใจสิทธิ ความสำคัญของข้อมูลการใช้ยา มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียน ส่งเสริมจรรยาบรรณผู้ประกอบการวิชาชีพ และประเมินรับรองมาตรฐานของคลินิก/ร้านขายยา

คำสำคัญ : ข้อมูลยา, คลินิก, ร้านขายยา

Abstract

This research aimed to study the situation, problem, impact and factor influenced on drug information providing of medical clinic and drugstore. The research was conducted using qualitative research method by individual in depth interview of 24 patients, 18 healthcare providers who did not work in clinic or drugstore and 8 physicians of medical clinic or community pharmacists. Observation and photographic record of packaging or label of medication were also carried out. The data was collected during January to February 2010.

The research found that 8 medical clinics and 10 drugstores did not give medicine name, just describe only dosage and administration method. Only one medical clinic and one drugstore that labeled drug name on the package. For the remainders; side effect, adverse drug reaction, warning and precaution were not given adequately. The result showed that the patients still required the information about disease, prognosis, good instruction, and timely service. The majority of patients believed that injection medicine could give the better and faster effect than oral form, therefore they preferred injectable drugs. Most of them did not understand the patient rights to drug and disease information. The aforesaid situation brought about the increase in drug allergy problem, redundant therapy, overdose, and drug resistant. The root cause of negligence in not providing proper informations were; writing the medicine name takes a lot of time, afraid that the patient which was given the medicine name will buy drugs from others store, and the dispensers afraid of the unnecessary panic among patients when learned about adverse drug reaction. The entire results in this research indicated that more guidance and regulation is needed to ensure that adequate information is provided.

Keywords : drug information, medical clinic, drugstore

บทนำ

การใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมและฟุ่มเฟือย ส่วนหนึ่ง มีสาเหตุจากการไม่ได้ให้ข้อมูลยาและการรักษาที่เพียงพอแก่ ผู้ป่วยจากผู้ประกอบวิชาชีพโดยเฉพาะจากสถานพยาบาลภาค เอกชนที่มีผลประโยชน์ทับซ้อน ทำให้เกิดผลเสียต่อความ ปลอดภัยด้านยาของประชาชน และทำให้เกิดความสูญเสีย ทางเศรษฐกิจ⁽¹⁾ ในประเด็นสิทธิผู้ป่วยด้านยา พบว่าประชาชน รับรู้ชื่อยา สรรพคุณยา วิธีการใช้ยา และข้อระวังการใช้ยา จากสถานบริการสาธารณสุขของเอกชน (คลินิก โรงพยาบาล เอกชน และร้านขายยา) น้อยมาก⁽²⁾ พบเห็นผู้ป่วยที่เกิดอาการ แพ้ยาหรือได้รับอันตรายจากการใช้ยาในคลินิก ร้านขายยา โดยไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นยาอะไร เนื่องจากคลินิกและ ร้านขายยาส่วนใหญ่ไม่ได้เขียนชื่อยาไว้ในฉลากยาที่จ่ายแก่ ผู้รับบริการ ทำให้เกิดความเสี่ยงในการแพ้ยาซ้ำที่มีอันตราย ถึงชีวิตได้ นอกจากนี้พฤติกรรมการตระเวนรักษาโรคของ ผู้ป่วยแบบ shopping around ที่คลินิกเอกชนตามคำบอก

เล่าของคนอื่น ทำให้ได้ยาที่มีรูปแบบและสีสันท่างกัน โดยไม่ รู้ว่าเป็นยาอะไรเพราะไม่ได้เขียนชื่อยาในฉลากยา ในขณะที่ บางครั้งเป็นยาที่มีชื่อสามัญทางยาตัวเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วย ได้รับยาซ้ำซ้อนเกินขนาดจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้⁽³⁾

การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของประชาชน แม้จะเป็น พฤติกรรมส่วนบุคคล แต่ก็ได้สะท้อนความล้มเหลวของ หน่วยงานภาครัฐในการบังคับใช้กฎหมาย จรรยาบรรณของ ผู้ประกอบวิชาชีพ ความอ่อนแอของผู้บริโภคในสังคมไทยและ เป็นปัญหาเชิงพฤติกรรมทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในส่วนของแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรทาง การแพทย์ พบว่า มีบางส่วนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจาก มาตรฐานแห่งวิชาชีพ ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาทั้งในคลินิก เอกชน และร้านขายยา⁽¹⁾ ฉลากยาที่ผู้ป่วยได้รับจากคลินิก ร้านขายยา เป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แก่ผู้รับบริการ เพราะเป็นข้อมูลที่มีความคงทน ย่อยต่อการ สื่อสารให้ผู้บริโภครับรู้ จดจำ และใช้ยาได้อย่างถูกต้อง⁽⁴⁾

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งในภาคราชการและเอกชน จึงเป็นบุคคลสำคัญที่ให้ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แก่ประชาชน เพราะนอกจากได้เรียนรู้มาโดยตรงแล้ว ยังเป็น แหล่งข้อมูลที่ประชาชนเห็นความสำคัญ

พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2529 บัญญัติให้ผู้บริโภค มีสิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้อง และเพียงพอเกี่ยวกับสินค้า หรือบริการ⁽⁵⁾ สิทธิผู้ป่วยตามประกาศ ของสภาวิชาชีพ ข้อ 3 ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูล อย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการ ยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษายาบาล ข้อ 9 ผู้มารับ บริการมีสิทธิที่จะได้รับทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาล เฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูล ดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิ ส่วนตัวของบุคคลอื่น⁽⁶⁾ การได้รับข้อมูลจากผู้ประกอบการวิชาชีพ จึงเป็นสิทธิของผู้บริโภคและผู้ป่วยที่ต้องได้รับอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นหน้าที่ของผู้ประกอบการวิชาชีพที่ต้องให้ข้อมูล ยา แต่ในปัจจุบันยังพบว่ากรวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยา ที่เหมาะสมในประเทศไทยยังมีน้อย ทำให้ขาดองค์ความรู้ที่ จำเป็นสำหรับการแก้ปัญหาดังกล่าว⁽⁴⁾ การวิจัยเรื่องการให้ ข้อมูลยาของคลินิก และร้านขายยาแก่ผู้ป่วยอำเภอชุมพวง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อศึกษาว่าสถานการณ์การให้ข้อมูลยา ของคลินิกแพทย์และร้านขายยาเป็นอย่างไรภายใต้สังคมและ วัฒนธรรมบริบทนิยม ผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภคมีความรู้สึก นึกคิดอย่างไร บุคลากรทางด้านสุขภาพที่ได้เปิดคลินิกหรือ ร้านขายยา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขาเหล่านี้คิดอย่างไร ประสบปัญหาอย่างไรต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง คลินิกแพทย์ เภสัชกรร้านขายยา มี ความคิดเห็น เหตุผล และมีปัจจัยเกี่ยวข้องอย่างไรต่อการให้ ข้อมูลยาที่สื่อสารออกไปผ่านฉลากยา ของยา และคำแนะนำ จึงเป็นกระบวนการสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนระบบการใช้ยาที่เหมาะสมในสังคมไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ผู้ให้ข้อมูลมี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในอำเภอ ชุมพวงซึ่งได้รับยาจากคลินิกแพทย์และร้านขายยา จำนวน 24 คน 2) กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่ได้เปิดคลินิกหรือ ร้านขายยาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมพวงและสถานอนามัย ในอำเภอชุมพวง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และ

เจ้าหน้าที่สถานอนามัย จำนวน 18 คน และ 3) กลุ่มแพทย์ที่ เปิดคลินิก เภสัชกรที่เปิดร้านขายยาในอำเภอชุมพวงและอำเภอ เมืองศรีสะเกษ จำนวน 8 คน

เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในจังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แนวคำถาม ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ จำนวน 3 แบบ ได้แก่ 1) แนวคำถามที่ใช้ ในการสัมภาษณ์แบบปลายเปิดสำหรับผู้ป่วย 2) แนวคำถาม ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) สำหรับ บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในคลินิก ร้านขายยา 3) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึก สำหรับแพทย์ ประจำคลินิก เภสัชกรประจำร้านขายยา

สร้างแบบสอบถาม นำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 5 ราย บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เปิดร้านขายยา คลินิก จำนวน 5 คน และแพทย์ เภสัชกรที่เปิดคลินิก ร้านขายยา จำนวน 3 คน ทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไป ใช้จริง

เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย สังเกตและถ่ายภาพ ของยา ฉลากยา ขวดยาที่ผู้ป่วยได้รับ

จากคลินิกแพทย์ ร้านขายยา

โดยผู้วิจัยฝึกฝนผู้ช่วยวิจัย

จำนวน 1 คน ผู้ช่วยวิจัยจะ

สุ่มเลือกหมู่บ้านแบบเจาะจง

และแบบบังเอิญ พื้นที่รัศมี

รอบๆ ตัวอำเภอชุมพวงในเส้น

ทางหลักที่มีการคมนาคมสะดวก

ผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามจากชาวบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ว่าในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาใคร ไม่สบายแล้วไปรับการรักษาจากคลินิก ร้านขายยาบ้าง เลือก ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ซ้ำแหล่งที่ไปรับบริการเพื่อให้ได้ข้อมูลจาก ผู้ให้สัมภาษณ์ที่ครอบคลุมคลินิกและร้านขายยาทุกแห่งใน อำเภอชุมพวง ผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลอยู่ในพื้นที่ 10 ตำบล ได้แก่ ตำบลห้วยเหนือ (หมู่ 1, 2, 3, 6, 7, 11, 12, 13) ตำบล บรีอใหญ่ (หมู่ 5) ตำบลศรีตระกูล (หมู่ 4) ตำบลตาอุด (หมู่ 2) ตำบลหนองฉลอง (หมู่ 2) ตำบลนิคมพัฒนา (หมู่ 3) ตำบลสะเดาใหญ่ (หมู่ 15) ตำบลห้วยสำราญ (หมู่ 1) ตำบลใจดี (หมู่ 1) และตำบลห้วยใต้ (หมู่ 10) ก่อนสัมภาษณ์จะแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ลงชื่อแสดงความยินยอม ให้ข้อมูลเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เป็นข้อๆ บันทึกทุกคำพูด



ของผู้ป่วยโดยไม่มีการแก้ไข แม้ว่าจะเป็นเสียงในภาษาท้องถิ่นก็ตาม บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ถ่ายภาพฉลากยา ซองยา ขวดยา เม็ดยาที่ได้รับด้วย

ผู้วิจัย สัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสุขภาพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในคลินิกหรือร้านขายยา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ซึ่งเป็นบุคลากรที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคย สามารถพูดคุยข้อมูลเชิงลึกได้อย่างสะดวกและมีความเชื่อมั่นว่าจะให้ข้อมูลที่แท้จริงโดยไม่ปิดบัง นัดหมายเวลาที่ผู้ให้สัมภาษณ์สะดวกล่วงหน้า ก่อนชี้แจงวัตถุประสงค์ลงชื่อยินยอมให้การสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์ บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์แพทย์ประจำคลินิก และเภสัชกรประจำร้านขายยา ซึ่งเป็นคนที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคย สามารถซักถามข้อมูลได้อย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา และเชื่อว่าจะได้ข้อมูลที่แท้จริง ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในคลินิก ร้านขายยาแบบบางเวลาและแบบเต็มเวลา ที่ปฏิบัติงานในอำเภออุษันธุ์และอำเภอเมืองศรีสะเกษ

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต บันทึกเสียง บันทึกภาพ ถอดเทปข้อมูลอย่างละเอียด ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลทันทีหลังจากสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้งแบบสามเส้า (Triangulation) รวบรวมข้อมูล โดยพิจารณาจากข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลที่ผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ 2) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต/ถ่ายภาพ ฉลากยา ซองยา และ 3) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง คือ ได้เห็นฉลากยา ซองยาที่ผู้นำมาจากคลินิก ร้านขายยา

แนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้มาตรฐานการให้ข้อมูลยาของสภาวิชาชีพเภสัชกรรมในการจ่ายยาซึ่งถูกบัญญัติขึ้นภายใต้ พรบ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2529 และคำประกาศสิทธิผู้ป่วยตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาการพยาบาล และสภาเภสัชกรรม ซึ่งข้อมูลยาที่คลินิกและร้านขายยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย โดยเฉพาะข้อมูลในฉลากยา ซองยา ได้แก่ 1) ชื่อยาเป็นภาษาไทยหรือชื่อภาษาอังกฤษ เป็นชื่อสามัญทางยาหรือชื่อการค้า 2) ข้อบ่งใช้ของยาในแต่ละตัวว่ามีคุณสมบัติในการรักษาอย่างไร 3) ขนาดและวิธีใช้เพื่อบอกปริมาณยาที่ใช้วิธีการบริหารยาเพื่อให้ยาเข้าสู่ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพในการ

รักษาที่ดี 4) ผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา 5) ข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติในขณะที่ใช้ยา และ 6) การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์ จำนวน 24 คน อยู่ในอำเภออุษันธุ์ทั้งหมด มีทั้งวัยกลางคน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงปริญญาโท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา-ปริญญาตรี อาชีพส่วนมาก คือ ทำนา ทำไร่ รับจ้าง ที่เหลือเป็นอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการบำนาญ ค้าขาย พนักงานบริษัท และนักเรียน/นักศึกษา ดังตารางที่ 1 คลินิกที่ไปรับบริการกระจายครอบคลุมคลินิกทุกแห่งในอำเภออุษันธุ์ทั้ง 5 แห่ง ไปที่คลินิกเฉพาะทางในอำเภอเมืองศรีสะเกษ จำนวน 5 แห่ง สำหรับร้านขายยานั้นสามารถสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับบริการครอบคลุมจากร้านขายยาทุกแห่งในอำเภออุษันธุ์ทั้ง 6 แห่ง และร้านขายยาในเมืองศรีสะเกษ จำนวน 3 แห่ง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)
อายุ	
≤ 20 ปี	2
21-40 ปี	6
41-60 ปี	8
≥ 61 ปี	8
การศึกษา	
ไม่ได้เรียน	4
ประถมศึกษา	5
มัธยมศึกษา	6
อนุปริญญา-ปริญญาตรี	7
สูงกว่าปริญญาตรี	2
อาชีพ	
ทำนา ทำไร่ รับจ้าง	9
นักเรียน/นักศึกษา	2
ค้าขาย	5
พนักงานบริษัท	3
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ ข้าราชการบำนาญ	5

การสัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสุขภาพที่ไม่ได้ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานีนามัย/นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 18 คน พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และสถานีนามัย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องและปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยในอายุรกรรม และจุดคัดกรองผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ไม่ได้เปิดคลินิก ร้านขายยา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)
อายุ	
≤ 30 ปี	7
31-50 ปี	9
≥ 51 ปี	2
การศึกษา	
ปริญญาตรี	13
ปริญญาโท	4
ปริญญาเอก	1
วิชาชีพ	
แพทย์	2
เภสัชกร	3
พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	7
พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย	2
เจ้าหน้าที่สถานีนามัย/นักวิชาการสาธารณสุข	4
ประสบการณ์การทำงาน	
≤ 5 ปี	4
6-10 ปี	6
11-20 ปี	6
≥ 21 ปี	2

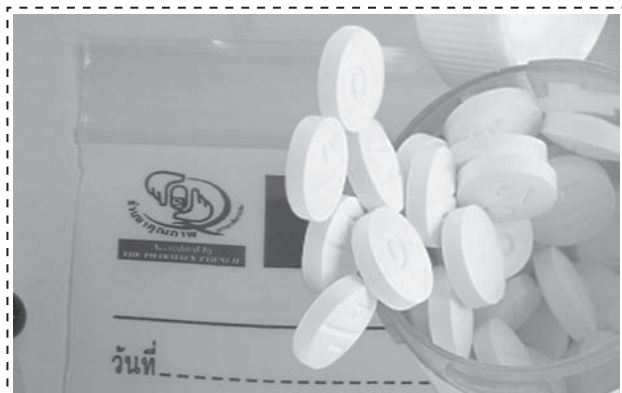
การสัมภาษณ์แพทย์ เภสัชกรที่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิก 3 คน และเภสัชกรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) 5 คน ถึงบริบททางคลินิกและร้านขายยา มีที่ตั้งในอำเภออุซันและเมืองศรีสะเกษ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงบริบทของคลินิก ร้านขายยา

หน่วยบริการ เอกชน	ลักษณะสำคัญ	ที่ตั้ง	จำนวน เจ้าหน้าที่ (คน)	จำนวนคนไข้ เฉลี่ยต่อวัน (คน)	เวลาปฏิบัติงาน ของผู้ประกอบวิชาชีพ
คลินิก 1	คลินิกอายุรกรรม	อ.อุซัน	2	15-30	นอกเวลาราชการ
คลินิก 2	คลินิกทั่วไป	อ.อุซัน	2	15-25	นอกเวลาราชการ
คลินิก 3	คลินิกหู คอ จมูก	อ.เมือง	2	20-30	นอกเวลาราชการ
ร้านขายยา 1	ขย.1	อ.อุซัน	1	10-25	นอกเวลาราชการ
ร้านขายยา 2	ขย.1	อ.อุซัน	3	40-60	ตลอดวัน
ร้านขายยา 3	ขย.1	อ.อุซัน	3	40-60	ตลอดวัน
ร้านขายยา 4	ขย.1	อ.เมือง	2	20-30	นอกเวลาราชการ
ร้านขายยา 5	ขย.1	อ.เมือง	2	30-40	นอกเวลาราชการ

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย สังเกต ซองยา ฉลากยา ขวดยาจากคลินิกหรือร้านขายยาในอำเภอ



ชุมชนและเมืองศรีสะเกษ พบว่า คลินิก 8 แห่ง และร้านขายยา 10 แห่ง ไม่เขียนชื่อยาในฉลากยา จากคลินิกทั้งหมด 9 แห่ง ร้านขายยา 11 แห่ง เรื่องราวที่สะท้อนผ่านเสียงบ่นของผู้รับบริการที่มีประสบการณ์จากคลินิกหลายๆ ท่านว่า “...ซองยาที่พบไม่ระบุชื่อยา บอกเฉพาะขนาดที่กินและเวลาที่กิน ...” หรือ “ไม่บอกชื่อยา ไม่บอกสรรพคุณ บอกแต่ว่ากิน เข้า เทียงเย็น...” คลินิกและร้านขายยาประมาณครึ่งหนึ่งจะเขียนข้อบ่งใช้/สรรพคุณการรักษาในฉลากยา ผู้ป่วยวัยกลางคนท่านนี้บอกว่าคลินิกประจำอำเภอ “บอกสรรพคุณ วิตามินก็บอกวิตามิน ยาแก้ปวด บอกว่ายา นั้นใช้เพื่ออะไร ...” คลินิก

และร้านขายยาทุกแห่งเขียนขนาดและวิธีใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน สมบูรณ์ บางแห่งลงทุนพิมพ์ซองยาที่ระบุขนาดที่ใช้ วิธีใช้ด้วย ผู้รับบริการเล่าว่า “...บางยาก็ 2 เวลา บางยาก็ 3 เวลา บางยาก็เวลาเดียว”, “...บอกแต่ว่ากินอย่างละก่อนอาหาร หลังอาหาร บอกแต่ขนาดและวิธีใช้ ...” นอกจากฉลากยา แพทย์จะย้าด้วยว่า “หมอก็จะบอกว่า กินตอนไหน กินเวลาไหน กินแก้อะไรบ้าง” แต่มีข้อสังเกตคือไม่ได้บอกขนาดยาเป็นมิลลิกรัม แต่บอกเป็นเม็ด ซ่อนชา ซ่อนโต๊ะเท่านั้น เนื่องจากคลินิก ร้านขายยาส่วนใหญ่จะไม่ระบุชื่อยา จึงไม่ระบุขนาดยาเป็นมิลลิกรัม ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ และการปฏิบัติตัวในระหว่างใช้ยา คลินิก ร้านขายยาส่วนใหญ่ไม่ระบุข้อมูลส่วนนี้ในฉลากยา แต่บางแห่งก็ให้ข้อมูลโดยวิธีพูดแนะนำข้อมูลที่จำเป็นสำคัญในระหว่างการตรวจกับแพทย์ หรือการจ่ายยาในร้านขายยาของเภสัชกร เช่น “...บอกผลข้างเคียงยา บอกว่าอย่าขับรถ ข้อควรระวังต่างๆ ไม่ได้บอก” มีคลินิกและร้านขายยาบางแห่งเท่านั้นที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนในฉลากยาที่เป็นข้อความสั้นๆ เท่านั้น เช่น “ให้กินยาต่อเนื่องจนหมด”, “กินเฉพาะเวลาปวดหรือมีไข้”, “กินแล้วรงนอน” ฯลฯ ดังตารางที่ 4 ในสถานการณ์นี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 20 คน ไม่เข้าใจว่าตนเองมีสิทธิในการได้รับข้อมูลด้านยาอย่างครบถ้วน เพียงพอ และมีบัญญัติรับรองไว้ในกฎหมาย ผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีความรู้ ความเข้าใจ แต่ก็ไม่มีความสนใจในการลุกขึ้นมาเรียกร้องสิทธิตนเอง

ตารางที่ 4 แสดงการให้ข้อมูลยาในฉลากยาของคลินิกและร้านขายยา

หน่วยบริการ	จำนวนหน่วยบริการ	ข้อมูลที่ปรากฏในฉลากยา ซองยา ขวดยา					
		ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	ขนาดและวิธีใช้	ผลข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง/ข้อปฏิบัติในการใช้ยา	การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาจากยา
คลินิก	9 แห่ง	1 แห่ง	5 แห่ง	9 แห่ง	5 แห่ง	1 แห่ง	0 แห่ง
ร้านขายยา	11 แห่ง	1 แห่ง	5 แห่ง	11 แห่ง	4 แห่ง	1 แห่ง	0 แห่ง
รวม	20 แห่ง	2 แห่ง	10 แห่ง	20 แห่ง	9 แห่ง	2 แห่ง	0 แห่ง

ความเห็นและเหตุผลของผู้ประกอบวิชาชีพในคลินิก ร้านขายยา

ในมุมมองของแพทย์ เภสัชกรร้านขายยาที่ไม่ค่อยให้ข้อมูลยา โดยเฉพาะชื่อยา มีทัศนคติเชิงลบต่อการเขียนชื่อยาในฉลากยา ซองยา โดยแพทย์ประจำคลินิก 2 มองว่า “บอกทุกอย่างแล้ว แต่คนไข้ไม่จำเอง” สำหรับชื่อยานั้นไม่ให้เนื่องจาก “ไม่อยากจะให้คนไข้ไปซื้อยากินเองโดยไม่จำเป็น” แพทย์ประจำคลินิก 3 ให้เหตุผลเพิ่มเติมในประเด็นการรู้

สูตรยาที่คลินิกจ่ายว่า “ก็ไม่เชิงว่าจะกลัวคลินิกอื่นรู้สูตรนะ แต่ถ้าคนไข้รู้แล้วนำไปซื้อยาที่อื่น มันก็มั่วไปหมดเลย” สำหรับร้านขายยา ร้านขายยา 2 ให้เหตุผลเกี่ยวกับการไม่ให้รายละเอียดในส่วนข้อมูลยาว่า “ไม่ต้องระบุก็ได้ เพราะมันเป็นยาที่มีชื่อยาติดในแผงยาอยู่แล้ว” ร้านขายยา 3 เห็นว่าในบางช่วงจังหวะเวลาที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก รอชื่อยาอยู่ “มีคนไข้มารอต่อเนื่อง จึงรีบจ่าย เพื่อจะเร่งไปให้บริการกับผู้ป่วยรายต่อไป” ร้านขายยา 4 กลัวว่าการให้ข้อมูลมาก

เกินไปจะเป็นผลเสียต่อร้านขายยา โดยเฉพาะอาการข้างเคียง รวมถึงอาจทำให้คนไข้ไม่กล้ากินยาว่า “บางทีเราก็กลัวการฟ้องร้อง ว่าการให้ชื่อยา ข้อมูลยาไปมาก โดยเฉพาะอาการข้างเคียงไป เพราะอาจทำให้คนไข้แค้ได้รับยาที่กลัวการกินยาแล้ว” แต่อย่างไรก็ตาม ร้านขายยา 5 เห็นว่าการให้ข้อมูลที่มากเกินไปจะทำให้คนไข้ไม่กล้ากินยา “เราต้องยอมรับว่ายาททุกตัวมันมีผลเสีย ถ้าผมบอกผลเสียมันหมดคนไข้ก็ไม่อยากกินยา แม้ยาบางอย่างจะมีความจำเป็นต้องทานต่อเนื่อง แต่พบว่าถ้าใช้แล้วอาการดีขึ้น คนไข้ก็ไม่ใช้ต่อจนหมด” นอกจากนี้ยังยอมรับว่าเป็นเหตุผลหนึ่งที่อาจช่วยให้ผู้รับบริการมารับบริการต่อเนื่องหลังจากใช้ยาแล้วดีขึ้นว่า “บางที เมื่อเราสามารถดูแลให้เขาดีขึ้น ก็หวังว่าเขาจะมาใช้บริการจากเราต่อเนื่อง”

ส่วนคลินิก และร้านขายยาที่เขียนชื่อยาในฉลากยาให้เหตุผลที่พยายามให้ชื่อยา และข้อมูลยาว่าเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยจะได้รับและในขณะเดียวกันก็เป็นจรรยาบรรณแพทย์ด้วย ดังนี้ “อยากให้เราหาเราด้วยความเชื่อมั่น ไว้วางใจฝีมือของการทำงานทางวิชาการ มากกว่าการหาเงินกับความไม่รู้ของคนมันเป็นการเอาเปรียบเขา...” เกสซ์กรท่านนี้ยอมรับว่า “ร้านขายยาเรามีคนไข้ไม่มากหรอกครับ วันหนึ่งได้ถึงพันบาทก็ดีแล้ว แต่ก็มีความสุขที่ได้ทำสิ่งดีๆ ทำแล้วมีความสุข”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้เปิดคลินิก ร้านขายยา

จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว ได้แก่ แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลจำนวน 10 คน และเภสัชกร จำนวน 5 คน ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 3 คน โรงพยาบาลต่างอำเภอ 2 คน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ทำงานในอำเภอชุมชน จำนวน 7 คน มีความเห็นคล้ายคลึงกับสิ่งที่สะท้อนผ่านผู้ป่วย คือ คลินิก ร้านขายยาไม่เขียนชื่อยาในซองยา ฉลากยา พยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยหลายๆ ท่านได้ให้ข้อมูลว่า “...ซองยา ฉลากยาไม่ระบุชื่อยา ซึ่งมีความจำเป็นมาก เมื่อผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาจะสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยแพ้ยาตัวใด ซึ่งจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมาก” ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลรักษาพยาบาล เภสัชกรที่ทำงานดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย กล่าวว่า “มีรายหนึ่งแพ้ยามา ก็ให้ญาติโทรไปหาเขาที่คลินิก โทรไป 2 รอบ ไม่ได้อะไรเลย ต้องให้ญาติไปหาถึงที่ เขาจึงเขียนชื่อยามาให้ ยิ่งเวลามานอนที่โรงพยาบาล คนไข้บอกว่าแพ้ยอะไร

ไม่รู้ เวลาจะให้ยากิน ยาฉีดแต่ละตัว ต้องระวังมาก บางทีไม่กล้าให้เลย กลัวว่าแพ้แล้วจะเป็นปัญหา คนไข้เสียโอกาสเลยนะถ้าเป็นแบบนี้” พยาบาลในกลุ่มนี้เห็นร่วมกันว่าการให้ข้อมูลที่ได้รับการครอบคลุมถึงยาฉีดด้วย เพราะบางทีคนไข้ก็ได้รับอันตรายจากการฉีดยา “พบผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิก/ร้านขายยา ได้ฉีดยาและยามารับประทาน แล้วแพ้ยามาโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถระบุชื่อยาได้” “เคยเห็นผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการแพ้ยา มีผื่นคันและบางครั้งให้ประวัติว่าเคยฉีดยา บางตัวที่คลินิก ได้ยาจากร้านขายยาและมีผื่นขึ้น และผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ว่าเป็นยาอะไร บางรายบอกได้แต่เฉพาะลักษณะยาแต่ไม่ทราบชื่อ หรือบอกได้แต่ว่าเป็นยาแก้ปวด ยาแก้แสบ ทำให้ไม่ทราบว่าจริงๆ แล้วผู้ป่วยแพ้ยาชนิดไหน” ในมุมมองของแพทย์ที่ปฏิบัติงานสะท้อนปัญหาเพิ่มเติมว่า “ถ้าเป็นหมอดูด้วยกัน ถ้าได้ digoxin มาแล้ว อาจได้รับ digoxin จากโรงพยาบาลเพิ่มเติม” คนไข้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมตระเวนรักษาไปทั่ว ที่ไหนดีก็ไปหา จึงเสี่ยงต่อการได้ยาตัวเดียวกันจากหลายๆ แห่ง “ไม่รู้ว่าคนไข้ได้รับยาใดจากคลินิก ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับยาเกินขนาด ถ้าได้รับยาจากที่อื่นเพิ่มเติม ก็ไม่ต้องจ่ายยาเพิ่มเติม ทำให้เกิดความสูญเสียของประเทศชาติ” “ไม่รู้ว่าไปฉีดยาอะไรมา...” ตัวอย่างปัญหาที่พบ เช่น “คนไข้กินยามา 2 วันแล้ว แพ้ยา บางทีเราต้องหยุดยาหมดแล้วเริ่มให้ยาใหม่ อาจต้องเริ่มให้ยาที่แรงขึ้น”

สรุปและอภิปรายผล

จากงานวิจัย พบว่า คลินิกและร้านขายยาส่วนใหญ่ได้ละเมิดสิทธิผู้บริโภค ละเมิดสิทธิผู้ป่วย โดยไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน เพียงพอ โดยเฉพาะข้อมูลยาในฉลากยา ซองยา ขวดยา สถานการณ์เช่นนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและสังคม ได้แก่ ความเสี่ยงจากการแพ้ยาซ้ำ เพราะคลินิกและร้านขายยาไม่บอกชื่อยา เมื่อแพ้ยาก็ไม่รู้ว่าป็นยาอะไร เชื้อโรคอาจต้องล่าช้าหากแสวงหาหาใหม่ๆ มารักษา แพทย์ผู้ดูแลมีความลำบากในการปรับระดับยาต่อเชื้อโรค เพราะไม่ทราบว่าเคยใช้ยาตัวใดมาก่อน ไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างคลินิกหรือร้านขายยากับโรงพยาบาล ความเสี่ยงต่อการได้รับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้แต่ไม่ได้ป้องกันเพราะไม่ทราบข้อมูลที่ต้องระวังอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงได้รับยาเกินขนาด เนื่องจากตระเวนรักษาพยาบาล ดำรงภาวะที่ต้องพึ่งพาคลินิก เพราะเมื่อได้รับการรักษาที่ดีขึ้นแล้ว ไม่ทราบว่ายาที่คลินิกจ่ายให้

เป็นยาอะไร ไม่สามารถนำยาที่ได้จากคลินิกไปปรับต่อเนื่องจาก
โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรับยา
ต่อเนื่อง มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เป็นต้น ผลการศึกษาเรื่องนี้
ได้สะท้อนให้เห็นถึงสถานะความบกพร่องทางจรรยาบรรณ
แห่งวิชาชีพที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของประชาชน
ในขณะที่ผู้ป่วยมีความรับรู้ถึงสิทธิและความตระหนักในเรื่อง
นี้น้อยมาก มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่พอจะมีความรู้
ความตื่นตัวในสิทธิอันชอบธรรมบ้าง แต่ก็พบว่ามีความอ่อนแอ
อย่างยิ่งในการเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้

หากปัญหาเหล่านี้มิได้รับการแก้ไข ย่อมทำให้
ประชาชนผู้บริโภคเสี่ยงต่อการได้รับความไม่ปลอดภัยจาก
การใช้ยา เนื่องจากไม่มีข้อมูลในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ
ไม่มีข้อมูลในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ไปรับบริการจาก
หลายๆ แห่ง ประชาชนไม่เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่จะพึ่งตน
เองด้านสุขภาพ ความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์
ลดลง เกิดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมและฟุ่มเฟือย ภาระค่ายา
ของประเทศ และอุบัติเหตุที่เกิดผลเสียจากการใช้ยามากขึ้น
ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องตามมาอีก

ข้อเสนอเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้แก่ การมีสมุดประจำตัว
ผู้ป่วยที่ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุขทั้งในคลินิก
ร้านขายยา และโรงพยาบาลบันทึกผลการรักษาสำหรับเป็น
ข้อมูลที่ผู้ป่วยติดตามทุกครั้งเวลาไปรับบริการในทุกแห่ง จัดให้
มีเภสัชกรประจำคลินิกและมีเภสัชกรประจำร้านขายยาตลอด
เวลาที่เปิดทำการ ในมิติการคุ้มครองผู้บริโภคควรดำเนินการ
ทางกฎหมายกับคลินิก ร้านขายยาที่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย รณรงค์
ให้ความรู้แก่ประชาชนถึงความสำคัญของการได้รับข้อมูลยา
เพื่อการใช้อย่างปลอดภัย โดยใช้สื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชน
กระตุ้นให้ประชาชนเข้าใจสิทธิและมีความกล้าเรียกร้องสิทธิ
จากผู้ประกอบวิชาชีพ รณรงค์ให้ประชาชนเลือกรับบริการ
ในคลินิกหรือร้านขายยาที่ไม่ละเมิดสิทธิผู้บริโภคและให้ข้อมูล
ยาอย่างครบถ้วน ชัดเจน สนับสนุนให้มีองค์กรอิสระเพื่อ
ตรวจรับรองมาตรฐานคลินิก ร้านขายยา และดำเนินการ
ประกาศให้สาธารณชนรับทราบว่ามีคลินิกหรือร้านขายยา

ใดบ้างที่ผ่านการรับรอง อนึ่ง สำหรับร้านขายยาให้ใช้กลไก
เดิมของการรับรองร้านขายยาคุณภาพโดยสำนักงานคณะ-
กรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อประกันคุณภาพการให้
บริการและให้ข้อมูลที่เพียงพอ เหมาะสม เช่นเดียวกับ
โรงพยาบาลและสถานอนามัยของรัฐ

ข้อจำกัดงานวิจัย

งานวิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับยาเฉพาะจาก
คลินิก และร้านขายยาเท่านั้น แต่ไม่ได้เก็บข้อมูลจากร้านขายยา
แผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่มีขายอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
(ขย.2) และสถานพยาบาลการผดุงครรภ์ที่มีพยาบาลเป็น
ผู้ประกอบการ เนื่องจากโดยขอบเขตของกฎหมายแล้ว
ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จฯ และสถานพยาบาลและ
การผดุงครรภ์จำนวนมาก กล่าวได้ว่าหากหน่วยบริการทั้งสอง
ที่มีได้ดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด
ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาการให้ข้อมูลยาในหน่วยบริการสาธารณสุข
ทั้งสองอาจไม่มีความจำเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส.
ภาพรวมระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพฯ ; 2545 : 12.
2. วิทยา กุลสมบุรณ์. ผู้บริโภคจะได้รับความปลอดภัยและเป็นธรรม
จากการใช้ยาได้อย่างไร. ฉลาดซื้อ 2547 ; 11(4) : 33-37.
3. กัลยา วงศ์วาน. ปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกรายงานอาการ
ไม่พึงประสงค์. ศรีสะเกษ : โรงพยาบาลชุมชน ; 2552.
4. บรรพต ต้นธีรวงศ์, ปราโมทย์ สือรัมย์รุ่งเรือง, วรสุดา ยุงทอง,
เนาวรัตน์ แต่งไทย. การสำรวจการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์
สุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2540. นนทบุรี : สำนักงานคณะ-
กรรมการอาหารและยา ; 2543.
5. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. พระราชบัญญัติการ
คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2529 [Online]. แหล่งที่มา : http://www.ocpb.go.th/list_law.asp [23 พฤษภาคม 2553].
6. กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข. คำประกาศสิทธิ
ผู้ป่วย พ.ศ. 2540 [Online]. แหล่งที่มา : <http://mrd-hss.moph.go.th> [10 เมษายน 2553].





ทัศนคติของผู้บริโภค ต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการ ของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ ในกรุงเทพมหานคร

CONSUMERS' ATTITUDES TOWARD ETHICAL BUSINESS SERVICE OF SKINCARE CLINICS IN BANGKOK

เยาวลักษณ์ อ่ำราไพ*
บุรินทร์ ต. ศรีวงษ์*
จินดาสา สิงห์เพชร**
สุมาลี พรภิฑยประสาณ**

* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

** กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในกรุงเทพมหานครอายุระหว่าง 18-60 ปี ที่เคยใช้บริการภายในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาหรือกำลังใช้บริการในคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ จำนวน 362 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 5 กันยายน ถึง 3 ตุลาคม 2552 ด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ทั้งนี้สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (76.2%) อายุระหว่าง 26-30 ปี (36.2%) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (68.2%) อาชีพพนักงานบริษัท (55.8%) รายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท (34.5%) และมีสถานภาพโสด (78.4%) โดยส่วนใหญ่ใช้บริการเพื่อรักษาสิว (38.0%) ทั้งนี้ ในบริการ 16 ชนิดบริการที่ให้เลือกตอบ กลุ่มตัวอย่างระบุว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (56.8%) รองลงมาเป็นพนักงาน (36.3%) และบางส่วนไม่แน่ใจว่าผู้ให้บริการเป็นใคร (3.5%) โดยบริการที่พบว่า มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการมากที่สุด คือ บริการตรวจรักษาโรคผิวหนัง (91.4%) บริการที่มีพนักงานเป็นผู้ให้บริการมากที่สุด คือ บริการกดสิว (64.6%) ครึ่งล่าสุดที่กลุ่มตัวอย่างใช้บริการ คือ น้อยกว่า 6 เดือน (56.4%) สำหรับทัศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจ 4 ด้านนั้น พบว่า การให้บริการมีการปฏิบัติต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ส่วนของความรับผิดชอบตามภาระผูกพัน การขายสินค้า/บริการอย่างยุติธรรมและความซื่อสัตย์ต่อลูกค้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้บริโภคต้องการให้คลินิกดูแลรักษาผิวพรรณมีจริยธรรมธุรกิจด้านการปฏิบัติต่อลูกค้าให้ได้รับความปลอดภัยเป็นอันดับหนึ่ง จากผลการวิจัยเห็นได้ว่าจริยธรรมธุรกิจที่ควรส่งเสริมในการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณคือ ความซื่อสัตย์ต่อลูกค้าและการปฏิบัติต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย

คำสำคัญ : จริยธรรมธุรกิจ, คลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ

Abstract

The objective of this exploratory survey research was to study the consumers' attitude towards the ethical business service of skincare clinics. Samples were 362 consumers who used to or who are using services in skincare clinics in Bangkok areas. They were selected by the Multi-stage sampling and self-administered questionnaires were used to collect the data. The data was collected between 3 September – 10 October 2009. Frequency, percentage, mean, mode and standard deviation were used in the data analysis of this study.

The results showed that the majority of the samples were female (76.2%), aged between 26 and 30 years old (36.2%), received bachelor degree (68.2%), employee at the private company (55.8%) and single (78.4%). Average monthly incomes of subjects were in range from 10,001 to 20,000 baht (34.5%). The subjects' main reason to attend the skincare clinics was the treatment for acne (64.6%). Among 16 types of services provided in skincare clinics, 56.8% of the samples indicated that they were treated by doctors and 36.3% indicated that they were treated by clinical staffs, while 3.5% of the samples were not sure who performed the services. The service performed most by the physicians was found to be the skin check up and treatment and that performed most by the clinical staffs was comedone extraction. In addition, more than 56.4% of the samples had received the services from skincare clinics less than 6 months. For the consumers' attitudes towards the four dimensions of business ethics, the service concerning consumer safety was indicated as the high level while the clinics' responsibility, fairness to trade, and honesty were indicated as the medium levels. The concerning of consumer safety was expected from skincare clinics as the highest ranking in the business ethics. Consequently, the honesty and the concerning of consumer safety were two dimensions of the ethical business service of skincare clinics to be encouraged.

Keywords : business ethics, skincare clinics

บทนำ

ปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลด้านผิวพรรณและความงามอย่างแพร่หลาย ทำให้บริการของคลินิกด้านการดูแลรักษาผิวพรรณเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่องในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2551 ไม่ว่าจะเป็นคลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกของแพทย์โรคผิวหนัง หรือคลินิกทั่วไปที่ขยายขอบข่ายการให้บริการดูแลรักษาผิวพรรณเสริมกับการรักษาโรคทั่วไป โดยพบว่ามียานวนคลินิก เวชกรรมในกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นจาก 1,795 แห่ง เป็น 1,888 แห่ง⁽¹⁾ ทั้งนี้ ผู้ที่ต้องการเปิดคลินิกบริการดูแลรักษาผิวพรรณ จะต้องขออนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทคลินิกต่อกระทรวงสาธารณสุข โดยมีลักษณะสถานพยาบาลเป็นคลินิกเวชกรรมหรือคลินิกเวชกรรมเฉพาะทางตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งส่วนใหญ่จะขออนุญาตเป็นผู้ประกอบการคลินิกเวชกรรมโดยไม่ระบุ

ชัดเจนถึงการให้บริการที่เน้นการดูแลรักษาผิวพรรณหรือรักษาโรคทั่วไป ทำให้ไม่สามารถระบุสัดส่วนที่ชัดเจนของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณต่อคลินิกเวชกรรม

ทั่วไปได้⁽²⁾ ทั้งนี้ การดำเนินการของสถานพยาบาลต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายหลายฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล

พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติวิชาชีพ-

เวชกรรม พ.ศ. 2525 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 เป็นต้น แต่ในทางปฏิบัติ ยังคงพบการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมาย⁽³⁾ ซึ่งการแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว อาจมิใช่แค่ตรวจสอบเฝ้าระวังทางกฎหมายเพียงอย่างเดียว เพราะเป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุ อย่างไรก็ตาม



แม้จุดมุ่งหมายของการประกอบธุรกิจจะเป็นไปเพื่อแสวงหากำไร ไม่ใช่งานการกุศลหรืองานสังคมสงเคราะห์ แต่ก็ต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมด้วย ดังนั้น จริยธรรมธุรกิจจึงจัดเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดำเนินธุรกิจมีความรับผิดชอบต่อสังคม หากองค์กรใดขาดจริยธรรมย่อมไม่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากสังคม⁽⁴⁾ ถึงแม้ว่าจริยธรรมธุรกิจจะเกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมต่อทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบการ ผู้บริโภค คู่แข่ง หน่วยงานราชการ พนักงาน สังคม เป็นต้น แต่จากการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคลินิกดูแลรักษาผิวหนังที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการของคลินิกดูแลรักษาผิวหนัง⁽⁵⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการคลินิกรักษาผิวหนัง^(6,7) เพื่อเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงจริยธรรมธุรกิจของคลินิกดูแลรักษาผิวหนังในมุมมองของผู้บริโภคซึ่งยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทัศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวหนังในกรุงเทพมหานคร โดยผลจากการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำกับดูแลปรับปรุงการให้บริการและส่งเสริมจริยธรรมธุรกิจในคลินิกดูแลรักษาผิวหนังต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวหนัง

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาทัศนคติต่อจริยธรรมธุรกิจของผู้บริโภคซึ่งเป็นประชาชนในกรุงเทพมหานครที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปีที่เคยใช้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวหนังที่เป็นสถานพยาบาลเอกชน ภายในระยะเวลา ไม่เกิน 2 ปีที่ผ่านมา หรือยังคงใช้บริการอยู่ โดยทำการศึกษารายการที่มีต่อลูกค้า 4 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อภาระผูกพัน การขายสินค้า/บริการอย่างยุติธรรม ความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า และการปฏิบัติต่อผู้บริโภคเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

คลินิกดูแลรักษาผิวหนัง หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนที่จัดให้บริการที่เน้นการให้การอำนวยความสะดวก

และสนองตอบความพึงพอใจของลูกค้า ซึ่งมีลักษณะของกิจกรรมที่อำนวยความสะดวกในด้านการงานบริการดูแลรักษาผิวหนัง โดยไม่ได้หมายรวมถึงการให้บริการทำศัลยกรรมตกแต่ง

ผู้ให้บริการหลัก หมายถึง ผู้ที่บริการดูแลรักษาผิวหนังตามวัตถุประสงค์ที่ใช้บริการ (ไม่นับรวมพนักงานต้อนรับและพนักงานคิดเงิน)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) ด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) และมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่เคยใช้บริการคลินิกดูแลรักษาผิวหนัง ภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปีที่ผ่านมา หรือยังคงใช้บริการ

2. กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรกรณีทราบค่าสัดส่วนประชากร (proportion)⁽⁸⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และมีค่าคลาดเคลื่อนได้ไม่เกินร้อยละ 5 โดยค่าสัดส่วนประชากรได้จากการสำรวจข้อมูลนำร่อง (Pilot Survey)

3. ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) และเลือกเก็บตัวอย่างแบบเจาะจงในเขตกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนคลินิกเวชกรรมและคลินิกเวชกรรมเฉพาะทางมากที่สุด ใน 5 ลำดับแรก โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของคลินิก ได้แก่ เขตบางกะปิ 90 คน เขตปทุมวัน 76 คน เขตพญาไท 67 คน เขตจตุจักร 65 คน และเขตบางกอกน้อย 64 คน รวมทั้งสิ้น 362 คน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความสะดวก ซึ่งขณะนั้นกลุ่มตัวอย่างมีเวลาและเต็มใจจะตอบแบบสอบถาม

4. เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 5 กันยายน ถึง 3 ตุลาคม 2552 โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้บริการคลินิกดูแลรักษาผิวหนัง ได้แก่ วัตถุประสงค์ที่ใช้บริการ บริการที่เคยใช้ และผู้ให้บริการหลัก และการใช้บริการครั้งล่าสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการในคลินิกดูแลรักษาผิวหนัง ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ของ Likert scale ที่มีการแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ผู้วิจัยได้ปรับปรุง และพัฒนามาจากพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ประกอบธุรกิจด้านจริยธรรมธุรกิจที่มีต่อลูกค้า 4 ด้าน⁽⁹⁾ ได้แก่

1. ความรับผิดชอบตามภาระผูกพัน ได้แก่

- รับผิดชอบตามคำมั่นสัญญาในการรับประกันสินค้าและบริการ
- รับผิดชอบในความบกพร่องของสินค้าและบริการ
- กระตือรือร้นในการปฏิบัติตามภาระผูกพัน

2. ขายสินค้า/บริการอย่างยุติธรรม ได้แก่

- มีความเสมอภาคในการขายสินค้าหรือบริการ

ได้แก่

- ไม่เอาเปรียบในเรื่องปริมาณ และคุณภาพสินค้า
- ไม่ฉวยโอกาสขึ้นราคาสินค้าหรือบริการ

3. ซื่อสัตย์ต่อลูกค้า ได้แก่

- เปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริง
- ไม่หลอกลวง บิดเบือนข้อมูลสินค้าหรือบริการ ทั้งคุณสมบัติ ส่วนประกอบ สรรพคุณของสินค้า

4. ปฏิบัติต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย

- ไม่ใช้วัตถุที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค
- มีมาตรฐานความปลอดภัยต่อผู้บริโภคที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน
- ใช้วัตถุดิบและอุปกรณ์การผลิตสินค้าหรือบริการที่สะอาด

โดยประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ทั้งคำถามที่มีข้อความเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามรายละเอียดในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนระดับทัศนคติ

การให้คะแนน	ระดับทัศนคติ (คะแนน)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ข้อความเชิงบวก	5	4	3	2	1
ข้อความเชิงลบ	1	2	3	4	5

จากนั้นนำค่าเฉลี่ยของทัศนคติที่ได้มาหารระดับจริยธรรมธุรกิจซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับจริยธรรมธุรกิจตามรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การแบ่งระดับจริยธรรมธุรกิจ

ระดับจริยธรรมธุรกิจ	คะแนน
ระดับสูง	3.68 - 5.00
ระดับปานกลาง	2.34 - 3.67
ระดับต่ำ	1.00 - 2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามจริยธรรมธุรกิจที่พึงประสงค์ของผู้บริโภคในการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวหนัง โดยจัดอันดับของจริยธรรมธุรกิจเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบตามภาระผูกพัน การขายสินค้า/บริการอย่างยุติธรรม ความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า และการปฏิบัติต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ

5. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การใช้บริการครั้งล่าสุด และจำนวนชนิดของบริการที่เคยใช้หรือกำลังใช้ กับทัศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวหนัง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 362 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.2) มีอายุระหว่าง 26-30 ปี (ร้อยละ 36.2) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 68.2) มีอาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 55.8) มีรายได้เดือนละ 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 34.5) และมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 78.4) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 362)	ร้อยละ	หมายเหตุ
เพศ			
ชาย	86	23.8	
หญิง	276	76.2	
อายุ (ปี)			
≤ 20	32	8.8	ค่าเฉลี่ย (Mean) 28 ปี ค่าต่ำสุด (Min.) 18 ปี ค่าสูงสุด (Max.) 60 ปี
21 – 25	107	29.6	
26 – 30	131	36.2	
≥ 31	92	25.4	
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.หรือต่ำกว่า	37	10.2	
อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า	26	7.2	
ปริญญาตรี	247	68.2	
สูงกว่าปริญญาตรี	52	14.4	
อาชีพ			
พนักงานบริษัท	202	55.8	
นักเรียน/นักศึกษา	62	17.1	
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	34	9.4	
รับจ้างทั่วไป	31	8.6	
ธุรกิจส่วนตัว	29	8.0	
แม่บ้าน	4	1.1	
รายได้ปัจจุบันต่อเดือน (บาท)			
≤ 10,000	123	34.0	
10,001 – 20,000	125	34.5	
≥ 20,000	114	31.5	
สถานภาพสมรส			
โสด	284	78.4	
สมรส	72	19.9	
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	6	1.7	

2. การใช้บริการในคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ

วัตถุประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้บริการส่วนใหญ่ คือ เพื่อรักษาสิว (ร้อยละ 38.0) รายละเอียดดังตารางที่ 4 ชนิดของบริการที่กลุ่มตัวอย่างเคยใช้หรือกำลังใช้ในคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ ส่วนใหญ่ใช้บริการตรวจรักษาโรคผิวหนัง (ร้อยละ 15.1) บริการขายยาสำหรับรับประทาน/เวชภัณฑ์เครื่องสำอาง (ร้อยละ 15.0) บริการกดสิว (ร้อยละ 14.5) รายละเอียดในตาราง 5 บริการส่วนใหญ่ที่แพทย์เป็นผู้ให้บริการหลัก คือ บริการตรวจรักษาโรคผิวหนัง (ร้อยละ 91.4) รองลงมาคือ บริการเลเซอร์ (ร้อยละ 88.9) บริการฉีดสาร/ยา เพื่อรักษาสิว (ร้อยละ 79.6) ในขณะที่บริการส่วนใหญ่ที่มีพนักงานเป็นผู้ให้บริการหลัก คือ บริการกดสิว (ร้อยละ 64.6) รองลงมาคือ บริการไอออนโตโฟเรซิส (ร้อยละ 61.3) บริการลอกผิวโดยใช้ AHA หรือกรดผลไม้ (ร้อยละ 59.7) ดังรายละเอียดในภาพที่ 1

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของวัตถุประสงค์ที่ใช้บริการคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ

วัตถุประสงค์ที่ใช้บริการคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ	จำนวน (คำตอบ)*	ร้อยละ (คำตอบ)**
1. รักษาสิว	278	38.0
2. รักษา ริ้วรอย รอยดำ รอยหมองคล้ำ แผลเป็น	171	23.4
3. บำรุงผิว กระชับผิว	100	13.7
4. รักษาฝ้า	39	5.3
5. กำจัดหูด ฝ้า ปานแดง ปานดำ กระ รอยสัก	35	4.8
6. รักษาผิวให้เต่งตึง ไม่หย่อนคล้อย	34	4.6
7. รักษาโรคผิวหนังอื่นๆ	31	4.2
8. เปลี่ยนสีผิว	20	2.7
9. กำจัดขน	18	2.5
10. อื่นๆ เช่น ลดความอ้วน กำจัดต่อมไขมัน รักษาผมร่วง	6	0.8
รวม	732	100.0

หมายเหตุ * กลุ่มตัวอย่าง 1 คนตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

** ร้อยละ (คำตอบ) (Percent of Responses) คือ ร้อยละของการตอบ คำนวณจากความถี่ที่เลือกคำตอบนั้นหารด้วยผลรวมของความถี่ในการเลือกคำตอบทั้งหมด

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เคยใช้บริการในคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณจำแนกตามชนิดของบริการ

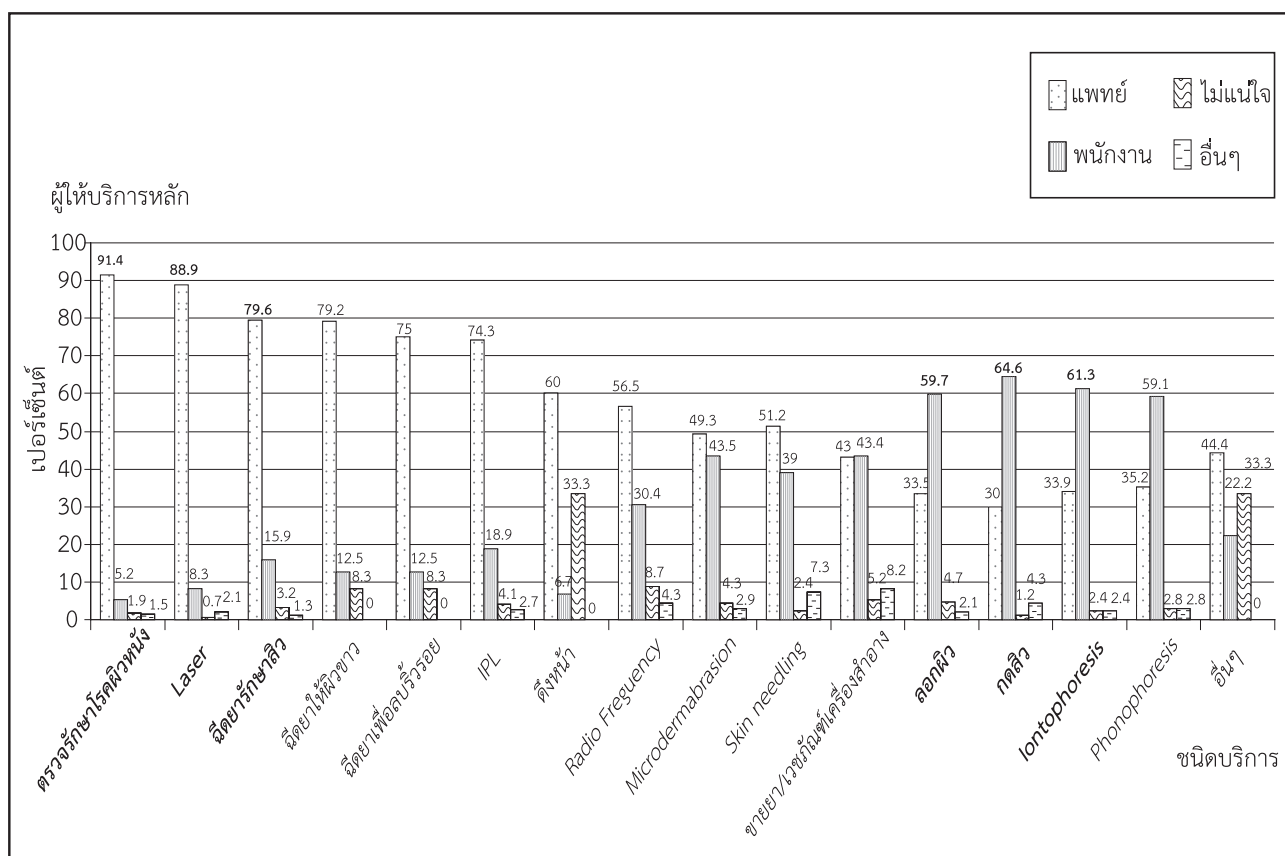
ชนิดของบริการ	ผู้ที่เคยใช้บริการ	
	จำนวน (คำตอบ)*	ร้อยละ (คำตอบ)**
1. บริการตรวจรักษาโรคผิวหนัง	269	15.1
2. บริการขายยาสำหรับรับประทาน/เวชภัณฑ์เครื่องสำอาง	267	15.0
3. บริการกดสิว	257	14.5
4. บริการลอกผิวโดยใช้ AHA หรือกรดผลไม้	191	10.8
5. บริการฉีดสาร/ยา เพื่อรักษาสิว	157	8.8
6. บริการเลเซอร์ (LASER)	145	8.2
7. บริการไอออนโตโฟเรซิส (Iontophoresis)	124	7.0
8. บริการไอพีแอล (IPL)	74	4.2
9. บริการโฟโนโฟเรซิส (Phonophoresis)	71	4.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เคยใช้บริการในคลินิกดูแลรักษาผิวหนังจำแนกตามชนิดของบริการ (ต่อ)

ชนิดของบริการ	ผู้ที่เคยใช้บริการ	
	จำนวน (คำตอบ)*	ร้อยละ (คำตอบ)**
10. บริการกรอผิวหน้าโดยใช้เกร็ดอัญมณี (Microdermabrasion)	69	3.9
11. บริการลูกกลิ้งลบริ้วรอย (Skin needling)	41	2.3
12. บริการฉีดสาร/ยา เพื่อลบริ้วรอย ให้เต่งตึง	40	2.3
13. บริการฉีดสาร/ยา เพื่อให้ผิวขาว	24	1.4
14. บริการกระชับผิวด้วยคลื่นวิทยุ (Radio frequency)	23	1.3
15. บริการดัดหน้า	15	0.8
16. บริการอื่นๆ เช่น นวดหน้า, ขัดหน้า, Carboxy therapy	9	0.5
รวม	1,776	100.0

หมายเหตุ * กลุ่มตัวอย่าง 1 คนตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

** ร้อยละ (คำตอบ) (Percent of Responses) คือ ร้อยละของการตอบ คำนวณจากความถี่ที่เลือกคำตอบนั้นหารด้วยผลรวมของความถี่ในการเลือกคำตอบทั้งหมด



ภาพที่ 1 แสดงผู้ให้บริการหลัก จำแนกตามชนิดบริการ

3. ทศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวหนัง

ทศนคติของผู้บริโภคในภาพรวมต่อจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวหนัง พบว่า จริยธรรมธุรกิจด้านการปฏิบัติต่อลูกค้าให้ได้รับความปลอดภัย มีระดับจริยธรรมธุรกิจอยู่ในระดับสูง ส่วนจริยธรรมธุรกิจด้านความรับผิดชอบต่อภาระผูกพัน จริยธรรมธุรกิจด้านขายสินค้า/บริการอย่างยุติธรรมและจริยธรรมธุรกิจด้านซื่อสัตย์ต่อลูกค้า มีระดับจริยธรรมธุรกิจอยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยทัศนคติและระดับจริยธรรมธุรกิจด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณที่มีต่อลูกค้า

จริยธรรมธุรกิจที่มีต่อลูกค้า 4 ด้าน	ค่าเฉลี่ยทัศนคติ ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ จริยธรรมธุรกิจ
1. ความรับผิดชอบตามภาระผูกพัน	3.63	0.798	ปานกลาง
2. ขยายสินค้า/บริการอย่างยุติธรรม	3.55	0.660	ปานกลาง
3. ซื่อสัตย์ต่อลูกค้า	3.32	0.695	ปานกลาง
4. ปฏิบัติต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย	3.74	0.650	สูง

4. จริยธรรมธุรกิจที่พึงประสงค์ของผู้บริโภคด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ

ผลการจัดอันดับจริยธรรมที่พึงประสงค์ของผู้บริโภคด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ พบว่า จริยธรรมธุรกิจด้านปฏิบัติต่อลูกค้าให้ได้รับความปลอดภัย ได้คะแนนสูงสุดเป็นอันดับ 1 (1,173 คะแนน) รองลงมาอันดับ 2 คือ ความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า (1,011 คะแนน) อันดับ 3 คือ ความรับผิดชอบตามภาระผูกพัน (742 คะแนน) และอันดับ 4 คือ การขยายสินค้า/บริการอย่างยุติธรรม (693 คะแนน) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 คะแนนรวม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฐานนิยม และการจัดอันดับจริยธรรมธุรกิจที่พึงประสงค์ของผู้บริโภคในการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ

จริยธรรมธุรกิจที่พึงประสงค์	คะแนนรวม*	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	อันดับ
1. ความรับผิดชอบตามภาระผูกพัน	1,173	3.24	0.953	1
2. ขยายสินค้า/บริการอย่างยุติธรรม	1,011	2.79	1.006	2
3. ซื่อสัตย์ต่อลูกค้า	742	2.04	0.989	3
4. ปฏิบัติต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย	693	1.91	0.985	4

หมายเหตุ * คะแนนรวม คือ คะแนนรวมจากที่ผู้บริโภคแต่ละคนจัดอันดับจริยธรรมธุรกิจที่พึงประสงค์ ซึ่งจริยธรรมธุรกิจที่ได้คะแนนสูงสุดให้เป็นอันดับ 1 คะแนนรองลงมาให้เป็น อันดับ 2 อันดับ 3 และคะแนนต่ำสุดให้เป็นอันดับ 4 โดยให้คะแนน ดังนี้ ผู้ที่เลือกจริยธรรมธุรกิจด้านใดเป็นอันดับ 1 ให้ 4 คะแนน อันดับ 2 ให้ 3 คะแนน อันดับ 3 ให้ 2 คะแนน และอันดับ 4 ให้ 1 คะแนน

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงส่วนใหญ่มีการใส่ใจดูแลผิวพรรณมากกว่าและมีค่านิยมเกี่ยวกับการรักษารูปร่างในช่วงอายุส่วนใหญ่ที่ใช้บริการอยู่ในวัยทำงาน (26-30 ปี) มีการเข้าสังคมจึงจำเป็นต้องดูแลผิวพรรณ ส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 10,001-20,000 บาท สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทมนัส คุณากรโชติพันธ์ (2550 : 59-60) เรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้จริงของผู้บริโภคที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์

และบริการคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ “เฉลิมพร-ภูษิตคลินิก” ที่พบว่า ผู้บริโภคใช้บริการของคลินิกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 26-35 ปี รายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท เช่นเดียวกัน การให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณบางประเภท ซึ่งเป็นการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ จากการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ระบุผู้ให้บริการตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างนั้นมีพนักงานเป็นผู้ให้บริการบางประเภทบริการ เช่น บริการไอออนโตโฟเรซิส บริการโฟโนโฟเรซิส บริการกรอหน้าด้วย

เกร็ดอัญมณี บริการฉีดยาเพื่อรักษาผิว/ลบริ้วรอย บริการ
ไอพีแอล บริการเลเซอร์ บริการกระชับผิวด้วยคลื่นวิทยุ



เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดความเสี่ยงต่อผู้บริโภค หากการให้บริการ
มีความบกพร่องหรือให้บริการโดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุม
ของแพทย์

ในด้านการศึกษาทัศนคติของผู้บริโภคต่อจริยธรรม
ธุรกิจด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ พบว่า
จริยธรรมธุรกิจด้านการปฏิบัติต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความ
ปลอดภัย มีระดับจริยธรรมธุรกิจอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณา
จริยธรรมธุรกิจเป็นรายข้อย่อย พบว่า ค่าเฉลี่ยทัศนคติของ
ผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจสูงสุด คือ การให้บริการโดยผู้ม
ีความรู้ความชำนาญอย่างเหมาะสม แสดงว่าผู้บริโภคมีความ
เชื่อมั่นในผู้ให้บริการว่ามีความรู้ความชำนาญ ในขณะที่ทัศนคติ
ของผู้บริโภคต่อจริยธรรมธุรกิจด้านความรับผิดชอบตาม
ภาระผูกพัน การขายสินค้า/บริการอย่างยุติธรรม และความ
ซื่อสัตย์ต่อลูกค้า พบว่า มีระดับจริยธรรมธุรกิจอยู่ในระดับ
ปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยทัศนคติของผู้บริโภคต่อความซื่อสัตย์
ต่อลูกค้าต่ำที่สุด จึงเป็นการสมควรที่ประเด็นนี้จะต้องได้รับ
การส่งเสริมจริยธรรมธุรกิจเป็นอันดับแรก โดยจริยธรรมธุรกิจ
ด้านความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า ประกอบด้วย การเปิดเผยข้อมูล
ข้อดี ข้อเสีย และการโฆษณาตรงตามความจริง ไม่หลอกลวง
ไม่บิดเบือนข้อมูลสินค้าหรือบริการทั้งคุณสมบัติ ส่วนประกอบ
สรรพคุณของสินค้า ส่วนจริยธรรมที่พึงประสงค์ของผู้บริโภค
ด้านการให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณที่ผู้บริโภค
ต้องการ พบว่าอันดับ 1 คือ การปฏิบัติต่อลูกค้าให้ได้รับความ
ปลอดภัย ซึ่งประเด็นนี้สมควรที่จะต้องได้รับการส่งเสริม
เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาในกรุงเทพมหานคร
ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างจากส่วนภูมิภาคอื่น ทั้งในแง่ของ
ลักษณะของผู้บริโภค สภาพสังคมและการให้บริการของคลินิก
ดูแลรักษาผิวพรรณ ผู้วิจัยจึงขอให้ข้อเสนอแนะสำหรับการ
ให้บริการดูแลรักษาผิวพรรณในกรุงเทพมหานครไว้ดังนี้

1. การให้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ
โดยจริยธรรมธุรกิจที่ควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุง ได้แก่
จริยธรรมธุรกิจด้านความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า และการปฏิบัติ
ต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย เนื่องจากการศึกษา
พบว่า จริยธรรมธุรกิจด้านความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า ทุกข้อย่อย
มีระดับจริยธรรมธุรกิจอยู่ในระดับปานกลาง และจริยธรรม
ธุรกิจด้านการปฏิบัติต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความ ปลอดภัยนั้น
เป็นจริยธรรมธุรกิจที่พึงประสงค์ของผู้บริโภคอันดับ 1

1.1 พัฒนาและปรับปรุงจริยธรรมธุรกิจด้าน
ความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า

- โดยผู้ให้บริการต้องแจ้งให้ผู้บริโภคทราบ
เกี่ยวกับข้อจำกัดของบริการตามความเป็นจริงและดำเนินการ
ดูแลรักษาผู้บริโภคอย่างโปร่งใส ตามการรักษาที่เหมาะสม
- การส่งเสริมการขาย คลินิกควรให้ข้อมูล
ทั้งข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียงในการรักษาที่ครบถ้วนและ
เพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจใช้บริการดูแลรักษา
ผิวพรรณของผู้บริโภค

1.2 พัฒนาและปรับปรุงจริยธรรมธุรกิจด้าน
การปฏิบัติต่อลูกค้าเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย

- ไม่ใช้วัตถุที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค
- ให้บริการโดยผู้มีความรู้ความชำนาญ
ตามกฎหมายวิชาชีพ

2. แนวทางการส่งเสริมจริยธรรมธุรกิจสำหรับ
หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลคลินิกดูแลรักษา
ผิวพรรณ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบโรค
ศิลปะ แพทยสภา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
มีดังนี้

2.1 การให้คลินิกแสดงมาตรฐานการรักษาและ
เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการที่ได้มาตรฐาน
และถูกต้องตามกฎหมาย เช่น

- การแสดงตัวที่ชัดเจนเกี่ยวกับผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ พนักงาน ฯลฯ เช่น การติดป้ายชื่อบุคลากร การมีภาพและชื่อตัวแสดงไว้ที่บอร์ดภายในคลินิก ฯลฯ เพื่อให้ผู้บริโภคราบอย่างชัดเจนว่าใครเป็นผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยจากการใช้บริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ

- พัฒนาระบบการตรวจสอบและควบคุมการให้บริการภายในคลินิกให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อให้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

2.2 การควบคุมมิให้บุคคลอื่นที่มีใช้บุคลากรทางการแพทย์ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้เพื่อปกป้องผลประโยชน์ทางวิชาชีพและเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย

2.3 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรควบคุมและกำกับดูแลการแสดงฉลากและเอกสารกำกับของผลิตภัณฑ์ โดยควรระบุรายละเอียดเกี่ยวกับส่วนประกอบข้อบ่งใช้ วิธีการใช้ให้ชัดเจน ตลอดจนควรระบุเกี่ยวกับบุคลากรผู้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ให้ชัดเจนว่าควรเป็นใคร

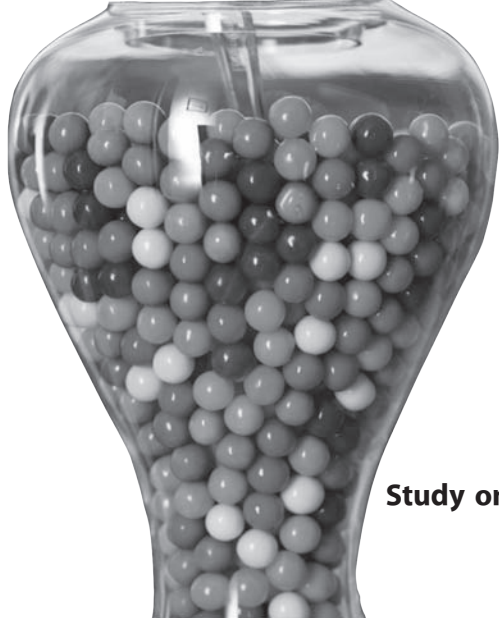
2.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการอย่างรวดเร็วและจริงจังกับการให้บริการของคลินิกที่ผิดกฎหมายและประกาศให้ประชาชนทราบถึงพฤติกรรมกาให้บริการดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. กองการประกอบโรคศิลปะ. สถิติคลินิกกรุงเทพมหานคร 2551 (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://mrd-hss.moph.go.th/ac/stat.asp> [5 พฤษภาคม 2552.]

2. สิริทิพย์ วงศ์นาถ. “ปัจจัยกำหนดการใช้บริการคลินิกรักษาผิวพรรณ.” งานวิจัยเฉพาะเรื่องเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ) คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549. (อัดสำเนา)
3. กองการประกอบโรคศิลปะ. สถิติเรื่องร้องเรียน และการดำเนินคดี (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://mrd-hss.moph.go.th/ac/stat.asp> [5 พฤษภาคม 2552.]
4. ฤทัยรัตน์ ศิลธรรม. “จริยธรรมธุรกิจของบริษัทสรรพสินค้า ศึกษากรณีร้านค้าปลีกข้ามชาติในประเทศไทย” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจริยศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551.
5. พิษณุ วัฒนวนาพงษ์. “พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการของคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณในเขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.
6. ปิโยรส สีสวัสดิ์วิลาศ. “ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการคลินิกรักษาผิวพรรณในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี.” วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2550.
7. กาญจนานพร เลิศพิพัฒน์. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ใช้บริการคลินิกดูแลสุขภาพผิวพรรณ “ราชเทวีคลินิก” ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.” สารนิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2548.
8. วชิราภรณ์ สุริยาภิวัฒน์. “วิจัยธุรกิจยุคใหม่.” พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
9. นุชรี คงมณี. “การพัฒนาเครื่องมือวัดจริยธรรมทางธุรกิจ สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคใต้.” วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2549.
10. นันทมนัส คุณากรโชติพันธ์. “ความคาดหวังและการรับรู้จริงของผู้บริโภคที่มีต่อพฤติกรรมกาใช้ผลิตภัณฑ์และบริการคลินิกดูแลรักษาผิวพรรณ เฉลิมพร-ภูษิตคลินิก.” สารนิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2550.





การศึกษาความปลอดภัยและ การบริหารจัดการสารเคมีที่ปนเปื้อนในอาหาร กรณีศึกษา : สารเมลามีนและ สารในกลุ่มเมลามีน

Study on Safety and Management of Chemical Contamination in Food.
Case Study : Melamine and its Analogues

ดารณี หมูขจรพันธ์

นักวิชาการอาหารและยาเชี่ยวชาญ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน ศึกษาและรวบรวมข้อมูลการประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงจากปัญหาการปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนในอาหาร และเสนอรูปแบบการบริหารจัดการปัญหาการปนเปื้อนของสารเมลามีน หรือสารเคมีอื่นในอาหารเช่นเดียวกับการเกิดอุบัติการณ์ของสารเมลามีน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยการรวบรวมข้อมูลแล้ววิเคราะห์เนื้อหา ศึกษาในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552

ผลการศึกษา พบว่า อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อระบบความปลอดภัยและการควบคุมอาหารที่ผลิต นำเข้า และส่งออกของประเทศไทยทั่วโลก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงได้ใช้มาตรการทั้งทางกฎหมายและมาตรการด้านอื่นๆ โดยนำหลักการการวิเคราะห์ความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยง และการสื่อสารความเสี่ยงมาบริหารจัดการการปนเปื้อนของสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนในอาหารของประเทศไทย โดยได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 311) พ.ศ. 2551 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย รวมทั้งประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดเงื่อนไขอาหารที่ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน 2 ฉบับ ให้นมผงชนิดต่างๆ นมสำหรับทารก และเด็กเล็ก มีสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน กรดซัยยานูริก แอมมีไลด์ และแอมมีสิน ไม่เกิน 1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม อาหารที่มีนมหรือองค์ประกอบของนมเป็นส่วนผสม และอาหารอื่นๆ ไม่เกิน 2.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม รวมทั้งกำหนดแนวทางให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่ายอาหารปฏิบัติ ในส่วนของรูปแบบแนวทางการปฏิบัติเพื่อรองรับอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว ได้แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ระยะเริ่มต้นของสถานการณ์ความไม่ปลอดภัย ระยะระบุลักษณะของอันตราย และระยะฟื้นฟู โดยทบทวนแนวทางปฏิบัติเป็น 2 ลักษณะ คือ มีการบริหารจัดการตามกฎหมายของพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะเรื่องเพิ่มเติมเพื่อดำเนินการ หรือใช้กลไกของพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551 เพื่อจะได้รูปแบบในการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

สำหรับข้อเสนอแนะ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะต้องทบทวนประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่กำหนดปริมาณการปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารต่างๆ และการตรวจวิเคราะห์ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดที่เป็นปัจจุบันขององค์มาตรฐานอาหารระหว่างประเทศหรือโคเด็กซ์

คำสำคัญ : เมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน, การวิเคราะห์ความเสี่ยง

Abstract

The purposes of this descriptive research conducted from September 2008 to December 2009 were to collect data and analyze situation of the melamine and its analogues contamination, study of risk assessment, risk management and risk communication of this chemical contamination in foods as well as to present the developed management model for solving the problem of chemical contamination.

The results of this study indicated that this incident wildly impacted to food safety and import-export control systems of several countries. The Food and Drug Administration of Thailand (FDA) competently issued comprehensive measures both voluntary and compulsory levels based on risk analysis principle-risk assessment, risk management and risk communication. The Notification of the Ministry of Public Health No. 311 B.E. 2551 (2008), Re: Prescribed Prohibited Food to be Produced, Imported or Sold including two Announcements of FDA, Title: Prescribed criteria of food which contain melamine and its analogues have been notified to allow maximum limit of melamine and its analogues (Cyanuric acid, Ammelide and Ammeline) found not exceed than 1 mg/kg for powdered milk and filled milk for infants and young children as well as not exceed than 2.5 mg/kg for other foods which contained milk and milk-derived ingredients. Moreover, the model to deal with the incident that may occur in the future should be provided, which can be separated into 3 phases as Hazard Alert Phase, Risk Characterization Phase, and Recovery Phase This model should be reviewed by the management mechanism either under Food Act B.E. 2522 (1979) or by the National Food Commission Act B.E. 2551 (2008). These two measures should be concerned on both weakness and strengthen points before implementing in order that the method of management can be effectively applied.

For recommendation, the FDA should review and revise the Ministerial Notification including the FDA Announcements related to not only maximum limits of melamine and its analogues found in food products, but also the notified analytical examination of these chemical agents to comply with latest version standard of the Codex.

Keywords ; Melamine and its analogues, Risk Analysis

บทนำ

กรณีเหตุการณ์เด็กทารกในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนเสียชีวิตมากกว่า 6 ราย และเจ็บป่วยอีกอย่างน้อย 294,000 ราย จากอาการนิ่วในไตและไตวายเฉียบพลันเนื่องจากบริโภคนมผงที่ปนเปื้อนสารเมลามีน เมื่อเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมา พบว่ามีสาเหตุเกิดจาก

เกษตรกรชาวจีนผู้เลี้ยงวัวนมมีการเติมสารเมลามีนลงในน้ำนมดิบ เพื่อให้ให้น้ำนมดิบมีปริมาณไนโตรเจนสูงทำให้ผู้รับซื้อ



น้ำนมดิบเข้าใจว่าน้ำนมดังกล่าวมีปริมาณโปรตีนสูงและมีคุณภาพตามมาตรฐานของบริษัทผู้รับซื้อ เหตุการณ์ดังกล่าวสร้างความตื่นตระหนกแก่ผู้บริโภค

ทั่วโลก รวมทั้งทำให้เกิดความไม่มั่นใจในระบบการตรวจสอบความปลอดภัยของอาหาร ทั้งที่ผลิตภายในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ โดยเฉพาะอาหารกลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่มีนมเป็นองค์ประกอบ สำหรับประเทศไทยแม้ว่าจนถึงปัจจุบันไม่พบรายงานว่ามีผู้ป่วยหรือมีผู้เสียชีวิตจากการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน แต่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินมาตรการต่างๆ ทั้งในเชิงรุกและเชิงรับเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันการปนเปื้อนของสารเมลามีนตลอดห่วงโซ่อาหาร โดยใช้หลักการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) อันเป็นแนวทางที่ยอมรับในระดับสากล (FAO/WHO, 2006) โดยพิจารณาข้อมูลการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ที่มีขั้นตอนตั้งแต่การบ่งชี้อันตราย (Hazard Identification) การแสดงลักษณะของอันตราย (Hazard Characterization) การประเมินการได้รับสัมผัส (Exposure Assessment) และการแสดงลักษณะของความเสี่ยง (Risk Characterization) เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ที่สำคัญในด้านนี้ ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้พิจารณาข้อมูลดังกล่าวข้างต้นของสารเมลามีน และสารในกลุ่มเดียวกันของประเทศต่างๆ ที่ได้ทำการศึกษามาก่อนแล้ว เพื่อนำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) ที่เหมาะสมสำหรับคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศ

การดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านมาสํานักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อกำหนดเงื่อนไขอาหารที่ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน การควบคุมการนำเข้า การเฝ้าระวัง ณ สถานที่ผลิต การตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่วางจำหน่ายในท้องตลาด และการประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริโภคและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาสถานการณ์ความปลอดภัยเนื่องจากการปนเปื้อนสารเมลามีนในอาหาร จึงเป็นกรณีศึกษาที่ดีในการบริหารจัดการความเสี่ยงในภาวะวิกฤติที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการคุ้มครองผู้บริโภคจากทุกภาคส่วน ทั้งเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่ต้องมีมาตรการการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และปฏิบัติงานอย่างรวดเร็วทันการณ์ มีการติดตามข้อมูลข่าวสารจากทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ต้องประสานความร่วมมือกับผู้ประกอบการในการนำเข้าหรือผลิตอาหารให้มีความรับผิดชอบในการเฝ้าระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์ของตนเองให้มีความปลอดภัยและให้ความร่วมมือ

กับเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบเฝ้าระวัง รวมถึงผู้บริโภคควรติดตามข่าวสารความรู้ด้านอาหารจากสื่อที่เชื่อถือได้ เพื่อความปลอดภัยในการบริโภคของตนเองและครอบครัว

การศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูล ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ความปลอดภัยเนื่องจากการปนเปื้อนสารเมลามีนในอาหาร พร้อมทั้งใช้รูปแบบการดำเนินการนี้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการสถานการณ์การปนเปื้อนของสารเคมีอื่นๆ ในอาหาร ที่อาจเกิดขึ้นในลักษณะอุบัติการณ์เดียวกัน ซึ่งต้องมีการดำเนินการในแบบภาวะวิกฤติ เช่นเดียวกับสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน
2. เพื่อศึกษาและรวบรวมข้อมูลการประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงจากปัญหาการปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนในอาหาร
3. เพื่อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการปัญหาการปนเปื้อนของสารเมลามีน หรือสารเคมีอื่นในอาหารเช่นเดียวกับการเกิดอุบัติการณ์ของสารเมลามีน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์การปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนของประเทศไทย ซึ่งมีผลกระทบต่อความปลอดภัยด้านอาหารของผู้บริโภค
2. ทราบแนวทางการวิเคราะห์ความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยง และการสื่อสารความเสี่ยงของสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน รวมทั้งการดำเนินการตามกฎหมายเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3. นำรูปแบบการบริหารจัดการการแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนของสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนที่เหมาะสมไปประยุกต์ใช้ในอุบัติการณ์การปนเปื้อนสารเคมีอื่นที่อาจเกิดขึ้นในลักษณะเดียวกัน

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ของสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน ศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนสารเมลามีนในอาหารกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ นม ผลิตภัณฑ์นม และ

ผลิตภัณฑ์อื่นที่มีนมเป็นส่วนประกอบ รวมถึงข้อกำหนดการปนเปื้อนจากมาตรฐานสากลและนานาชาติประเทศที่ได้รับผลกระทบ มาตรการกำกับดูแลความปลอดภัยของผู้บริโภคในแต่ละประเทศ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาพิจารณาโดยใช้หลักการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ยอมรับในระดับสากลเพื่อสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับความปลอดภัยแก่ผู้บริโภคโดยเฉพาะเด็กและทารกที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการได้รับสัมผัสสารในกลุ่มนี้

2. ศึกษาวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการอุบัติการณ์การปนเปื้อนของสารเมลามีนในอาหารของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมถึงมาตรการทางกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมปัญหาและกำกับดูแลในปัจจุบัน

3. เสนอแนวทางมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับการปนเปื้อนสารเคมีอื่นๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพผู้บริโภค เพื่อจะได้นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่อไป

ผลการศึกษา

1. ความรู้ทั่วไปของสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน

1.1 คุณสมบัติและการนำไปใช้ประโยชน์

สารเมลามีน (Melamine) เป็นสารอินทรีย์เคมี โดยทั่วไปพบในรูปของผลึกสีขาว ละลายน้ำได้เล็กน้อย มีไนโตรเจนเป็นส่วนประกอบถึงร้อยละ 66 โดยสารเมลามีนสามารถนำไปใช้ในการผลิตพลาสติก ภาชนะบรรจุอาหาร โฟม กาว ฟอเมกา (formaca) ฉนวนไฟฟ้า ตัวกรอง สีย้อมในหมึก สารทำความสะอาด และปุ๋ยพลาสติก



เมลามีนจะหลอม เมื่อได้รับความร้อนสูงจึงไม่ควรนำถ้วยชามเมลามีนเข้าตู้อบ หรือเตาไมโครเวฟ วัสดุเศษเหลือหรือเมลามีนที่คุณภาพต่ำ จะนำกลับไปทำของใช้ ซึ่งมักเกิดอนุพันธ์ของเมลามีนขึ้นอีกหลายชนิด เรียกว่า เมลามีนอนาล็อก (melamine analog) ประกอบด้วยกรดซัยยานูริก (Cyanuric acid) แอมมีไลด์ (Ammelide) แอมมีลีน (Ammeline) ซัยโรมาซา (Cyromazine) และ ไตรคลอโรเมลามีน (Trichloromelamine) อนุพันธ์ของสารเมลามีนมีโปรตีนสูงถึงร้อยละ 224.36 (ไศรดาวัลภา และ พัทธภรณ์ วชิรศิริ, 2551) ในธรรมชาติสารเมลามีน

สามารถพบได้จากขบวนการเผาผลาญของสารพิษที่ใช้ฆ่าแมลงชนิดซัยโรมาซาในพืช แพะ สัตว์ปีก และหนู USDA ได้จัดให้กรดซัยยานูริกเป็นองค์ประกอบของ feed-grade และเป็นสารที่เติมลงไปในอาหารของสัตว์เคี้ยวเอื้องตาม 21CFR part 573.220 สำหรับ dichloroisocyanuric acid, trichloroisocyanuric acid และเกลือแคลเซียม โพแทสเซียมของกรดซัยยานูริก ให้ใช้เป็นส่วนผสมในสารฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ (Sanitizing solutions) สำหรับอุปกรณ์เครื่องใช้ในกระบวนการผลิตอาหารหรือภาชนะบรรจุอาหาร และอนุญาตให้ใช้สารไตรคลอโรเมลามีน (Trichloromelamine) เป็นส่วนผสมในสารฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ (Sanitizing solutions) สำหรับอุปกรณ์เครื่องใช้ในกระบวนการผลิตอาหารหรือภาชนะบรรจุอาหาร เช่น เครื่องดื่ม ยกเว้นผลิตภัณฑ์นมตาม 21 CFR part 178.1010 (WHO., 2009a)

1.2 การดูดซึม การกระจายตัว และการขับออกของสาร

เมื่อสารเมลามีนเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะไม่ถูกเมตาบอลิซึม แต่ถูกขับออกอย่างรวดเร็วทางปัสสาวะ ลมหายใจ และอุจจาระ ภายใน 24 ชั่วโมง สารเมลามีนจะกระจายอยู่กับน้ำในร่างกาย โดยระดับของสารเมลามีนในกระเพาะปัสสาวะและไตมีค่าสูงกว่าในพลาสมา ซึ่งตั้งสมมติฐานได้ว่า อาจเกิดจากการแพร่ของสารเมลามีนในน้ำปัสสาวะกลับสู่กระเพาะปัสสาวะ อย่างไรก็ตามการดูดซึมกลับของสารต่างๆ ขึ้นอยู่กับความเป็นกรด-ด่างของน้ำปัสสาวะด้วย สำหรับสารในกลุ่มเมลามีนเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้ว กรดซัยยานูริกจะถูกดูดซึมได้อย่างรวดเร็ว และถูกขับออกจากร่างการทางปัสสาวะโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ค่าครึ่งชีวิตของกรดซัยยานูริกประมาณ 1-2.5 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย ส่วนข้อมูลด้านพิษวิทยาของแอมมีไลด์และ แอมมีลีน ยังไม่มีข้อมูลที่ศึกษาทั้งในคนและสัตว์ (WHO., 2009b)

1.3 การเกิดภาวะเป็นพิษจากเมลามีน

สารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนมีความเป็นพิษต่ำ ไม่เป็นพิษต่อสารพันธุกรรม และไม่ป็นสารก่อกลายพันธุ์ แต่จากเหตุการณ์เสียชีวิตเนื่องจากไตวายของสัตว์เลี้ยงในปี ค.ศ. 2007 ทำให้มีการศึกษาทางด้านพิษวิทยาในการออกฤทธิ์ร่วมกันของสารในกลุ่มเมลามีน โดย Dobson และคณะ (2008) พบว่าการได้รับสารเมลามีน หรือสารในกลุ่มเมลามีนชนิดใดเพียงชนิดเดียวไม่ทำให้เกิดความผิดปกติที่ไตได้ ในขณะที่การได้รับสารผสมระหว่างสารเมลามีนและ

กรดซัยยานูริก มีผลทำให้ไตถูกทำลายและเกิดผลึกที่กรวยไต การจับกันของสารดังกล่าวทำให้เกิดสารประกอบเมลามีนในรูปเกลือ (melamine cyanurate หรือ melamine – cyanuric complex) ซึ่งมีการละลายต่ำ หากได้รับอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดระคายเคืองต่อระบบทางเดินปัสสาวะและเหนียว นำให้เกิดการตกตะกอนเป็นผลึกในท่อไต เป็นสาเหตุให้เกิดการเสื่อมสภาพของไต และไตวายในที่สุด นอกจากนี้สารเมลามีนสามารถจับกับกรดยูริก (uric acid) ในร่างกายได้ โดยมนุษย์จะมีกรดยูริกมากกว่าสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ถึง 10-20 เท่า เนื่องจากไม่มีเอนไซม์ uric acid oxidase มาควบคุมระดับของกรดยูริก ซึ่งโดยปกติระดับของกรดยูริกในปัสสาวะและซีรัมของทารกจะสูงกว่าเด็กและผู้ใหญ่ จึงทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการเกิดผลึกของ uric acid-melamine ได้มากกว่า อีกทั้งความเป็นกรดต่าง (pH) มีผลต่อเสถียรภาพและการละลายของ melamine-uric acid complex ซึ่งสภาพ pH เป็นกลาง (neutral pH) สามารถเกิด melamine-cyanuric acid complex ได้มากกว่า melamine-uric acid complex ถึง 29 เท่า (WHO., 2009b)

1.4 การกำหนดค่าความปลอดภัยของสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน

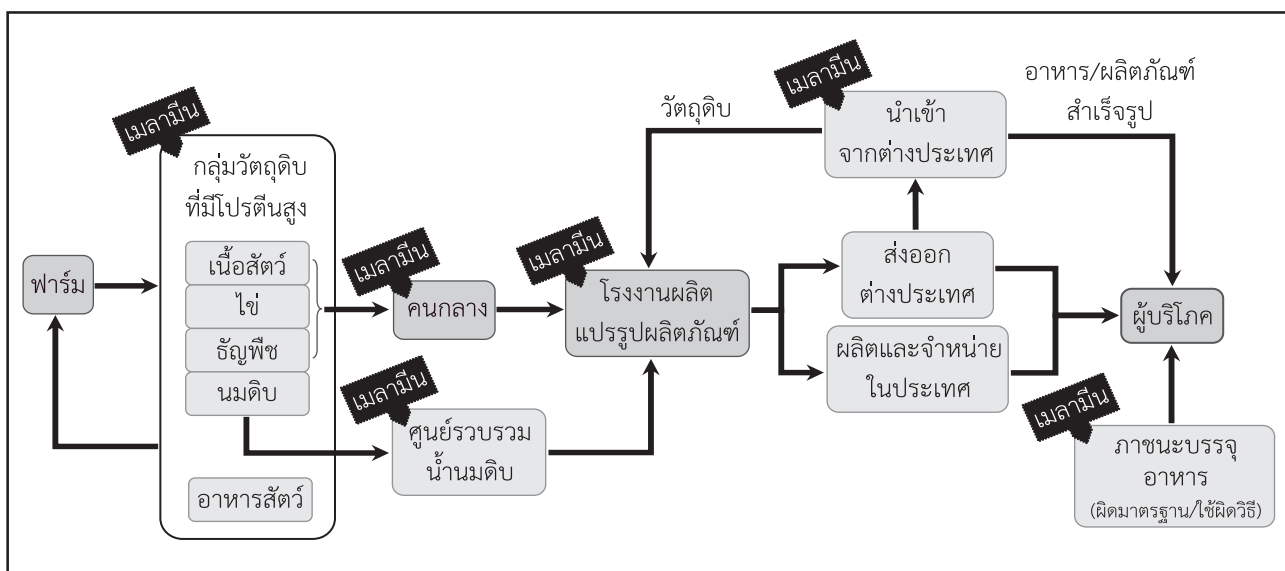
สารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนเป็นสารเคมีที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ใช้เป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์อาหารมนุษย์จากคณะกรรมการโครงการมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ FAO/WHO (Codex) รวมทั้งหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของสินค้าอาหารของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก แต่อาจมีการปนเปื้อนตามธรรมชาติ โดย Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) ได้คำนวณค่าประมาณการได้รับสัมผัสสารเมลามีนสำหรับมนุษย์จากสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.01 มก./กก.นน.ตัว/วัน (OECD, 1998)

จากอุบัติการณ์ทารกเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากเนื่องจากบริโภคนมปนเปื้อนสารเมลามีนในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในการประชุมเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2551 ได้ทบทวนและกำหนดค่าปริมาณสารปนเปื้อนสูงสุดที่ร่างกายได้รับต่อวันตลอดชีวิตโดยไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (Tolerable Daily Intake; TDI) ของ

สารเมลามีนสำหรับมนุษย์ เท่ากับ 0.2 มก./น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/วัน โดย ครอบคลุมทุกช่วงอายุของมนุษย์และค่า TDI ของกรดซัยยานูริก (cyanuric acid) เท่ากับ 1.5 มก./น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/วัน (WHO., 2008)

2. การปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนสู่ห่วงโซ่อาหาร

ที่ผ่านมาข้อมูลความปลอดภัยในอาหารที่เกี่ยวข้องกับการปนเปื้อนสารเมลามีนในอาหารมีรายงานน้อยมาก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นรายงานการเจ็บป่วยในสัตว์เลี้ยง การปนเปื้อนสารเมลามีนสู่ห่วงโซ่อาหารของมนุษย์นั้น สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายขั้นตอนตลอดห่วงโซ่ดังแสดงในรูปที่ 1 เริ่มตั้งแต่ฟาร์มเลี้ยงโคนมมีการใช้กรดซัยยานูริก (Cyanuric acid) ซึ่งเป็นสารในกลุ่มเมลามีน ผสมลงไปในการอาหารของสัตว์เคี้ยวเอื้อง นอกจากนี้หญ้าหรืออาหารสำหรับเลี้ยงโคนมอาจปนเปื้อนสารเมลามีนจากสารพิษที่ใช้ฆ่าแมลงชนิดซัยโรมาซาย (Cyromazine) ซึ่งอนุญาตให้มีการใช้ในหลายประเทศ สารซัยโรมาซายสามารถเปลี่ยนเป็นสารเมลามีนไดโนสไตร์เลี้ยงลูกด้วยนมและพืช จากการปนเปื้อนสารเมลามีนในฟาร์มโคนมส่งผลให้พบการปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์แปรรูปที่ใช้น้ำนมดิบเป็นวัตถุดิบด้วย เช่น นมผง โยเกิร์ต เครื่องดื่มกาแฟกระป๋อง คุกกี้ ช็อกโกแลต เป็นต้น ดังนั้นการปนเปื้อนเมลามีนอาจเกิดขึ้นในช่วงศูนย์รวบรวมวัตถุดิบต่างๆ ที่กล่าวไว้ข้างต้น เช่น มีการเติมสารเมลามีนลงไปในน้ำนมดิบเพื่อให้ได้ค่าของโปรตีนเป็นไปตามมาตรฐานความต้องการของโรงงานอุตสาหกรรม เนื่องจากสารเมลามีนมีไนโตรเจนเป็นส่วนประกอบสูงถึงร้อยละ 66.67 หรือคิดเป็นปริมาณโปรตีนได้ร้อยละ 416.66 เมื่อวิเคราะห์ปริมาณโปรตีนทำให้เข้าใจว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมีปริมาณไนโตรเจนสูงตามมาตรฐานของผู้รับซื้อ นอกจากนี้ผู้บริโภคอาจได้รับสัมผัสสารเมลามีนจากภาชนะบรรจุอาหารที่เป็นพลาสติกหรือโฟม ซึ่งได้จากปฏิกิริยาเคมีระหว่างสารเมลามีนกับฟอร์มัลดีไฮด์ ภาชนะอาหารจะเกิดการหลอมตัวจากอุณหภูมิสูงและปล่อยฟอร์มัลดีไฮด์ออกมาทำให้สารเมลามีนปนเปื้อนไปกับอาหารได้ ดังนั้นผู้บริโภคมีโอกาสที่จะได้รับสัมผัสสารเมลามีนเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง โดยเฉพาะอาหารกลุ่มนมซึ่งเป็นอาหารหลักของทารกและเด็กเล็กซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงของการได้สารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนมากกว่ากลุ่มอายุอื่น



รูปที่ 1 แสดงเส้นทางการปนเปื้อนสารเมลามีนสู่ห่วงโซ่อาหาร

3. การกำกับดูแลปัญหาการปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนขององค์กรและประเทศต่างๆ

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยอันเนื่องมาจากสารเมลามีนปนเปื้อนในสาธารณรัฐประชาชนจีน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ออกมาตรการการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศของตนและติดตามสถานการณ์ผ่านเครือข่ายความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดค่าความปลอดภัยของการปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความปลอดภัยของการปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนในอาหารของประเทศต่างๆ

ข้อกำหนดทางกฎหมาย	ชนิดผลิตภัณฑ์อาหาร	ประเทศอ้างอิง
ห้ามพบ	อาหารที่มีวัตถุประสงค์พิเศษ ได้แก่ อาหารทารกและสูตรต่อเนื่องสำหรับเด็กเล็ก อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กจากอัญพืชและอื่นๆ อาหารทางการแพทย์สำหรับทารกและเด็กเล็ก นมและผลิตภัณฑ์นมสำหรับทารกและสูตรต่อเนื่องสำหรับเด็กเล็ก	(11)
ห้ามการนำเข้า	ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ นมและผลิตภัณฑ์ของนม ถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง สำหรับทารกและเด็กเล็กที่ผลิตหรือนำเข้าจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน	(1), (4), (7)
ไม่เกิน 0.5 มก./กก.	นมและอาหารสำหรับทารก	(3) ^c , (15)
ไม่เกิน 1 มก./กก.	นมและอาหารสำหรับทารก	(2) ^a , (5), (6), (8), (9), (14), (10)
	นมและอาหารสำหรับทารก (อายุต่ำกว่า 36 เดือน) และอาหารที่มีวัตถุประสงค์พิเศษ	(12)
	นมและอาหารสำหรับทารก (อายุต่ำกว่า 36 เดือน) และในอาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์และสตรีให้นมบุตร	(13)
ไม่เกิน 2.5 มก./กก.	อาหารอื่น	(2) ^b , (10), (12), (13), (15)
	อาหารอื่นที่มีนมเป็นส่วนประกอบ	(3) ^c , (5), (6)

ตารางที่ 1 ค่าความปลอดภัยของการปนเปื้อนสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนในอาหารของประเทศต่างๆ
(ต่อ)

ข้อกำหนดทางกฎหมาย	ชนิดผลิตภัณฑ์อาหาร	ประเทศอ้างอิง
ไม่เกิน 2.5 มก./กก. (ต่อ)	ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของนมและผลิตภัณฑ์ของนม ถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง รวมถึงสารแอมโมเนียมโบรไมด์และอาหารสัตว์ที่ผลิตหรือนำเข้าจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน อาหารอื่นและวัตถุดิบอาหาร นมชนิดเหลว และนมชนิดผง อาหารอื่นที่นมเป็นส่วนประกอบไม่น้อยกว่า 15% อาหารสำหรับผู้ใหญ่	(1), (4), (7) (11) (8), (9) (8), (9) (14)
ไม่เกิน 5 มก./กก.	วัตถุดิบหรือส่วนผสม (ingredients) ที่ใช้ในอุตสาหกรรมอาหาร	(6)

หมายเหตุ

- | | | |
|---------------------------|------------------------|-------------------------------|
| (1) สหภาพยุโรป | (2) ประเทศสหรัฐอเมริกา | (3) ประเทศแคนาดา |
| (4) ประเทศไอร์แลนด์ | (5) ประเทศออสเตรเลีย | (6) ประเทศนิวซีแลนด์ |
| (7) ประเทศอังกฤษ | (8) ประเทศไนจีเรีย | (9) ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน |
| (10) ประเทศสิงคโปร์ | (11) ประเทศเกาหลี | (12) ประเทศแอฟริกาใต้ |
| (13) เขตบริหารพิเศษฮ่องกง | (14) ประเทศมาเลเซีย | (15) ประเทศญี่ปุ่น |

^a สำหรับปริมาณสูงสุดของสารเมลามีน รวมกับสารในกลุ่มเมลามีนชนิดใดชนิดหนึ่ง

^b สำหรับปริมาณสูงสุดของสารเมลามีน รวมกับสารในกลุ่มเมลามีน

^c สำหรับปริมาณสูงสุดของสารเมลามีน รวมกับสารในกลุ่มเมลามีน (กรดซียานูริก)

ที่มา : 1) The Government of the Hong Kong Special Administrative Region of the People's Republic of China, 2009

2) Codex Committee on Contaminants in Food, 2010

4. การควบคุมและกำกับดูแลปัญหาการปนเปื้อนสารเมลามีนของประเทศไทย

จากรายงานสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยด้านอาหารจากการปนเปื้อนสารเมลามีนในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนผ่านเครือข่าย The International Food Safety Authorities Network (INFOSAN) ส่งผลกระทบต่อประเทศต่างๆ อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว รวมถึงประเทศไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาซึ่งมีภาระหน้าที่ในการควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์อาหารที่นำเข้า ผลิต และจำหน่ายภายในประเทศภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ดังนั้นสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้กำหนดมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งในลักษณะการป้องกันและแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนของสารเมลามีนในห่วงโซ่อาหารโดยใช้หลักการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) พิจารณาข้อมูลการประเมินความเสี่ยงของสารเมลามีนและสารในกลุ่มเดียวกัน เพื่อนำข้อมูลนั้นๆ ไปใช้ในการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) สามารถสรุปบทบาทสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ดังต่อไปนี้

4.1 แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจฯ เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาการปนเปื้อนสารเมลามีน 2 คณะคือ

(1) คณะทำงานเฉพาะกิจเกี่ยวกับการปนเปื้อนเมลามีนในผลิตภัณฑ์นมและอาหาร เป็นการทำงานในเชิงนโยบาย ประกอบด้วยผู้แทนจากหลายหน่วยงานราชการและเอกชนทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงมหาวิทยาลัยและสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดยุทธศาสตร์และมาตรการการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านกฎหมายเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาการปนเปื้อนสารเมลามีน จัดทำระบบและรูปแบบการรายงานผลพัฒนารูปแบบการดำเนินการตามกฎหมายที่เข้มแข็ง กำหนดมาตรการการสื่อสารความเสี่ยงให้กับผู้เกี่ยวข้องให้มีความเข้าใจตรงกัน รวมทั้งการติดตามและประเมินผลแล้วจึงเสนอคณะกรรมการอาหารเพื่อพิจารณาเห็นชอบ

(2) คณะทำงานเฉพาะกิจเกี่ยวกับการดำเนินการพิจารณาข้อเสนอแนะแนวทางในการป้องกันปัญหาสารเมลามีนปนเปื้อนในอาหารและผลิตภัณฑ์นม เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค เป็นการทำงานเชิงวิชาการ

เพื่อให้ผู้บริหารใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจด้านนโยบาย โดยทำหน้าที่ในการวิเคราะห์และพิจารณาข้อมูลและรายละเอียดทางวิชาการ ข้อเสนอในการกำหนดชนิดอาหารและปริมาณการปนเปื้อน รวมทั้งจัดทำข้อเสนอในการกำกับดูแล แนวทางเผยแพร่ข้อมูลและการประชาสัมพันธ์ความปลอดภัยอาหารจากการปนเปื้อนสารเมลามีนให้กับผู้เกี่ยวข้องแล้วจึงเสนอคณะกรรมการพิจารณา กำหนดคุณภาพมาตรฐานและหลักเกณฑ์เงื่อนไขในการปฏิบัติด้านอาหาร และคณะกรรมการอาหารเพื่อพิจารณา

4.2 มาตรการทางกฎหมาย

เพื่อให้การควบคุมปัญหาการปนเปื้อนสารเมลามีนสามารถดำเนินการได้เท่าทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 311 (พ.ศ. 2551) เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย ซึ่งกำหนดให้อาหารที่ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน ซึ่งได้แก่ กรดซัยยานูริก แอมมีไลต์ และแอมมีลีน เป็นอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2551 หากผู้ใดฝ่าฝืน ต้องระวางโทษจำคุก ตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 2 ปี และปรับตั้งแต่ 5,000 – 20,000 บาท

ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดเงื่อนไขของอาหารที่ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน โดยกำหนดเงื่อนไขของอาหารที่ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนในปริมาณสูงสุด สรุปได้ดังนี้

- (1) ไม่เกิน 1 มก./น้ำหนักอาหาร 1 กก. สำหรับนมดัดแปลงสำหรับทารก นมดัดแปลงต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก นมผงชนิดเต็มมันเนย นมผงชนิดขาดมันเนย นมผงชนิดพร่องมันเนย นมผงแปลงไขมันชนิดเต็มไขมัน นมผงแปลงไขมันชนิดพร่องไขมัน
- (2) ไม่เกิน 2.5 มก./น้ำหนักอาหาร 1 กก. สำหรับอาหารที่มีนม หรือองค์ประกอบของนมเป็นส่วนผสม
- (3) ไม่เกิน 2.5 มก./น้ำหนักอาหาร 1 กก. สำหรับอาหารอื่น

โดยแนวทางการกำหนดปริมาณสูงสุดของสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนที่ยอมให้มีได้ดังกล่าวข้างต้นนั้น ได้พิจารณาจากแนวทางการประเมินความเสี่ยงจากการได้รับสัมผัสสารเมลามีนตามหลักการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) โดยมีแนวทางการพิจารณาจาก 2 แนวทาง ดังนี้

แนวทางที่ 1 ตาม Guidance on Levels of Health Concern in Food (WHO, 2008) โดยใช้ค่าปริมาณสารปนเปื้อนสูงสุดที่ร่างกายรับได้ต่อวันตลอดชีวิต โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (Tolerable Daily Intake; TDI) สำหรับสารเมลามีน เท่ากับ 0.63 มก./น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/วัน ซึ่งอ้างอิงข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยปริมาณสารปนเปื้อนที่ร่างกายสามารถรับได้ต่อคนเท่ากับ $TDI \times \text{Body Weight}$

(ก) กรณีผู้ใหญ่ กำหนดให้น้ำหนักตัวสำหรับผู้ใหญ่ไทย = 50 กก. สามารถรับสารเมลามีนเข้าสู่ร่างกายได้สูงสุด = $0.63 \text{ มก./กก.น./วัน} \times 50 \text{ กก.} = 31.5 \text{ มก./วัน}$

หากผู้ใหญ่ ดื่มนมวันละ 1,000 มล./วัน มีปริมาณสารเมลามีนสูงสุดที่พบได้ในนม 1,000 มล. เท่ากับ 31.5 มก. ดังนั้นกรณีผู้ใหญ่กำหนดปริมาณสูงสุดที่สามารถยอมให้พบในนมได้ เท่ากับ 31.5 มก./กก.

(ข) กรณีเด็กทารก กำหนดน้ำหนักตัวสำหรับเด็กทารกไทย = 4 กก. สามารถรับสารเมลามีนเข้าสู่ร่างกายได้สูงสุด = $0.63 \text{ มก./กก.น./วัน} \times 4 \text{ กก.} = 2.5 \text{ มก./วัน}$

หากเด็กดื่มนมวันละ 750 มล./วัน มีปริมาณสารเมลามีนสูงสุดที่พบได้ในนม 750 มล. เท่ากับ 2.5 มก.

ดังนั้นกรณีเด็กทารก กำหนดปริมาณสูงสุดที่สามารถให้พบในนมได้ เท่ากับ 2.5 มก./กก.

แนวทางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงต่อการได้รับสารเมลามีนจากการบริโภคนมและอาหารที่มีนมเป็นส่วนประกอบ โดยใช้ข้อมูลการบริโภคของประเทศไทย โดยประเมินความเสี่ยงของการได้รับสัมผัสจากข้อมูลปริมาณสารเมลามีนที่มีรายงานในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่ค่าเฉลี่ย คือ 29 มก./กก. และระดับสูงสุดที่ตรวจพบคือ 2500 มก./กก. ดังแสดงในตารางที่ 2 มาคำนวณร่วมกับข้อมูลการบริโภคอาหารประเภทนมและผลิตภัณฑ์ที่มีนมเป็นส่วนประกอบของคนไทยอายุ 0-3 ปี (มกอช, 2549) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการได้รับสารเมลามีนสูงสุด โดยค่าความเสี่ยงคำนวณได้จากปริมาณการได้รับสารเมลามีนจากการบริโภค เปรียบเทียบกับค่าความปลอดภัย (TDI) ตามสมการความเสี่ยง (Risk) ดังนี้

$$\% \text{ Risk} = \frac{\text{ปริมาณการบริโภคอาหาร} \times \text{ปริมาณการปนเปื้อนที่พบในอาหาร} \times 100}{\text{ค่าความปลอดภัย (TDI)}}$$

ซึ่งระดับความเสี่ยงที่น้อยกว่า 100 % ของ TDI เป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ บนพื้นฐานของการประมาณการณ์ตามข้อมูลที่มีในปัจจุบัน

ตารางที่ 2 ปริมาณการได้รับสัมผัสสารเมลามีนจากการบริโภคนมและผลิตภัณฑ์จากนมเปรียบเทียบกับค่าความปลอดภัย (ค่า TDI = 0.63 มก./กก.นน./วัน)

ผลิตภัณฑ์นมและอาหารที่มีนมเป็นส่วนประกอบ (%นมในส่วนประกอบ)	ปริมาณสารเมลามีนในนมผง (มก./กก.)	% ของ TDI สำหรับประชากรทั่วไป (per capita)		% ของ TDI เฉพาะกลุ่มผู้บริโภค (Eater Only)	
		ระดับเฉลี่ย	ระดับ 97.5 percentile	ระดับเฉลี่ย	ระดับ 97.5 percentile
นมสำหรับทารก	ค่าเฉลี่ย (29)	5.30	24.73	16.36	27.48
สภาพพร้อมบริโภค (10%)	ค่าสูงสุด (2500)	456.96	2132.20	1410.06	2369.10
นมสำหรับเด็ก	ค่าเฉลี่ย (29)	9.28	43.97	28.19	49.47
สภาพพร้อมบริโภค (10%)	ค่าสูงสุด (2500)	799.81	3790.57	2429.95	4264.39
ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มจากนม (10%)	ค่าเฉลี่ย (29)	4.46	4.46	24.94	24.94
	ค่าสูงสุด (2500)	384.83	384.83	2150.71	2150.71
ผลิตภัณฑ์ขนมหวานจากนมโยเกิร์ต นมอัดเม็ด ไอศกรีม ผสมนมเนยแข็ง	ค่าเฉลี่ย (29)	1.62	1.62	51.40	51.40
	ค่าสูงสุด (2500)	139.38	139.38	4430.63	4430.63
ลูกอม ทอฟฟี่ (10%)	ค่าเฉลี่ย (29)	0.02	0.02	0.23	0.23
	ค่าสูงสุด (2500)	1.74	1.74	19.90	19.90
เครื่องดื่มช็อคโกแลต/โกโก้ (25%)	ค่าเฉลี่ย (29)	0.00	0.00	19.31	19.31
	ค่าสูงสุด (2500)	0.00	0.00	1664.69	1664.69
ผลิตภัณฑ์ขนมปัง เค้ก คุกกี้ (16%)	ค่าเฉลี่ย (29)	0.36	0.36	5.01	5.01
	ค่าสูงสุด (2500)	30.58	30.58	431.94	431.94
รวมค่าความเสี่ยงต่อสารเมลามีน	ค่าเฉลี่ย (29)	21.03	75.16	145.44	177.84
จากอาหารประเภทนมและผลิตภัณฑ์จากนมทุกชนิด	ค่าสูงสุด (2500)	1813.29	6479.29	12537.87	15331.37

ที่มา : ดัดแปลงจาก กองควบคุมอาหาร, 2551

จากกรณีของ Worst Case

ที่ระดับความเสี่ยง 15,330% of TDI มีการปนเปื้อนของสารเมลามีน 2,500 มิลลิกรัม

หากที่ระดับความเสี่ยง 100% of TDI จะมีการปนเปื้อนสารเมลามีนได้
$$= \frac{2,500 \times 100}{15,330} = 16 \text{ มิลลิกรัม}$$

ดังนั้น ปริมาณสารเมลามีนสูงสุดที่ยอมให้มีการปนเปื้อนในนมผงได้โดยไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภคได้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ เท่ากับ 16 มก./กก.

4.3 มาตรการกำกับดูแลและเฝ้าระวังหลัง

ผลิตภัณฑ์วางจำหน่าย

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีมาตรการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์นมผง ผลิตภัณฑ์นมดัดแปลงสำหรับทารก รวมทั้งผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่อาจมีการใช้นมผงเป็นวัตถุดิบจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน สรุปได้ดังนี้

4.3.1 เข้มงวดในการตรวจสอบเฝ้าระวังการปนเปื้อนสารเมลามีนในนม ผลิตภัณฑ์ที่มีนมเป็นส่วนประกอบและวัตถุดิบประเภทนมที่นำเข้า ณ ด่านอาหารและยาทุกแห่ง

4.3.2 แจกสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เฝ้าระวังการปนเปื้อนสารเมลามีน ในนมผง และผลิตภัณฑ์นมดัดแปลงสำหรับทารก รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผู้บริโภคในการเลือกซื้อนมผง

4.3.3 ตรวจสอบเฝ้าระวังและสุ่มเก็บ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารทั้งที่นำเข้าและผลิตในประเทศ โดยครอบคลุมทั้งวัตถุดิบนม และผลิตภัณฑ์ที่มีนมเป็นส่วนประกอบ

จากดำเนินการเฝ้าระวังการปนเปื้อนสารเมลามีนในผลิตภัณฑ์อาหารทั้งที่นำเข้าและผลิตในประเทศ โดยสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารที่มีแนวโน้มการปนเปื้อนสารกลุ่มเมลามีน เช่น นม ผลิตภัณฑ์ที่มีนมเป็นส่วนประกอบ และวัตถุดิบที่มีนมผง จากแหล่งจำหน่ายในส่วนกลาง คือ กรุงเทพมหานคร, การนำเข้า ณ ด่านอาหารและยาทั่วประเทศ และในส่วนภูมิภาคโดยสำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัด ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 -2552 รวม 1,731 ตัวอย่าง สรุปลได้ตามตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการเฝ้าระวังสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนในผลิตภัณฑ์อาหารประเภทนม ผลิตภัณฑ์ที่มีนมเป็นส่วนประกอบ และอาหารอื่นที่มีการผลิตเพื่อจำหน่ายภายในประเทศ

ข้อกำหนดตามกฎหมาย ¹	กลุ่มผลิตภัณฑ์	ตัวอย่างที่สุ่มตรวจ (ตกมาตรฐาน)	ผลการตรวจวิเคราะห์ (มิลลิกรัม/กิโลกรัม)			
			เมลามีน	กรดซัลฟานูริก	แอมมีไนด์	แอมมีติน
(1) นมสำหรับทารก และนมผง ไม่เกิน 1 มก./กก.	นมดัดแปลงสำหรับทารก และเด็กเล็ก	35(0)	0.39	<0.6	-	-
	นมผง	35(0)	0.38-0.55	-	-	-
(2) อาหารที่มีนมเป็นส่วนผสม ไม่เกิน 2.5 มก./กก.	อาหารเสริมสำหรับทารก	13(0)	ไม่พบ	-	-	-
	นมและนมปรุงแต่ง	79(0)	<0.04	<0.2-0.51	-	-
	เครื่องดื่มที่มีนมเป็นองค์ประกอบ	89(0)	<0.2-0.55	-	-	-
	โยเกิร์ต และไอศกรีม	39(0)	<0.04	>0.2-0.63	-	-
	นมข้นดัดแปลงไขมัน	18(1)	<0.04-92.82	-	-	-
	ลูกอม และขนมขบเคี้ยว	221(13)	<0.2-31.68	-	-	-
	ชีสเค้กและผลิตภัณฑ์ของนม	20(1)	<0.2-34.37	-	-	-
(3) อาหารอื่น ไม่เกิน 2.5 มก./กก.	แป้งและผลิตภัณฑ์จากแป้ง	44(0)	0.23	-	-	-
	ครีมเทียม	37(0)	ไม่พบ	-	-	-
	วัตถุเจือปนอาหาร	7(0)	<0.2	-	-	-
	ผลิตภัณฑ์อื่นๆ	81(0)	>0.2-0.75	-	-	-
รวม		722(15)	>0.2 – 92.82	<0.2-0.63	-	-

หมายเหตุ - หมายถึง ไม่ได้ตรวจวิเคราะห์

¹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 311 (พ.ศ. 2551) เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย, ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดเงื่อนไขอาหารที่ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2

ที่มา : กองควบคุมอาหาร, 2552

สำหรับผลิตภัณฑ์อาหารที่มีการผลิตเพื่อจำหน่ายภายในประเทศ พบการปนเปื้อนสารเมลามีนในอาหารกลุ่มลูกอมและขนมขบเคี้ยวสูงสุด จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 221 รายการ และมีจำนวน 47 รายการ พบการปนเปื้อน ซึ่งมีรายการที่ไม่เป็นไปตามกฎหมายกำหนด 13 รายการ โดยปริมาณการปนเปื้อนสารเมลามีนอยู่ระหว่าง 2.52-31.68 มก./กก. ขณะที่รายการที่มีการปนเปื้อนสารเมลามีนสูงสุดเป็นนมข้นดัดแปลงไขมัน 1 รายการ เท่ากับ 92.82 มก./กก. และรองลงมาคือ ช็อกโกแลต 1 รายการ พบการปนเปื้อนสารเมลามีนเท่ากับ 34.37 มก./กก.

ตารางที่ 4 ผลการเฝ้าระวังสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีนในผลิตภัณฑ์อาหารประเภทนม ผลิตภัณฑ์ที่มีนมเป็นส่วนประกอบ และอาหารอื่นที่มีการนำเข้ามาจำหน่ายในประเทศ

ข้อกำหนดตามกฎหมาย ¹	กลุ่มผลิตภัณฑ์	ตัวอย่างที่สุ่มตรวจ (ตกมาตรฐาน)	ผลการตรวจวิเคราะห์ (มิลลิกรัม/กิโลกรัม)			
			เมลามีน	กรดซัยยานูริก	แอมมีไนด์	แอมมีน
(1) นมสำหรับทารก และนมผง ไม่เกิน 1 มก./กก.	นมดัดแปลงสำหรับทารก	48(0)	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	นมผง	93(0)	<0.2	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
(2) อาหารที่มีนมเป็นส่วนผสม ไม่เกิน 2.5 มก./กก.	อาหารเสริมสำหรับทารก	25(0)	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	นมและนมปรุงแต่ง	20(0)	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	เครื่องดื่มที่มีนมเป็นองค์ประกอบ	20(0)	<0.2	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	โยเกิร์ต และไอศกรีม	28(0)	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	นมข้นดัดแปลงไขมัน	2(0)	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	ลูกอม และขนมขบเคี้ยว	406(6)	<0.2-289.46	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	ชีสเค้ก	37 (0)	<0.2-0.31	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	ผลิตภัณฑ์ของนม	103(0)	<0.2-0.46	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	ผลิตภัณฑ์แทนนมสำหรับเด็ก	15(0)	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
(3) อาหารอื่น ไม่เกิน 2.5 มก./กก.	แป้งและผลิตภัณฑ์จากแป้ง	81(0)	<0.2-0.22	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	ครีมเทียม	43(0)	0.25	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	วัตถุเจือปนอาหาร	4(0)	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
	ผลิตภัณฑ์อื่นๆ	94(0)	<0.2-1.7	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
รวม		1,009(6)	<0.2 – 289.46	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ

หมายเหตุ ¹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 311 (พ.ศ. 2551) เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย, ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดเงื่อนไขอาหารที่ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2

ที่มา : กองงานด้านอาหารและยา, 2552

สำหรับการเฝ้าระวังในผลิตภัณฑ์อาหารที่นำเข้ามาจำหน่ายภายในประเทศ ณ ด้านอาหารและยา พบการปนเปื้อนสารเมลามีนในผลิตภัณฑ์กลุ่มลูกอมและขนมขบเคี้ยวสูงสุด จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมดรวม 406 รายการ และมีจำนวน 30 รายการ พบการปนเปื้อน ซึ่งมียาการที่ไม่เป็นไปตามกฎหมายกำหนด 6 รายการ โดยปริมาณการปนเปื้อนสารเมลามีนอยู่ระหว่าง 2.96 – 289.46 มก./กก. ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีมาตรการบริหารความเสี่ยงโดยทำลายผลิตภัณฑ์ที่มีการปนเปื้อนแล้วทั้งหมด

4.4 ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในประเทศ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการ

กำกับดูแลเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยและสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภคให้ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่อาหาร ได้แก่ กรมปศุสัตว์ กรมศุลกากร กระทรวงอุตสาหกรรม และมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นการควบคุมและเฝ้าระวังดูแลผลิตภัณฑ์ที่มีการปนเปื้อนเมลามีนและบำบัดรักษาหากมีผู้ป่วยที่เกิดจากการได้รับสารเมลามีน

4.5 การประสานความร่วมมือจากผู้ประกอบการนำเข้าและผลิตอาหาร

เพื่อแจ้งข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารที่มีการนำเข้าเพื่อจำหน่าย เกี่ยวกับแหล่งวัตถุดิบ และสูตร ส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ที่วางจำหน่ายในตลาดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใช้เป็นข้อมูลในการติดตามตรวจสอบเฝ้าระวังและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจสอบการปนเปื้อนสารเมลามีน

4.6 การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ผู้บริโภค

เพื่อให้ผู้บริโภคทราบเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมาย ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีและผลลัพท์ของผลิตภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์นมผงดัดแปลงสำหรับทารก รวมทั้งผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีการใช้นมผงเป็นวัตถุดิบ โดยผ่าน website ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (<http://www.fda.moph.go.th>) รวมทั้งผ่านสื่อต่างๆ ทุกรูปแบบ

5. แนวคิดในการพัฒนาและรูปแบบมาตรการจัดการความเสี่ยง

จากผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้น สามารถนำไปกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนามาตรการจัดการความเสี่ยงของสารเคมีอื่นๆ ที่อาจเกิดปัญหาการปนเปื้อนในอาหารได้เช่นเดียวกับปัญหาสารเคมี โดยนำหลักการของ Codex Committee on Food Import and Export Inspection and Certification Systems (CCFICS) ซึ่งกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการแก้ไขปัญหาความปลอดภัยอาหารในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Principles and Guidelines for the Exchange of Information in Food Safety Emergency Situations CCAC/GL 19-1995 Rev. 1-2004) ดังแสดงรูปที่ 2 ซึ่งได้มีการกำหนดศูนย์ประสานงานสำหรับแลกเปลี่ยนข้อมูล รายละเอียดของข้อมูลที่แลกเปลี่ยน รวมทั้งรายละเอียดของการดำเนินการทั้งประเทศที่นำเข้าหรือส่งออกอาหารมาใช้เป็นแนวทางเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางของสากล ดังนั้นมาตรการด้านการบริหารความเสี่ยงที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการที่กล่าวแล้วข้างต้น ควรมีการทบทวนจุดแข็งและจุดด้อยของระบบที่มีอยู่ และควรมีการวิเคราะห์รูปแบบที่ควรจะเป็นซึ่งได้ศึกษาครั้งนี้ โดยมีการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้นของสถานการณ์ความไม่ปลอดภัย (Hazard Alert Phase) โดยใช้กลไกของกระทรวงสาธารณสุข/สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่มีอยู่ เช่น พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 หรือ พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551 2) ระยะระบุลักษณะของอันตราย (Risk Characterization Phase) ซึ่ง เป็นการทำงานด้านวิชาการตามหลักการวิเคราะห์ความเสี่ยงและออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้เกิดผลบังคับใช้แก่ ผู้เกี่ยวข้องตลอดวงจรอาหาร และ 3) ระยะฟื้นฟู

(Recovery Phase) ซึ่งมีกิจกรรมเพื่อประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อทำบทเรียน และพัฒนาหรือปรับปรุงแผนงานแนวทางปฏิบัติพร้อมติดตามผลของมาตรการต่างๆ ที่กำหนดไว้

บทสรุป

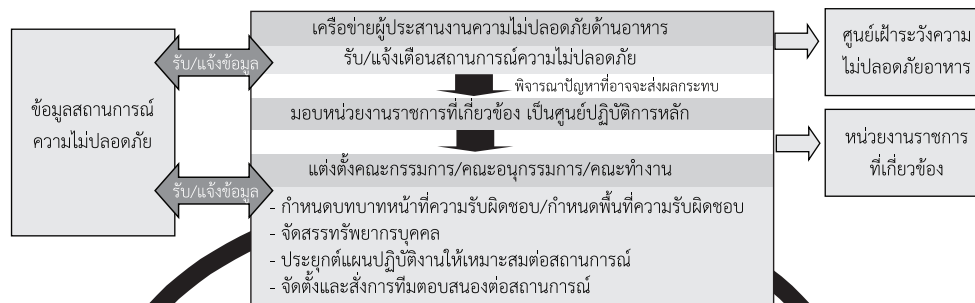
จากการศึกษาปัญหาการปนเปื้อนสารเคมีและสารในกลุ่มเมลามีนในอาหารที่ผลิต นำเข้า และจำหน่ายภายในประเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้จัดทำมาตรการต่างๆ ใช้ในการบริหารจัดการ สรุปได้ดังนี้

1. มาตรการทางกฎหมาย โดยออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 311) พ.ศ. 2551 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย ออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดเงื่อนไขอาหารที่ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน รวม 2 ฉบับ เพื่อให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่ายอาหารในกลุ่มเสี่ยงทุกประเภทนำไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทั่วประเทศ

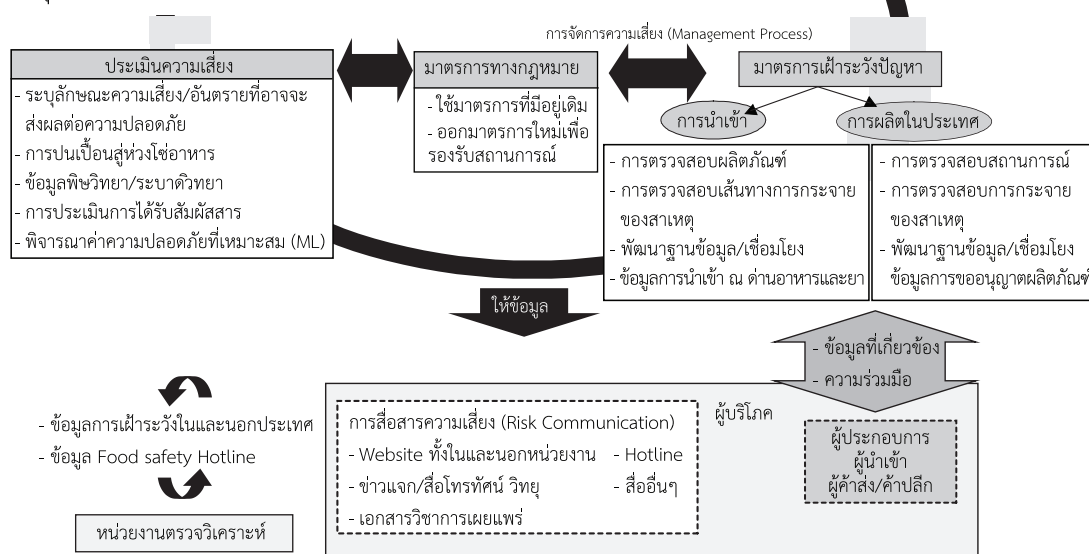
2. การตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวโดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ให้สุ่มเก็บตัวอย่างที่นำเข้าที่ด่านอาหารและยา สถานที่ผลิต และสถานที่จำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ามีอาหารบางประเภทที่ปนเปื้อนสารเมลามีนปริมาณสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้บริหารจัดการให้เป็นไปตามกฎหมายและสอดคล้องกับแนวทางสากล ให้สุ่มเก็บตัวอย่างที่นำเข้าที่ด่านอาหารและยา สถานที่ผลิต และสถานที่จำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ามีอาหารบางประเภทที่ปนเปื้อนสารเมลามีนปริมาณสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้บริหารจัดการให้เป็นไปตามกฎหมายและสอดคล้องกับแนวทางสากล

3. ประสานงานกับห้องปฏิบัติการภาครัฐและเอกชนรองรับการส่งตรวจตัวอย่างอาหารจากภาคเอกชนที่นำเข้าอาหารกลุ่มเสี่ยง ซึ่งต้องส่งตรวจวิเคราะห์สารเมลามีนเพิ่มเติมก่อนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะพิจารณาอนุญาต ซึ่งเป็นมาตรการการจัดการความเสี่ยงที่เพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติปกติ

I. ระยะเริ่มต้นของสถานการณ์ความไม่ปลอดภัย (Hazard Alert Phase)



II. ระยะระบุลักษณะของอันตราย (Risk Characterization Phase)



III. ระยะฟื้นฟู (Recovery Phase)

- การประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจัดทำบทเรียน
 - ระบุความสำเร็จ
 - ระบุปัญหาและข้อบกพร่อง
 - ระบุสิ่งที่จำเป็นสำหรับแผนหรือปรับปรุงและแก้ไข SOP
 - ระบุกิจกรรมดำเนินการและ post-emergency assignments
 - ข้อคิดเห็นและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในอนาคต
- การติดตามมาตรการที่ได้กำหนดไว้ระหว่างเกิดภาวะเร่งด่วน
- การปรับปรุงและพัฒนาแผนรองรับภาวะเร่งด่วน
- การบำรุงรักษาแผนรองรับภาวะเร่งด่วน

รูปที่ 2 รูปแบบการดำเนินการเพื่อรองรับสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยด้านอาหาร

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เป็นมาตรการทางบริหารจัดการเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคในด้านความปลอดภัยของอาหารได้ในระดับหนึ่งตามศักยภาพของทรัพยากรบุคคลและงบประมาณที่มีอยู่ ซึ่งอาจไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะต้องทบทวนมาตรการ

ที่ผ่านมา หากเกิดอุบัติการณ์การปนเปื้อนสารเคมีอื่นๆ ในอาหารเช่นเดียวกับสารเมลามีน จะทำให้แก้ไขปัญหาในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีข้อเสนอแนะดังนี้

- ต้องมีแนวทางหรือรูปแบบการดำเนินการในลักษณะการที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ ตามรูปแบบการดำเนินการที่ได้เสนอในรูปที่ 2 ที่กล่าวแล้ว เพื่อรองรับ

สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหาร เช่น แต่งตั้งคณะกรรมการฯ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) ภายใต้คณะกรรมการอาหารในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 หรือภายใต้นโยบายของคณะกรรมการแห่งชาติด้านอาหาร ตามพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551

2. ควรนำหลักการของ Codex Committee on Food Import and Export Inspection and Certification Systems (CCFICS) มาใช้เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางของสากล

3. พัฒนาการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการของภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อรองรับวิธีการวิเคราะห์ที่ทันต่อเหตุการณ์และสร้างความเชื่อมั่นให้กับทุกฝ่ายได้ และมีการทดสอบความใช้ได้ (Validation) ของวิธีการวิเคราะห์สารเมลามีน และสารในกลุ่มเมลามีนให้สอดคล้องกับสากล

4. ทบทวนระบบการขออนุญาตผลิตภัณฑอาหารกลุ่มต่างๆ เช่น การจดทะเบียนอาหารและการจดทะเบียนผลิตภัณฑอาหารบางประเภทจะต้องปรับรูปแบบ ข้อกำหนดทางกฎหมายให้เข้าสู่ระบบฐานข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ทั้งหมด

5. ติดตามและทบทวนข้อมูลทางวิชาการจากองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อจะได้นำข้อมูลทางวิชาการหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยงนั้น มาทบทวนกฎหมายของประเทศให้เป็นปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2551. รายงานการประชุมคณะกรรมการอาหาร ครั้งที่ 7/2551 วันที่ 29 กันยายน 2551
2. กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2552. ข้อมูลเฝ้าระวังผลิตภัณฑอาหาร ตั้งแต่เดือนกันยายน 2551-สิงหาคม 2552
3. กองงานด้านอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2551. ข้อมูลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑนำเข้าราชอาณาจักร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2552
4. โศรดา วัลภา และพัชรภรณ์ วชิรศิริ. 2551. มารู้จักเมลามีน (ตอนที่1). ฝ่ายเทคโนโลยีอาหาร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย.
5. สำนักงานมาตรฐานสินค้าและระบบคุณภาพ สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ. 2549. ข้อมูลการบริโภคอาหารของประเทศไทย. สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
6. CCCF. 2010. Proposed Draft Maximum Levels for Melamine in Food and Feed. Joint FAO/WHO Foods Standards Programme Codex Committee on Contaminants in Foods Report, 4th Session. 26 – 30 April 2010. Turkey. Available from: URL: <http://www.codexalimentarius.net/web/archives.jsp?lang=en> [Accessed April 2010]
7. Dobson, RLM., et al. 2008. Identification and characterization of toxicity of contaminants in pet food leading to an outbreak of renal toxicity in cats and dogs. Toxicological Sciences. 106(1): 251-262.
8. FAO/WHO. 2006. Food safety risk analysis: A guide for national food safety authorities. FAO Food And Nutrition Paper, p 87
9. OECD.1998. Screening Information Data Set for Melamine, CAS No. #108-78-1 Available from: URL: <http://www.chem.unep.ch/irptc/sids/OECD/SIDS/108781.pdf> [Accessed December 2008]
10. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. 2009. Second report of the expert group on melamine incident. Available from: URL:http://www.fhb.gov.hk/melamine/doc/e_report20090121.pdf [Accessed February 2009]
11. WHO. 2008. Experts set tolerable level for melamine intake. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr48/en/index.html>[Accessed December 2008]
12. WHO. 2009a. Background paper on the chemistry of melamine alone and in combination with related compounds. Available from: URL:www.who.int/foodsafety/fs_management/Melamine_2.pdf [Accessed February 2009]
13. WHO. 2009b. Toxicological and health aspects of melamine and cyanuric acid Available from: URL: http://www.who.int/foodsafety/publications/chem/Melamine_report09.pdf [Accessed March 2009]

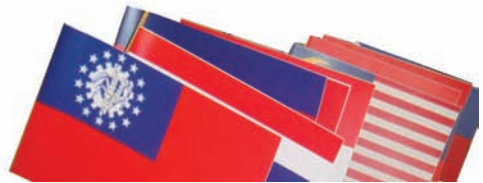




การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ

ของกฎระเบียบผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง
ระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน

Comparative Study on Cosmetics Regulation
between Thailand and ASEAN member states



พงศ์ประพันธ์ สุสัณฐิตพงษ์

กลุ่มควบคุมเครื่องสำอาง

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บทคัดย่อ

ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในตลาดโลกสามารถทำรายได้เข้าสู่แต่ละประเทศเป็นจำนวนเงินมหาศาลในแต่ละปี เนื่องจากเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐจึงจำเป็นต้องเข้ามากำกับดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อผลประโยชน์กับผู้บริโภคโดยตรง จึงเห็นได้ว่าในแต่ละประเทศมีกฎระเบียบเกี่ยวกับเครื่องสำอางในการกำกับดูแล ดังนั้นประเทศสมาชิกอาเซียน 10 ประเทศ ได้แก่ บรูไนดารุสซาลาม ราชอาณาจักรกัมพูชา สาธารณรัฐอินโดนีเซีย สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มาเลเซีย สหภาพพม่า สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ราชอาณาจักรไทย และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม ได้ลงนามเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2546 ตกลงที่จะใช้กฎระเบียบเครื่องสำอางร่วมกัน แต่เนื่องจากมีความแตกต่างกันในเรื่องวัฒนธรรม ศาสนา ตลอดจนพฤติกรรม การบริโภค และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ทำให้มีการแตกต่างของวัตถุที่ห้ามใช้ในการผลิตเครื่องสำอาง วัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสม ในการผลิตเครื่องสำอาง วัตถุกันเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง เป็นต้น แต่ประเด็นที่สำคัญ คือ การที่ผู้ผลิตจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบว่าผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ผลิตขึ้นมาวางจำหน่ายในท้องตลาดนั้น มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค โดยปฏิบัติตามข้อกำหนดของแต่ละประเทศในการใช้สารเป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง มีการนำหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องสำอางมาใช้ มีการประเมินความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ อีกทั้งยังมีหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลของผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ภาครัฐตรวจสอบสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้บริโภคมั่นใจได้ว่าผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่วางจำหน่ายในท้องตลาดมีความปลอดภัยในการใช้

คำสำคัญ : เครื่องสำอาง วัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง วัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง วัตถุกันเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง

Cosmetic product is one of the important goods in the world market. It can make a lot of country's income for every year due to cosmetic is being used by consumer every day and it is in daily life. So many countries have their own regulation for their controlling for the safety of consumer. The governments of Brunei Darusslam, the Kingdom of Cambodia, the Republic of Indonesia, the Lao People's Democratic Republic, Malaysia, the Union of Myanmar, the Republic of the Philippines, the Republic of Singapore, the Kingdom of Thailand and the Socialist Republic of Vietnam, Member States of the Association of Southeast Asean Nations having regard of the principles of harmonization of cosmetic Regulation and signed on 2 September 2003. There are reason specific to cultural, religious, consumer behavior and environmental some prohibited substances, restricted substances and preservation substances may be different. The important principal is that manufacturer must produce cosmetic which is safe to be used by completing to individual regulation in term of ingredients used in cosmetic, Good Manufacturing Practice, Safety Assurance and Product Information File must be prepared for authority inspection. Those are key factors to ensure that cosmetic products sold in the market are safe for consumer.

Key words : Cosmetic, Prohibited Substances, Restricted Substance, Preservative Substances

บทนำ

ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางเป็นผลิตภัณฑ์ที่จะต้องมีการควบคุมด้านกฎระเบียบในทุกๆ ประเทศ เพื่อที่จะให้มั่นใจได้ว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัยและหลีกเลี่ยงอาการอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้กับสุขภาพของผู้ใช้ จึงจำเป็นต้องมีกฎ ระเบียบเครื่องสำอางและข้อห้ามต่างๆ อย่างไรก็ตามขอบข่ายกฎระเบียบระหว่างตลาดต่างๆ ก็แตกต่างกัน สำหรับตลาดหลักๆ เช่น สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป ญี่ปุ่น อาเซียน และไทย เป็นต้น จนใกล้เคียงกว่าที่จะนำมาประสานเป็นหนึ่งเดียวกัน สิ่งนี้เองจึงเป็นสิ่งที่ผลกระทบต่อการแข่งขันทางการตลาดและเศรษฐกิจของอุตสาหกรรมนี้ จากการที่ไม่สามารถจำหน่ายผลิตภัณฑ์คล้ายๆ กันได้ในทุกตลาด หรือการที่มีข้อกำหนดในเรื่องวิธีทดสอบ สูตร บรรจุภัณฑ์และการโฆษณา ล้วนเป็นปัจจัยที่จะเพิ่มต้นทุนการผลิต เวลาที่ล่าช้าและต้นทุนที่สูงเนื่องจากการนำส่วนผสมใหม่ๆ มาใช้ หรือการกำหนดข้อจำกัดที่ห้ามใช้ในการผลิตเครื่องสำอาง ชื่อและปริมาณของวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง วัตถุกันเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางที่แตกต่างกัน ก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของอุตสาหกรรมเครื่องสำอาง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทราบความแตกต่างของวัตถุที่ห้ามใช้ในการผลิตเครื่องสำอางระหว่างประเทศไทย กับประเทศสมาชิกอาเซียน (ASEAN Member States)
2. เพื่อทราบความแตกต่างของชื่อวัตถุ และปริมาณของวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางระหว่างประเทศไทยและประเทศสมาชิกอาเซียน (ASEAN Member States)
3. เพื่อทราบความแตกต่างของวัตถุกันเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางระหว่างประเทศไทย กับประเทศสมาชิกอาเซียน (ASEAN Member States)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับ

1. ความแตกต่างของวัตถุที่ห้ามใช้ในการผลิตเครื่องสำอาง ระหว่างประเทศไทย กับประเทศสมาชิกอาเซียน (ASEAN Member States)
2. ความแตกต่างของชื่อ และปริมาณของวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง ระหว่างประเทศไทย กับประเทศสมาชิกอาเซียน (ASEAN Member States)

3. ความแตกต่างของวัตถุดิบเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง ระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน (ASEAN Member States)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา และปรับปรุงกฎระเบียบเครื่องสำอางของประเทศไทยให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของตลาดโลก
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำมาตรการกำกับ ดูแลผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางก่อนออกสู่ตลาด และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์หลังออกสู่ตลาดในการกำหนดให้ผู้ประกอบการเครื่องสำอางปฏิบัติตาม
3. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคนำไปเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินการทางวิชาการ และกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาเชิงเปรียบเทียบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาประเด็นสำคัญของความแตกต่างของวัตถุดิบที่ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง ชื่อและปริมาณของวัตถุดิบที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง วัตถุดิบเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง ระหว่างประเทศไทยและประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ให้เป็นประโยชน์ทั้งในด้านการพัฒนากฎระเบียบเครื่องสำอางของประเทศไทยและการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง

วิธีการศึกษาวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจข้อมูลจากรายงานการประชุมคณะกรรมการเครื่องสำอางอาเซียน (ASEAN Cosmetic Committee) ตั้งแต่ครั้งที่ 2 (มิถุนายน 2547) จนถึงครั้งที่ 14 (มิถุนายน 2553) รายงานการประชุมของคณะกรรมการวิชาการเครื่องสำอางอาเซียน (ASEAN Cosmetic Scientific Body) ตั้งแต่ครั้งที่ 1 (มิถุนายน 2547) จนถึงครั้งที่ 13 (มิถุนายน 2553) และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง



2. ขั้นตอนการศึกษา

2.1 ศึกษาข้อมูลจากรายงานการประชุมคณะกรรมการเครื่องสำอางอาเซียน (ASEAN Cosmetic Committee) ตั้งแต่ครั้งที่ 2 (มิถุนายน 2547) จนถึงครั้งที่ 14 (มิถุนายน 2553) รายงานการประชุมของคณะกรรมการวิชาการเครื่องสำอางอาเซียน (ASEAN Cosmetic Scientific Body) ตั้งแต่ครั้งที่ 1 (มิถุนายน 2547) จนถึงครั้งที่ 13 (มิถุนายน 2553)

2.2 เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน

2.3 สรุปประเด็นสำคัญของความแตกต่างระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลและทำการเปรียบเทียบประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอางที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย กับรายงานการประชุมคณะกรรมการเครื่องสำอางอาเซียน ตั้งแต่ครั้งที่ 2 (มิถุนายน 2547) จนถึงครั้งที่ 14 (มิถุนายน 2553) รายงานการประชุมของคณะกรรมการวิชาการเครื่องสำอางอาเซียน ตั้งแต่ครั้งที่ 1 (มิถุนายน 2547) จนถึงครั้งที่ 13 (มิถุนายน 2553) แล้วพบความแตกต่าง ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของวัตถุห้ามใช้ในการผลิตเครื่องสำอางระหว่างประเทศไทยกับประเทศในกลุ่มสมาชิกอาเซียน

อันดับ	รายการสาร	ประเทศไทย	ประเทศอาเซียน	เหตุผลของไทย
1.	Diethylene glycol	ไม่อนุญาตให้ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางทุกประเภท	อนุญาตให้ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางได้ และปนเปื้อนได้ไม่เกิน 0.1% (Traces Ingredient)	มีบางประเทศใช้ Diethylene glycol แทน Glycerine ในยาแก้หวัด, ยาสีฟัน, น้ำยาบ้วนปาก ด้วย ลักษณะภายนอกที่คล้ายคลึงกัน ก่อให้เกิดการเสียชีวิตต่อผู้บริโภคมาแล้ว

จากตารางที่ 1 พบว่าจากจำนวนวัตถุที่ห้ามใช้ 1,253 รายการ ของประเทศไทย มีความแตกต่างของวัตถุที่ห้ามใช้ของประเทศสมาชิกอาเซียน 1 รายการ คือ สาร Diethylene glycol ซึ่งประเทศไทยไม่อนุญาตให้ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง โดยที่ประเทศสมาชิกอาเซียนไม่ได้ประกาศเป็นสารห้ามใช้ แต่ให้ใช้ได้โดยมีเงื่อนไข คือ ห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์ที่สัมผัสกับเยื่ออ่อนในช่องปาก

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน

อันดับ	รายการสาร	ประเทศไทย	ประเทศอาเซียน	เหตุผลของไทย
1.	Silver nitrate	- ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์แต่งผมดำ - อัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 5% และต้องแสดงคำเตือนว่า มีสาร Silver nitrate - ห้ามใช้เมื่อหนังศีรษะมีรอยถลอกเป็นแผลหรือโรคผิวหนัง - ต้องหยุดใช้เมื่อเกิดอาการคัน ระคายเคือง หรือมีเม็ดผื่นแดง	- ให้ใช้ได้ในผลิตภัณฑ์สำหรับย้อมขนตาและขนคิ้วเท่านั้น - อัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ได้ 4% และต้องแสดงคำเตือนว่า มีสาร Silver nitrate - ถ้าเข้าตาให้ล้างออกทันที	- ใน EU ให้ใช้เฉพาะล้างขนตาและขนคิ้วเนื่องจากปริมาณที่ใช้ น้อย และก่อให้เกิดผลภาวะได้น้อย - ในประเทศไทยขอสงวนสิทธิ์ในการใช้ Silver nitrate สำหรับแต่งผมดำ เนื่องจากมีการใช้กันมานานแล้ว และไม่มีข้อมูลความไม่ปลอดภัยในการใช้
2.	Methanol	- ห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์ผ้าเย็นและกระดาดเย็น - อนุญาตให้ใช้เป็นส่วนผสมใน ethanol และ isopropyl ในอัตราส่วนสูงสุดที่ให้ได้ 5% คำนวณในรูป % ใน isopropyl และ alcohol	- อนุญาตให้ใช้เป็นส่วนผสมใน ethanol และ isopropyl ในอัตราส่วนสูงสุดที่ให้ได้ 5 % คำนวณในรูป % ใน isopropyl และ alcohol	ไม่อนุญาตให้ใช้ในผลิตภัณฑ์ผ้าเย็นและกระดาดเย็นเนื่องจากมีการสัมผัสกับดวงตา ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อลูกตาได้

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน (ต่อ)

อันดับ	รายการสาร	ประเทศไทย	ประเทศอาเซียน	เหตุผลของไทย
3.	Zinc pyrithione	และให้มีการปนเปื้อน methanol ใน alcohol ได้ไม่เกิน 1% 1. ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์ขจัดรังแคประเภทที่ต้องล้างออกอัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 2% 2. ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์สำหรับเส้นผมประเภทที่ไม่ต้องล้างออก อัตราส่วนที่ให้ใช้ 0.5% ทั้งข้อ 1 และข้อ 2 ต้องแสดงคำเตือนดังนี้ - มีสาร Zinc pyrithione - ระวังอย่าให้เข้าตา หากเข้าตาให้รีบล้างออกด้วยน้ำสะอาด - หากเกิดอาการระคายเคืองหรือผื่นปฏิกิริยาควรหยุดใช้หรือปรึกษาแพทย์	ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์สำหรับเส้นผมประเภทที่ไม่ต้องล้างออก อัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 0.1%	- ในประเทศสหรัฐอเมริกา อนุญาตให้ใช้เป็นสารขจัดรังแค ด้วยอัตราส่วนสูงสุด 0.3-2.0% ในผลิตภัณฑ์ที่ต้องล้างออกและ 0.1-0.25% ในผลิตภัณฑ์ที่ไม่ต้องล้างออก ที่ใช้บนศีรษะหรือหนังศีรษะ - ในประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์อนุญาตให้ใช้ได้ ในอัตราส่วนสูงสุดไม่เกิน 2% ในผลิตภัณฑ์ที่ใช้แล้วล้างออก - ในประเทศไทย มีการประกาศใช้มานานแล้ว และไม่พบปัญหาการใช้ จึงยังคงเห็นสมควรคงตามประกาศเดิม
4.	Piroctone olamine	1. ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์ขจัดรังแคประเภทที่ต้องล้างออก อัตราส่วน 1.0% 2. ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์สำหรับเส้นผมประเภทที่ไม่ต้องล้างออก อัตราส่วน 0.1% ทั้ง 2 ข้อต้องแสดงคำเตือนดังนี้ - มีสาร Piroctone olamine - หากเกิดอาการระคายเคืองหรือผื่นปฏิกิริยาควรหยุดใช้และควรปรึกษาแพทย์	ไม่มีข้อกำหนดในผลิตภัณฑ์ขจัดรังแค	ประเทศไทยประกาศใช้มานานแล้วและไม่ปรากฏข้อมูลความไม่ปลอดภัยในการใช้

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน (ต่อ)

อันดับ	รายการสาร	ประเทศไทย	ประเทศอาเซียน	เหตุผลของไทย
5.	Climbazole	1. ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์ขจัดรังแคประเภทที่ต้องล้างออกอัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 2.0% 2. ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์สำหรับเส้นผมประเภทที่ไม่ต้องล้างออกอัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 0.5% ทั้ง 2 ข้อต้องแสดงคำเตือนดังนี้ - มีสาร Climbazole - ระวังอย่าให้เข้าตา - หากเกิดอาการระคายเคืองหรือผิดปกติควรหยุดใช้และควรปรึกษาแพทย์ - ห้ามใช้ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี	ไม่มีข้อกำหนดในผลิตภัณฑ์ขจัดรังแค	ประเทศไทยประกาศใช้มานานแล้วและไม่ปรากฏข้อมูลความไม่ปลอดภัยในการใช้
6.	Lead acetate and its compounds	ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์แต่งผมดำอัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 0.6% คำนวณในรูป lead	เป็นสารห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง	ในประเทศสหรัฐอเมริกายังอนุญาตให้ใช้สำหรับย้อมผมและบนหนังศีรษะ ส่วนประเทศไทยได้อนุญาตให้ใช้มานานแล้ว และไม่พบข้อมูลความไม่ปลอดภัยในการใช้
7.	Tranexamic Acid	ไม่มีข้อกำหนดในการใช้	ใช้ในผลิตภัณฑ์ที่ต้องล้างออกอัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 3.0%	ในประเทศไทยมีการขึ้นทะเบียนตำรับของสารตัวนี้โดยเป็นยาฉีดสำหรับห้ามเลือด ส่วนในเครื่องสำอางใช้ผลข้างเคียงทำให้ผิวขาว อย่างไรก็ตามประเทศไทยมีข้อกำหนดว่าจะต้องไม่แสดงสรรพคุณทำให้ผิวขาวเนื่องจากเครื่องสำอางไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสีผิวตามธรรมชาติของแต่ละบุคคลได้

จากตารางที่ 2 พบว่า จากจำนวนวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง 80 รายการ ของประเทศไทย มีความแตกต่างจากวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางของประเทศสมาชิกอาเซียน จำนวน 6 รายการ เช่น สาร Silver nitrate ประเทศไทยอนุญาตให้ใช้ในผลิตภัณฑ์แต่งผมดำ อัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 5% ส่วนประเทศสมาชิกอาเซียน อนุญาตให้ใช้ในผลิตภัณฑ์ย้อมขนคิ้วและขนตา อัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 4 % สาร methanol ประเทศไทยอนุญาตให้ใช้เป็น denaturant ใน ethanol and isopropyl alcohol ในปริมาณสูงสุด 5 % ยกเว้นห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์ผ้าเย็น กระดาษเย็น และเครื่องสำอางที่ใช้รอบดวงตา แต่อาจมี methanol ปนเปื้อนใน alcohol ได้ ส่วนประเทศสมาชิกอาเซียนอนุญาตให้ใช้เป็น Denatural for ethanol and isopropyl alcohol ในปริมาณสูงสุด 5 % โดยไม่มีเงื่อนไข เป็นต้น

ตารางที่ 3 ข้อเปรียบเทียบความแตกต่างของวัตถุดิบเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ระหว่างประเทศไทย และประเทศในสมาชิกอาเซียน

อันดับ	รายการสาร	ประเทศไทย	ประเทศอาเซียน	เหตุผลของไทย
1.	Chlorhexidine (INN) and its digluconate, diacetate and dihydrochloride	อัตราส่วนสูงสุดที่ให้ใช้ 0.3% ห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในช่องปาก	มีข้อกำหนด	ปกติสารตัวนี้จะใช้ในผลิตภัณฑ์ บ้วนปาก ซึ่งเป็นยาสารตัวนี้ ก่อให้เกิดผลเสียต่อฟันและ ส่วนประกอบของฟัน โดยไป ทำลายสารที่ใช้ป้องกันการ ผุกร่อนของฟัน แต่เนื่องจากการใช้สารตัวนี้เพื่อวัตถุประสงค์ ของการเป็นวัตถุดิบเสีย และ ไม่อนุญาตให้ใช้ในช่องปาก จึงเห็นควรให้คงเป็นวัตถุ กันเสียได้
2.	5-bromo-5-nitro-1, 3 dioxane	1. ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์ที่ใช้แล้ว ล้างออก 2. ห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์ที่มี Amines หรือ Amides หรืออนุพันธ์ของสารนี้ เป็นส่วนผสม	ให้ใช้ในผลิตภัณฑ์ที่ใช้แล้ว ล้างออก ปริมาณสูงสุดที่ อนุญาตให้ใช้ 0.1% และ ให้หลีกเลี่ยงการก่อให้เกิด Nitrosamines	ทั้งนี้ก็มีกลุ่มของ nitro ซึ่งเป็น สาร nitrosating อาจก่อให้เกิด มะเร็ง การใช้ข้อความว่า หลีกเลี่ยงการก่อให้เกิด nitrosamines อาจทำให้ สับสน โดยเฉพาะกลุ่มวิสาหกิจ ขนาดย่อมจึงเห็นควรห้าม ใช้ในผลิตภัณฑ์ที่มี amines หรือ amides หรืออนุพันธ์ ของสารนี้เป็นส่วนผสม
3.	1. undec-10-enoic acid and salts 2. Triclosan 3. Chlorhexidine and its	ในประเทศไทยไม่มีเครื่องหมาย (+) หลังชื่อสารดังกล่าว และกำหนดว่าห้ามใช้ เพื่อ วัตถุประสงค์อื่น นอกจาก เป็นวัตถุดิบเสียเท่านั้น	ประเทศในอาเซียนมี ความหมาย (+) หลังชื่อ สารดังกล่าว ซึ่งหมายถึง- ความว่าอาจใช้วัตถุประสงค์ เป็นอย่างอื่นได้	เนื่องจากการกำหนดปริมาณ การใช้ของสารกันเสียไว้แล้ว แต่อาจใช้เป็นวัตถุประสงค์ อื่นได้ประกาศ กระทรวง สาธารณสุข (ฉบับที่ 47) พ.ศ. 2550 เรื่องกำหนด

ตารางที่ 3 ข้อเปรียบเทียบความแตกต่างของวัตถุกันเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางระหว่างประเทศไทย และประเทศในสมาชิกอาเซียน (ต่อ)

อันดับ	รายการสาร	ประเทศไทย	ประเทศอาเซียน	เหตุผลของไทย
	digluconate, diacetate and dihydrochloride 4. Alkyl (C12-C22) Tri-methyl ammonium, bromide and chloride 5. 1, 6-di (4-amidino-phenoxy)-n-hexane (hexamidine) and its salts (including isethionate and p-hydroxy-benzoate)			วัตถุกันเสีย อาจใช้เป็นส่วนผสมเครื่องสำอางไม่ชัดเจน โดยกำหนดว่าการใช้วัตถุกันเสียต้องเป็นไปตามข้อกำหนด หากใช้ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดให้ถือว่ามีวัตถุห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง อย่างไรก็ตามแต่ กลุ่มควบคุมเครื่องสำอางมีข้อกำหนดไว้ว่า หากใช้สารเหล่านี้เป็นวัตถุประสงค์อื่น โดยมีปริมาณเป็นไปตามข้อกำหนดก็จะอนุญาตให้ใช้ได้ แต่หากใช้ในวัตถุประสงค์อื่น และมีปริมาณเกินกว่าที่กำหนดไว้ เจ้าของผลิตภัณฑ์จะต้องส่งข้อมูลความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์นั้นๆ ให้เจ้าหน้าที่กลุ่มควบคุมเครื่องสำอางพิจารณา
4.	Chlorobutanol	คำเตือน มี Chlorobutanol อาจก่อให้เกิดการแพ้ได้	คำเตือน : มี Chlorobutanol	ตั้งแต่อันดับที่ 4-10 ประเทศในอาเซียนมีคำเตือนเพียงว่ามีสารเหล่านี้ ซึ่งประเทศไทยพิจารณาแล้วเห็นว่า อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดได้ว่ามีสารเหล่านี้แล้ว ทำให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพ จึงได้เพิ่มข้อความว่า “อาจก่อให้เกิดการแพ้ได้” ซึ่งเป็นการเตือนให้ผู้บริโภคระมัดระวังในการใช้ผลิตภัณฑ์
5.	Thiomersal	คำเตือน มี Thiomersal อาจก่อให้เกิดการแพ้ได้	คำเตือน : มี Thiomersal	
6.	Phenylmercuric salts (including borate)	คำเตือน มี Phenylmercuric salts (including borate) อาจก่อให้เกิดการแพ้ได้	คำเตือน : มี Phenylmercuric salts (including borate)	
7.	2-Chloroacetamide	คำเตือน มี 2-Chloroacetamide อาจก่อให้เกิดการแพ้ได้	คำเตือน : มี 2-Chloroacetamide	
8.	Glutaraldehyde (pentane-1, 5-dial) ในกรณีที่ผลิตภัณฑ์มีความเข้มข้นสูงกว่า 0.05%	คำเตือน มี Glutaraldehyde (pentane-1, 5-dial) อาจก่อให้เกิดการแพ้ได้	คำเตือน : มี Glutaraldehyde (pentane-1, 5-dial)	

ตารางที่ 3 ข้อเปรียบเทียบความแตกต่างของวัตถุดิบเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางระหว่างประเทศไทย และประเทศในสมาชิกอาเซียน (ต่อ)

อันดับ	รายการสาร	ประเทศไทย	ประเทศอาเซียน	เหตุผลของไทย
9.	3-Iodo-2-propynyl butyl carbamate	คำเตือน มี 3-Iodo-2-propynyl butyl carbamate อาจก่อให้เกิดการแพ้ได้	สำหรับผลิตภัณฑ์ที่ต้องล้างออกและไม่ต้องล้างออกให้แสดงคำเตือน : ห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ยกเว้นผลิตภัณฑ์สำหรับอาบน้ำหรือสระผม	ตั้งแต่อันดับที่ 4-10 ประเทศในอาเซียนมีคำเตือนเพียงว่ามีสารเหล่านี้ ซึ่งประเทศไทยพิจารณาแล้วเห็นว่า อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดได้ว่ามีสารเหล่านี้แล้ว ทำให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพ จึงได้เติมข้อความว่า “อาจก่อให้เกิดการแพ้ได้” ซึ่งเป็นการเตือนให้ผู้บริโภคระมัดระวังในการใช้ผลิตภัณฑ์
10.	Formaldehyde กรณีผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปมี Formaldehyde สูงกว่า 0.05%	คำเตือน มี Formaldehyde อาจก่อให้เกิดการแพ้ได้	คำเตือน : มี Formaldehyde	

จากตารางที่ 3 พบว่า จากจำนวนวัตถุดิบเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง 55 รายการ ของประเทศไทย มีความแตกต่างในเรื่องเงื่อนไขและปริมาณการใช้ของวัตถุดิบเสียของประเทศสมาชิกอาเซียน 7 รายการ และแตกต่างในเรื่องคำเตือน 7 รายการ

บทสรุป

ดังจะเห็นได้ว่าทั้งประเทศไทยและประเทศสมาชิกอาเซียนมีกฎระเบียบในการให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตาม ซึ่งส่วนใหญ่ยึดหลักเกณฑ์ของกฎระเบียบของสหภาพยุโรป ทั้งในด้านสารห้ามใช้ สารที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง สารกันเสีย เป็นต้น ซึ่งอาจจะมีข้อแตกต่างกันไปบ้างในแต่ละประเทศ ทั้งนี้ก่อนที่จะนำเครื่องสำอางออกจำหน่าย ผู้ประกอบการจะต้องจัดแจ้งผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางกับหน่วยงานภาครัฐ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบในครั้งนี้ ประเทศไทยจะได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายให้เหมาะสม และทันสมัย เพื่อให้สามารถแข่งขันในตลาดโลก ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลในการกำกับดูแลให้ผู้บริโภคปลอดภัยจากการใช้เครื่องสำอาง

จะเห็นได้ว่าประเด็นสำคัญของกฎระเบียบเครื่องสำอางของประเทศไทยและประเทศสมาชิกอาเซียน คือ การที่ผู้ผลิตจะต้องรับผิดชอบว่าผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ผลิตขึ้นมามีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

โดยการปฏิบัติตามข้อกำหนด รายการสารของแต่ละประเทศ โดยอาจมีมาตรการเสริม เช่น การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องสำอาง การประเมินความปลอดภัยของเครื่องสำอาง การจัดเก็บข้อมูลของผลิตภัณฑ์ เพื่อการตรวจสอบโดยภาครัฐ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้บริโภคมีความมั่นใจว่าได้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และปลอดภัย

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้เกี่ยวข้อง

ภาครัฐ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ประกอบการในประเทศที่กฎระเบียบแตกต่างจากกฎระเบียบของตลาดโลก ไม่ว่าจะเป็นประเทศสมาชิกอาเซียน สหภาพยุโรป สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น จีน ว่ามีความเสียเปรียบในเชิงธุรกิจมากน้อยเพียงใด เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงกฎระเบียบให้มีความเหมาะสมและแข่งขันทางธุรกิจได้ แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภคเป็นหลัก

ผู้ประกอบการ

ผู้ประกอบการควรมีการวางแผนเพื่อปรับตัวให้สอดคล้องกับกฎระเบียบใหม่ๆ และมีจิตสำนึกในการรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่วางจำหน่ายในท้องตลาด

ผู้บริโภค

ควรติดตามข่าวสารของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่มีการประกาศหรือสื่อสารให้ผู้บริโภคได้รับรู้ในช่องทางต่างๆ เช่น ในเว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เอกสารใบปลิว การประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ รวมทั้งการที่ผู้บริโภคต้องช่วยสอดส่องเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่เห็นว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งสามารถร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เช่น สายด่วน อย. 1556 หรือสามารถร้องเรียนได้โดยตรงที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอย. หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง พ.ศ. 2551 ลงวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2551
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง พ.ศ. 2551 (ฉบับที่ 2). ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณของวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง พ.ศ. 2551 ลงวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2551
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 47 เรื่อง กำหนดวัตถุกันเสียที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง พ.ศ. 2550 ลงวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2550
5. ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง (ฉบับที่ 17) พ.ศ. 2550 เรื่อง การระบุข้อความอันจำเป็นที่ฉลากของเครื่องสำอาง. ลงวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2550
6. ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอาง. วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2551
7. ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง การแสดงคำเตือนที่ฉลากเครื่องสำอาง. ลงวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2551
8. Regulation No 1223/2009 of The European Parliament and of The Council of 30 November 2009 on Cosmetic Product.
9. ASEAN Cosmetic Documents (update September 2007), The Thai Cosmetic Manufacturers Association, Bangkok, Thailand. (2008)
10. USA Code of Federal Regulation. Food and Drug Administration Department of Health and Human Services, Title 21, volume 7, 2005
11. ASEAN Cosmetic Committee. สรุปการประชุมคณะกรรมการเครื่องสำอางของอาเซียนครั้งที่ 2nd - 14th. เอกสารประกอบการประชุมจากประเทศในกลุ่มอาเซียน.
12. ASEAN Cosmetic Scientific Body. สรุปการประชุมคณะกรรมการเครื่องสำอางของอาเซียนครั้งที่ 1st - 13th. เอกสารประกอบการประชุมจากประเทศในกลุ่มอาเซียน.
13. ISO 22716:2007 Cosmetics. Guidelines on Good Manufacturing Practices. (2007)
14. ASEAN. Guidelines for Cosmetic Good Manufacturing Practices. วันที่ 2 กันยายน 2546



มูลค่าการส่งออกผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 (Acetic anhydride) ในกระบวนการผลิต ภายใต้ระบบการควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



จันทนา ปานปรีชา
วิภา เต็งอภิชาติ
กองควบคุมวัตถุเสพติด
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามูลค่าการส่งออกของผลิตภัณฑ์จากอุตสาหกรรมที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ในกระบวนการผลิต ตลอดจนปัญหา และอุปสรรคในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ และแนวทางการแก้ไขปัญหา ใช้วิธีเก็บข้อมูลจากผู้ดำเนินกิจการหรือผู้แทนของบริษัทที่ได้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองอาเซติก แอนไฮไดรด์ ที่มีการนำเข้าและใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิต จำนวน 15 ราย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553

ผลการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันมีการนำเข้าอาเซติก แอนไฮไดรด์ ไปใช้ในอุตสาหกรรม 4 ประเภทได้แก่อุตสาหกรรมผลิตแป้งแปรรูป สีย้อม เม็ดพลาสติก และเภสัชเคมีภัณฑ์แอสไพริน ที่ผ่านมา พบว่า มูลค่าการส่งออกรวมถึงผลกำไรจากผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในอุตสาหกรรมเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง และการควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปัจจุบันค่อนข้างมีความเหมาะสม ปัญหาและอุปสรรคในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการประมาณการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ เพื่อขอโควตาการครอบครอง การอนุมัติโควตาต่ำกว่าที่เสนอขอทำให้ต้องขออนุมัติโควตาเพิ่มระหว่างปี ซึ่งมีความยุ่งยากในการจัดเตรียมเอกสารและความล่าช้าในการอนุมัติทำให้เสียโอกาสทางการค้า การรายงานด้วยระบบออนไลน์ รวมทั้งปัญหาการขอปรับยอดน้ำยาคงเหลือที่มีความคลาดเคลื่อน

กลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว โดยเสนอให้มีการขออนุญาตแบบออนไลน์ ขอให้มีการประมาณการใช้โดยเพิ่มปริมาณครอบครองสำหรับการเติบโตทางธุรกิจ และขอให้มีความชัดเจนในการพิจารณาเรื่องความคลาดเคลื่อนของปริมาณอาเซติก แอนไฮไดรด์ คงเหลือ นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการจัดระดับกลุ่มผู้รับอนุญาตฯ เพื่อปรับระดับการควบคุมด้วย ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นมุมมองและความคิดเห็นของภาคเอกชนที่มีประสบการณ์โดยตรงในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องที่จะนำไปวิเคราะห์ เพื่อประเมินและวางแนวทางการกำหนดมาตรการควบคุมการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : มูลค่าการส่งออก ผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิต ระบบการควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

The qualitative survey on the export of the products using acetic anhydride, which is classified as a narcotic of category IV according to Narcotics Act B.E. 2522, in the manufacturing process was conducted. The objectives were to study the value of export of those products, to identify the problems and difficulties in using acetic anhydride and to provide suggestions to solve the problems. Information was collected by interviewing 15 subjects and study the documents during May–December 2010. The subjects were responsible persons who appointed by the companies or the representatives of the licensees to possess narcotics of schedule IV (acetic anhydride) which imported and used acetic anhydride in their manufacturing processes.

Industrial uses of acetic anhydride in Thailand were in the manufacturing processes of modified starches, dyes, plastics and aspirin. The value of the export including profits of the products using acetic anhydride in the manufacturing process intended to increase. Acetic anhydride was necessary in their industries. Thai Food and Drug Administration's control measures were rather appropriate. Problems and difficulties in using acetic anhydride regarding to estimation of acetic anhydride for their quotas to possess, the quotas allowed were lower than the amounts requested, difficulties in preparation of documents to submit for quotas, delay of consideration on quotas caused them lost their business opportunities, online report system and the adjustment of the erroneous amount of the remaining acetic anhydride.

The subjects suggested online application, consideration on quotas based on business progress, clarification of the determination of the errors in the amount of the remaining acetic anhydride and also classifying the licensees that would be advantageous to set the level of control measures. The Views and opinions of the companies using acetic anhydride in their manufacturing processes provided advantages for the government offices to analyze and evaluate the situations and set the appropriate control measures on acetic anhydride in Thailand.

Key words: value of export, products using acetic anhydride in the manufacturing process, control measures of Thai Food and Drug Administration.

บทนำ

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ โดยในส่วนของภาคการเกษตรได้กำหนดให้ส่งเสริมอุตสาหกรรมแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร เพื่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นที่จะพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้ภาคอุตสาหกรรมอีกด้วย อุตสาหกรรมที่มีการใช้ อาเซติก แอนไฮไดรด์ (Acetic anhydride) ในกระบวนการผลิต จึงอยู่ในข่ายที่ควรได้รับการส่งเสริมดังกล่าว

อาเซติก แอนไฮไดรด์ เป็นสารเคมีที่สามารถนำไปใช้เป็นสารตั้งต้นในการผลิตเอโรอื่น ซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แต่ขณะเดียวกันก็สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ในกระบวนการผลิตผลิตภัณฑ์ในทางอุตสาหกรรมหลายประเภท ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีผู้ได้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 (Acetic anhydride) จำนวนทั้งสิ้น 16 ราย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในอุตสาหกรรมผลิตแป้งแปรรูป 11 ราย

อุตสาหกรรมผลิตสีย้อม 3 ราย อุตสาหกรรมผลิตเม็ดพลาสติก 1 ราย และอุตสาหกรรมผลิตเกสซ์เคมีภัณฑ์แอสไพริน 1 ราย อุตสาหกรรมเหล่านี้มีส่วนส่งเสริมให้เกิดรายได้เข้าสู่ประเทศเป็นจำนวนมาก อีกทั้งช่วยสร้างงานและรายได้ให้คนในท้องถิ่นด้วย

เนื่องจากอาเซติก แอนไฮไดรด์ จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมาตรา 26 บัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นรายๆ ไป การขออนุญาต นำเข้าและมีไว้ในครอบครองอาเซติก แอนไฮไดรด์ มีข้อกำหนดตามกฎหมายให้ต้องปฏิบัติตามเพื่อประกอบการขออนุญาต และมีเงื่อนไขการปฏิบัติในการเป็นผู้รับอนุญาต ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีระบบการควบคุมที่เข้มงวด และรัดกุมอย่างยิ่ง จึงเกิดข้อคำถามอันเป็นประเด็นที่น่าจะศึกษาว่าภายใต้นโยบายด้านเศรษฐกิจของรัฐบาลที่มุ่งหมายให้มีการส่งเสริมการส่งออกผลิตภัณฑ์ พร้อมที่จะเข้าสู่การ

แข่งขันในระดับสากล ทำอย่างไรจึงจะลดข้อจำกัดและอุปสรรคต่างๆ เพื่อเพิ่มมูลค่าการส่งออก สร้างรายได้เข้าประเทศ บรรลุเป้าหมายตามนโยบายที่รัฐบาลกำหนดไว้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษามูลค่าการส่งออกของผลิตภัณฑ์จากอุตสาหกรรมที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิต
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ในกระบวนการผลิตผลิตภัณฑ์ในทางอุตสาหกรรม และแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบมูลค่าการส่งออกผลิตภัณฑ์ทางอุตสาหกรรมที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิต
2. ได้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิตผลิตภัณฑ์ในทางอุตสาหกรรม และพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมการส่งออก ผลิตภัณฑ์ฯ เพื่อสร้างรายได้เข้าประเทศต่อไป

วิธีการศึกษา

1. เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study)
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้รับอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 เฉพาะที่

เป็นอาเซติก แอนไฮไดรด์ (Acetic anhydride) ที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิตผลิตภัณฑ์ในทางอุตสาหกรรม จำนวน 15 ราย (จากจำนวนผู้รับอนุญาตทั้งสิ้น 16 ราย โดยที่ผู้รับอนุญาตฯ ผลิตแปรรูป 1 ราย ยังไม่มีการผลิต)

3. เก็บข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ผู้ดำเนินกิจการหรือผู้แทนของผู้รับอนุญาตฯ กลุ่มตัวอย่าง ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการขั้นตอนต่างๆ เกี่ยวกับอาเซติก แอนไฮไดรด์ ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์
4. วิเคราะห์ข้อมูลแยกตามวัตถุประสงค์ นำเสนอผลการศึกษาเชิงพรรณนาประกอบการวิเคราะห์

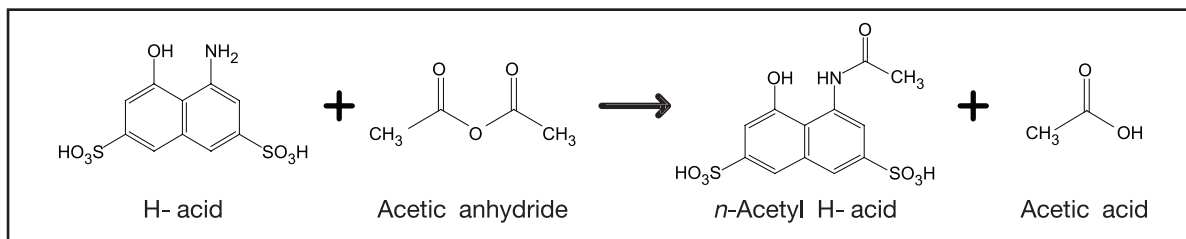
ข้อมูลเกี่ยวกับอาเซติก แอนไฮไดรด์ (Acetic anhydride)

(1) ข้อมูลทั่วไป (Reynold, 1989)

อาเซติก แอนไฮไดรด์ เป็นชื่อทางเคมีของสารที่มีสูตรโมเลกุลคือ $C_4H_6O_3$ หรือ $(CH_3CO)_2O$ มีคุณสมบัติเป็นของเหลวใส ไม่มีสี มีกลิ่นฉุนรุนแรงคล้ายน้ำส้มสายชู (strong acetic odor) ผลิตได้จากปฏิกิริยา dehydration ของ Acetic acid และ carbonylation ของ Methyl acetate

(2) การใช้ประโยชน์ทางอุตสาหกรรม

■ อุตสาหกรรมผลิตสีย้อม อาเซติก แอนไฮไดรด์ ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตสีย้อม ในขั้นตอนของการทำปฏิกิริยาเคมี Acetylation of H- acid (เรณู ลำไย, 2540) ดังรูปที่ 1 ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่มีการใช้สีย้อมในการผลิต เช่น เครื่องนุ่งห่ม เส้นด้าย กระดาษสี เครื่องหนัง ฯลฯ



รูปที่ 1 ปฏิกิริยา Acetylation of H - acid

■ อุตสาหกรรมผลิตเม็ดพลาสติก อาเซติก แอนไฮไดรด์ ใช้ในกระบวนการผลิต ABS Resin (Acrylonitrile Butadiene Styrene) และ SAN (Styrene Acrylonitrile) ซึ่งเป็นการทำปฏิกิริยา Polymerization ของ monomer คือ Acrylonitrile, Butadiene และ Styrene หรือ Styrene และ Acrylonitrile ในขั้นตอน Agglomeration ซึ่งเป็นการทำให้ rubber latex รวมตัวเกาะกัน ขั้นตอนนี้จะใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ เป็นวัตถุดิบสำคัญในการทำให้เกิดสถานะเป็นกรดเพื่อจะให้ได้ขนาด particle ตามที่ต้องการ (Brighton et al, 1979) ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ได้จากการใช้เม็ดพลาสติกในการผลิตได้แก่ เครื่องใช้ไฟฟ้า ชิ้นส่วนรถยนต์และรถจักรยานยนต์ อุปกรณ์เครื่องเขียน และภาชนะพลาสติกต่างๆ

■ อุตสาหกรรมผลิตแป้งแปรรูป แป้งแปรรูปที่เป็นแป้งอาซีเตต (starch acetate) ได้จากปฏิกิริยา Acetylation ระหว่างแป้งกับสารเคมีที่มีหมู่อาเซติล เช่น อาเซติก แอนไฮไดรด์ (Whistler et al, 1984) ดังรูปที่ 2 ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ได้จากการใช้แป้งแปรรูปในการผลิตมีทั้งในอุตสาหกรรมอาหาร เช่น ผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ ผงชูรส ใช้ผลิตกระดาษกาวในอุตสาหกรรมกระดาษ เคลือบเส้นด้ายในอุตสาหกรรมสิ่งทอ เป็นต้น

(2) การควบคุมอาเซติก แอนไฮไดรด์ ของประเทศไทย

อาเซติก แอนไฮไดรด์ มีการควบคุมตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 ลำดับที่ 1 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัตินี้บัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นรายๆ ไป โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตกำหนดไว้ในกฎกระทรวงฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ดังนั้น ผู้ที่ประสงค์จะใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในการผลิตผลิตภัณฑ์จึงต้องขออนุญาตให้ถูกต้องตามกฎหมายก่อน แล้วจึงดำเนินการตามที่ได้รับอนุญาตนั้น การดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาเซติก แอนไฮไดรด์ อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดังนี้

2.1 การขออนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 (อาเซติก แอนไฮไดรด์) เพื่อใช้ในทางอุตสาหกรรม มี 2 กรณี คือ

1) กรณีที่เป็นผู้ขออนุญาตรายใหม่ ผู้ขออนุญาตต้องมีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยคุณสมบัติของผู้รับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 พ.ศ. 2527 ลงวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2527 ต้องมีความพร้อมด้านสถานที่โดยตลอดกระบวนการผลิตที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ต้องเป็นระบบปิด (Closed system) คณะกรรมการจะพิจารณาจากความถูกต้องครบถ้วนของคำขอและเอกสารหลักฐานของผู้ขออนุญาต และประวัติการประกอบการของนิติบุคคลผู้ขออนุญาต รวมทั้งผู้ดำเนินการกิจการของนิติบุคคลนั้น ส่วนปริมาณอาเซติก แอนไฮไดรด์ ที่จะพิจารณาให้มีไว้ในครอบครอง คณะกรรมการมีเกณฑ์การพิจารณาจาก

- วิธีการวิเคราะห์และปริมาณการใช้ อาเซติก แอนไฮไดรด์ ที่เหมาะสม จะต้องได้รับการพิจารณาจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

- สถานที่เก็บอาเซติก แอนไฮไดรด์ ต้องได้รับการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติด

2) กรณีที่ผู้ขออนุญาตเคยได้รับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 4 อยู่แล้ว และประสงค์จะขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองฯ ต่อเนื่อง สามารถยื่นคำขอฯ สำหรับปีถัดไปก่อนใบอนุญาตที่มีอยู่สิ้นอายุหรือภายในเวลาที่กำหนดพร้อมเอกสารประกอบครบถ้วนถูกต้อง คณะกรรมการมีเกณฑ์การพิจารณาอนุญาตปริมาณการมีไว้ในครอบครองอาเซติก แอนไฮไดรด์ สำหรับปีต่อไป โดยพิจารณาการอนุญาตตาม Performance จากปริมาณการใช้จริงในปีที่ผ่านมาล่าสุด หากปริมาณที่ได้รับอนุญาตไว้ไม่เพียงพอที่จะใช้ในการผลิต สามารถยื่นคำขออนุญาตมีไว้ในครอบครอง อาเซติก แอนไฮไดรด์ เพิ่มเติมได้ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบคำขอฯ คณะกรรมการจะพิจารณาจากเหตุผล ความจำเป็น แผนการผลิต และพิจารณาตาม Performance จากปริมาณการใช้จริงในปีนั้น โดยอาจให้ตรวจสอบเพิ่มเติม หรือขอเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมจากผู้ขออนุญาตแล้วแต่กรณี

2.2 การขออนุญาตนำเข้าซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 (อาเซติก แอนไฮไดรด์) เพื่อใช้ในทางอุตสาหกรรม คณะกรรมการมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่ออนุญาตให้ผู้ประกอบการนำเข้า อาเซติก แอนไฮไดรด์ โดยไม่ต้องผ่านการจัดซื้อของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดังนี้

1) ตลอดกระบวนการผลิตที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ต้องเป็นระบบปิด (Closed System)

2) ผู้ขออนุญาตนำเข้าต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 (Acetic anhydride) ประจำปีนั้นๆ

3) เมื่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการอนุมติในหลักการให้มีการอนุญาตนำเข้าอาเซติก แอนไฮไดรด์ เพื่อใช้เป็นวัตถุดิบในกระบวนการผลิตได้ ผู้ขออนุญาตนำเข้าฯ ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดการนำเข้า และมาตรการควบคุมการใช้ Acetic anhydride ในอุตสาหกรรมตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

2.3 มาตรการควบคุมการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์

1) การนำเข้า: มีข้อกำหนดเกี่ยวกับลักษณะบรรจุของอาเซติก แอนไฮไดรด์ ที่นำเข้าซึ่งขณะนี้กำหนดให้เป็น Isotank แจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนวันที่จะนำเข้า เพื่อให้เจ้าหน้าที่เข้าตรวจสอบความถูกต้องของการนำเข้าเทียบกับเอกสารการนำเข้า

การจัดให้มีระบบควบคุมการขนย้ายอาเซติก แอนไฮไดรด์ จากด้านสู่การตลอดเส้นทางไปยังสถานที่ผลิต การควบคุม การถ่ายเทน้ำยา จาก Isotank เข้าสู่ถังเก็บ

2) การเก็บรักษา : ต้องจัดให้มีการเก็บน้ำ ยาอาเซติก แอนไฮไดรด์ ในถังเก็บที่มีความแข็งแรง ทนทาน และตั้งอยู่ในบริเวณที่มีการรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด

3) การควบคุมการใช้และการรายงาน : ผู้รับอนุญาตฯ ต้องแจ้งกำหนดการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ล่วงหน้ามายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่น้อย กว่า 7 วันก่อนที่จะผลิต ต้องจัดให้มีการควบคุมการรับ-จ่าย น้ำยาฯ ด้วยระบบคอมพิวเตอร์เข้าสู่กระบวนการผลิตโดย ตรงในระบบปิด (Closed system) โดยมีเจ้าหน้าที่กอง ควบคุมวัตถุเสพติดตรวจสอบการใช้อย่างเข้มงวด และต้อง จัดทำบัญชีรับ-จ่าย อาเซติก แอนไฮไดรด์ เสนอต่อเลขาธิการ คณะกรรมการอาหารและยาเป็นรายเดือน และรายปีตามที่ กฎหมายกำหนด โดยเจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติดจะ ทำการตรวจสอบระดับน้ำยาฯ ในถังเก็บของบริษัททุกๆ 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบกับปริมาณคงเหลือตาม รายงานการใช้ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าปริมาณอาเซติก แอนไฮไดรด์ คงเหลือ ตามรายงานการใช้ฯ ของผู้รับอนุญาตคลาดเคลื่อนไป บ้างจากปริมาณอาเซติก แอนไฮไดรด์ คงเหลือในถังเก็บ ทำ ให้บริษัทจำเป็นต้องขออนุมัติปรับยอดคงเหลือของอาเซติก แอนไฮไดรด์ ให้ตรงกับที่เจ้าหน้าที่ไปตรวจวัดได้จริง เพื่อนำ

ตัวเลขที่เป็นยอดคงเหลือฯ ตอนสิ้นปี ไปหักออกจากปริมาณ อาเซติก แอนไฮไดรด์ ที่ได้รับอนุญาตให้ครอบครองในปีถัดไป ซึ่งจะได้เป็นปริมาณอาเซติก แอนไฮไดรด์ ที่ผู้รับอนุญาตจะ สามารถนำเข้ามาใช้ได้ในปีถัดไปนั้นๆ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้รับอนุญาตนำเข้าและมีไว้ในครอบครองอาเซติก แอนไฮไดรด์ พบว่าในปัจจุบันมีการนำเข้าอาเซติก แอนไฮไดรด์ ไปใช้ในอุตสาหกรรม 4 ประเภท รวม 15 ราย โดยสัดส่วนการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ของ แต่ละบริษัท พบว่า มีสัดส่วนที่แตกต่างกันไปตั้งแต่ร้อยละ 1.5 จนถึงร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าในอุตสาหกรรมบาง ประเภทมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้อาเซติกดังกล่าวเป็น หลักในการผลิต ประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

(1) ข้อมูลการนำเข้าและปริมาณการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์

ข้อมูลที่ได้พบว่า ปริมาณการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2550 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ลดลง ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัจจัยทางธรรมชาติ ปัญหาเศรษฐกิจ การเมือง การขาดแคลนวัตถุดิบในการผลิต ฯลฯ สำหรับปี พ.ศ. 2552 ปริมาณการนำเข้าและการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์สูงขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2551 เล็กน้อย ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปริมาณการนำเข้าและการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในช่วงปี พ.ศ. 2548-พ.ศ. 2552

ข้อมูล	ปริมาณอาเซติก แอนไฮไดรด์ (กิโลกรัม)				
	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552
การนำเข้า	3,830,424	4,121,970	4,061,356	3,574,957	3,644,014
การใช้	3,887,577	4,078,322	4,141,887	3,537,463	3,565,652

หมายเหตุ * ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 ปริมาณการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ สูงกว่าปริมาณการนำเข้า เนื่องจากมีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ส่วนที่คงเหลือมาจากปีก่อนหน้าด้วย

** ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2548-2552

จากการศึกษาพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 ผู้รับอนุญาตที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ในกระบวนการผลิต โดยเฉลี่ยกว่าร้อยละ 30 จำเป็นต้องขออนุญาตมีไว้ในครอบครองอาเซติก แอนไฮไดรด์ เพิ่มเติมระหว่างปี เนื่องจาก ปริมาณที่ได้รับอนุญาตฯ ตอนต้นปีไม่เพียงพอต่อการใช้อย่างจริงจัง อีกทั้งปริมาณที่ขอครอบครองและได้รับอนุมัติให้ครอบครองเพิ่ม ในแต่ละปี ก็มีปริมาณเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

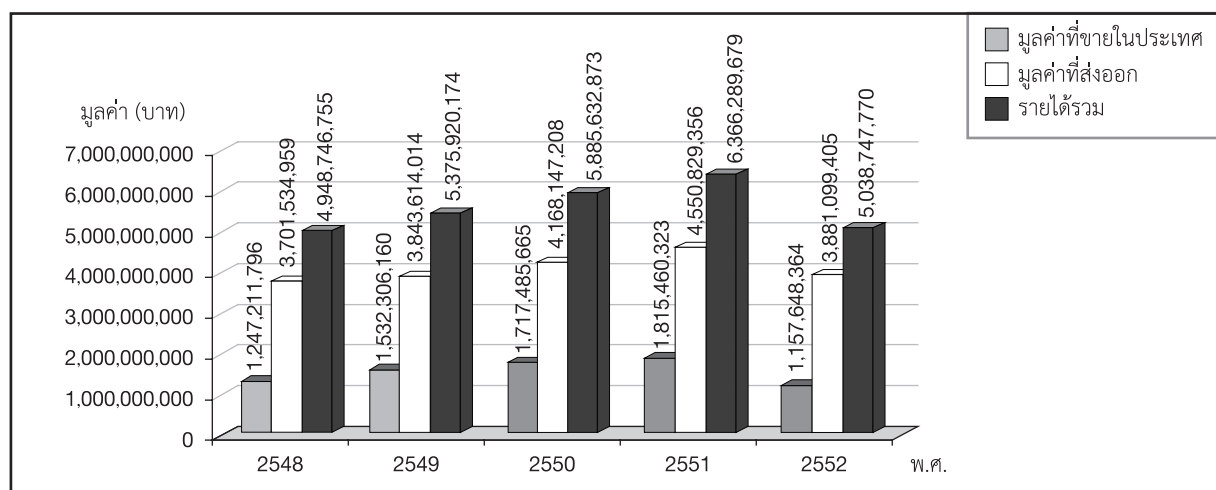
ตารางที่ 2 ข้อมูลการอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองอาเซติก แอนไฮไดรด์ เพิ่มเติมระหว่างปี ในช่วงปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	จำนวนผู้รับอนุญาต (ราย)	จำนวนผู้รับอนุญาตที่ขอครอบครองเพิ่ม (ราย)	จำนวนครั้งที่ขอครอบครองเพิ่ม	ร้อยละของผู้รับอนุญาตที่ขอครอบครองเพิ่ม	ปริมาณที่ได้รับอนุมัติให้ครอบครองเพิ่ม (กิโลกรัม)
2548	13	5	5	38.5	147,925
2549	14	6	6	42.8	187,664
2550	15	3	3	20.0	268,200
2551	15	5	6	33.3	298,500
2552	16	6	8	37.5	303,662

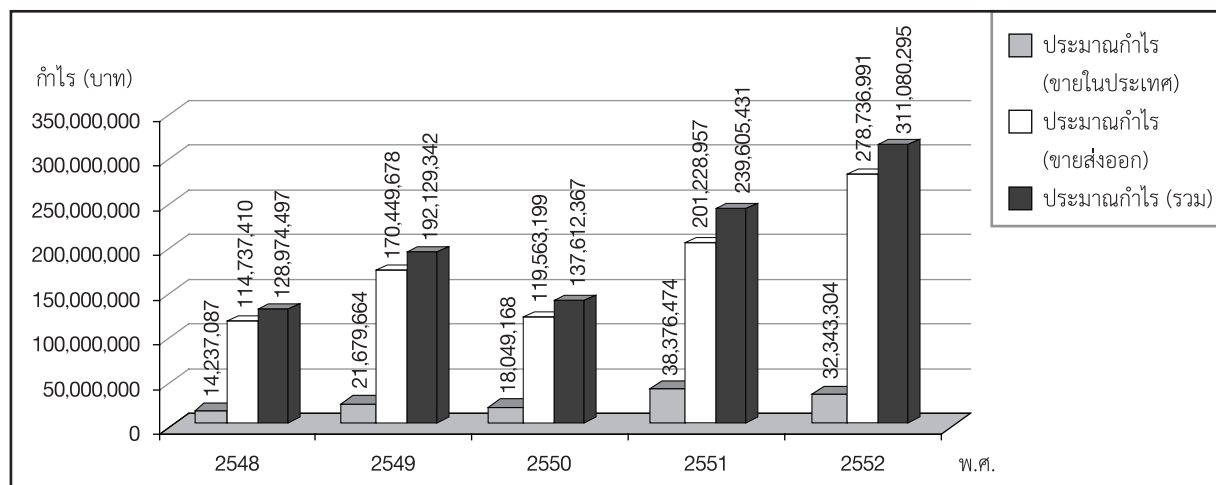
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2548-2552

(2) มูลค่าการส่งออกผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิต

จากการศึกษาพบว่า ผลิตภัณฑ์ที่ใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิต สามารถสร้างรายได้ให้แก่ประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการส่งออก ซึ่งที่ผ่านมาพบว่ามูลค่าการส่งออกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ยกเว้นในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งอาจเป็นเพราะผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ สำหรับข้อมูลในส่วนของผลกำไรพบว่า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาตัวเลขผลกำไรจากการขายในประเทศและการส่งออกส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงไว้ในรูปที่ 6 และรูปที่ 7 ตามลำดับ



รูปที่ 6 มูลค่าการขายในประเทศและการส่งออกผลิตภัณฑ์ที่ใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิต ในปี พ.ศ. 2548-พ.ศ. 2552



รูปที่ 7 ผลกำไรจากการขายในประเทศและการส่งออกผลิตภัณฑ์ที่ใช้อาเซติก แอนไฮไดรด์ ในกระบวนการผลิต ในปี พ.ศ. 2548-พ.ศ. 2552

(3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ ในอุตสาหกรรม

กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ ในอุตสาหกรรมเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง เหตุผลคือ มีความปลอดภัยจากการใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ ในอุตสาหกรรม การผลิตอาหาร เช่น แป้งแปรรูป ซึ่งเดิมใช้สารอื่นที่อาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ในอุตสาหกรรมการผลิตสีย้อมพบว่า การใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ ทำให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีกว่า นอกจากนี้ในผลิตภัณฑ์บางชนิดจำเป็นต้องใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ เพราะมีความจำเพาะของสูตรที่ใช้ในการผลิต และที่สำคัญยังเป็นการส่งเสริมอุตสาหกรรมในประเทศ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดธุรกิจต่อเนื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้วย

(4) ความคิดเห็นต่อการควบคุมกำกับดูแลอาเซติก แอนไฮไดรต์ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปัจจุบัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการควบคุมกำกับดูแลอาเซติก แอนไฮไดรต์ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปัจจุบันค่อนข้างมีความเหมาะสมแล้ว และเข้าใจดีว่าสารเคมีดังกล่าวเป็นสารที่จำเป็นต้องควบคุม ขณะที่บางส่วนเห็นว่า หากเพิ่มการควบคุมให้เข้มงวดยิ่งขึ้นกว่านี้ ก็จะเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเพิ่มภาระงานมากเกินไป

(5) ความคิดเห็นต่อปัญหาและอุปสรรคในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์

กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการประมาณการใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ เพื่อขอโควตาการครอบครอง ซึ่งทำได้ค่อนข้างยากเพราะโดยปกติลูกค้าจะไม่สั่งซื้อสินค้าล่วงหน้าเป็นเวลานาน การอนุมัติโควตาต่ำกว่าที่เสนอขอทำให้ต้องขออนุมัติโควตาเพิ่มระหว่างปี ซึ่งมีความยุ่งยากในการจัดเตรียมเอกสารและความล่าช้าในการอนุมัติทำให้เสียโอกาสทางการค้า ความเร่งด่วนในการขออนุญาตนำเข้าเพราะปัจจุบันอาเซติก แอนไฮไดรต์ ส่วนใหญ่ขนส่งมาจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการขนส่งน้อยมากจึงอาจทำให้ได้รับใบอนุญาตนำเข้าไม่ทัน ความยุ่งยากในการส่งออกกรณีสินค้ามีปัญหา การรายงานด้วยระบบออนไลน์มีปัญหาการเข้าระบบ และการเรียกดูข้อมูล รวมทั้งปัญหาความคลาดเคลื่อนของยอดค้าคงเหลือ

(6) ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา

กลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ ให้มีการขออนุญาตแบบออนไลน์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ขอให้มีการประมาณการใช้โดยเผื่อการเติบโตทางธุรกิจ เสนอให้มีระบบการตั้งโควตาสำรองเพื่อลดปัญหาความล่าช้าในการขอโควตาเพิ่มระหว่างปี เสนอขอปรับเอกสารประกอบการขออนุญาตนำเข้าจากที่ใช้ใบ invoice เป็นใช้ confirmation order แทน และขอให้ความชัดเจนในการพิจารณาเรื่องความคลาดเคลื่อนของปริมาณอาเซติก แอนไฮไดรต์ คงเหลือเพื่อปรับยอดคงเหลือฯ ตอนต้นปี นอกจากนี้ยังเสนอให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบการตรวจปล่อยอาเซติก แอนไฮไดรต์ ผ่านทางกล้อง CCTV ที่จะถ่ายทอดภาพจากถังบรรจุที่โรงงาน เสนอให้มีการจัดระดับกลุ่มผู้รับอนุญาตฯ เพื่อปรับระดับการควบคุม และสนับสนุนให้บริษัทผู้จัดหาอาเซติก แอนไฮไดรต์ มาลงทุนตั้งฐานในประเทศไทย

สรุปผล วิจัย ผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงข้อมูลปริมาณการนำเข้าและการใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ในกระบวนการผลิตผลิตภัณฑ์ทางอุตสาหกรรมในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งมูลค่าการขายผลิตภัณฑ์เหล่านี้ สามารถสร้างรายได้ให้แก่ประเทศเป็นอย่างมากทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะการส่งออกไปขายต่างประเทศ นอกจากนี้ยังได้รับทราบมุมมองและความคิดเห็นของผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง อาเซติก แอนไฮไดรต์ ที่มีต่อปัญหาและอุปสรรคในการใช้อาเซติก แอนไฮไดรต์ เพื่อการผลิตผลิตภัณฑ์ทางอุตสาหกรรม ภายใต้ระบบการควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้งข้อเสนอแนะถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว โดยส่วนใหญ่เห็นว่าการตรวจสอบและการกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีความเหมาะสมแล้ว แต่การอนุมัติปริมาณการครอบครองอาเซติก แอนไฮไดรต์ ตามเกณฑ์ที่ใช้อยู่มีผลกระทบอย่างยิ่งต่อการวางแผนธุรกิจ การต้องขอเพิ่มปริมาณ การครอบครองระหว่างปี ทำให้เกิดความยุ่งยากและอาจเสียโอกาสทางการค้าซึ่งส่งผลเสียต่อธุรกิจ

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า มุมมองของภาคเอกชนมีความต่างไปจากมุมมองของภาครัฐ โดยที่ภาครัฐมุ่งเน้นที่การควบคุมเข้มงวด โดยเฉพาะการอนุมัติปริมาณการครอบครองอาเซติก แอนไฮไดรต์ ที่ใช้เกณฑ์การพิจารณา

อนุเมติตามปริมาณการใช้จริงที่ผ่านมา ด้วยเกรงว่าจะมีการรั่วไหล ไปใช้ในทางที่ผิด ขณะที่ภาคเอกชนมองว่าธุรกิจต้องมีความเติบโต การประมาณการใช้ยาเสพติด แอนไฮโดรด์ จำเป็นต้องเผื่อการเติบโตทางธุรกิจโดยคาดว่าจะผลิตและขายผลิตภัณฑ์ได้มากขึ้น การจำกัดปริมาณยาเสพติด แอนไฮโดรด์ที่อนุเมติทำให้ขาดความมั่นใจในการตอบรับลูกค้า บางครั้งต้องยอมเสียลูกค้าไปเพราะไม่แน่ใจว่าปริมาณที่ขอครอบครองเพิ่มกลางปีจะได้ตามที่ขอหรือไม่ และได้ทันเวลาที่จะใช้ผลิตเพื่อส่งมอบผลิตภัณฑ์ตามกำหนดหรือไม่ ประเด็นนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ภาครัฐและภาคเอกชนควรมีการหารือทำความเข้าใจ และร่วมหาทางแก้ไขต่อไป

ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการนำยาเสพติด แอนไฮโดรด์ ไปใช้ในการผลิตผลิตภัณฑ์ทางอุตสาหกรรมของผู้รับอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 (ยาเสพติด แอนไฮโดรด์) ภายใต้ระบบการควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้จากผลการศึกษาในครั้งนี้ เป็นที่คาดหวังว่าจะมีโอกาสได้รับการแก้ไข หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องจึงควรรับความคิดเห็นจากมุมมองของภาคเอกชนไว้พิจารณา ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการนำไปวิเคราะห์ เพื่อประเมินและวางแผนแนวทางกำหนดมาตรการควบคุมการใช้ยาเสพติด แอนไฮโดรด์ มิให้รั่วไหลออกนอกระบบ โดยให้ธุรกิจที่ถูกต้องตามกฎหมายได้รับผลกระทบน้อยที่สุด อันจะเป็นการส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตของประเทศ เพิ่มมูลค่าการส่งออก ส่งผลให้นโยบายแก้ไขปัญหายาเสพติดของรัฐบาลได้รับการตอบสนองจากหน่วยงานของรัฐอย่างเต็มที่ต่อไป อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้จากความคิดเห็นเฉพาะในแง่ของภาคเอกชน ดังนั้น หากมีจะทำการศึกษาเพิ่มเติมเสนอให้ศึกษาข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ของภาครัฐที่เกี่ยวข้องอีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนเพิ่มเติมมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

1. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2547). รวมกฎหมายยาเสพติดให้โทษ ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
2. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2531). รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ครั้งที่ 119-6/2531 ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 17 มิถุนายน พ.ศ. 2531.
3. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2548). รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ครั้งที่ 265-9/2548 ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 26 ธันวาคม พ.ศ. 2548.
4. แก้วตา พันธธุโร. (2544). มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมสารตั้งต้นและเคมีภัณฑ์จำเป็นที่ใช้ในการผลิตยาเสพติด : กรณีศึกษาความร่วมมืออนุภูมิภาคระหว่างประเทศลาว ประเทศพม่า และประเทศไทย. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. เรณู ลำไย. (2540). แนวทางการพัฒนาระบบควบคุมยาเสพติดให้โทษในประเภท 4. เอกสารวิชาการ. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
6. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2546). คู่มือเกี่ยวกับการตรวจสอบเบื้องต้นสารตั้งต้น และเคมีภัณฑ์จำเป็นที่ใช้ในการลักลอบผลิตวัตถุเสพติด. หน้า 9-11. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
7. Brighton, C.A., Pritchard, G. and Skinner, G.A. (1979). Styrene polymers : Technology and environmental aspects. pp. 70-72. London : Applied science Publishers
8. Jeffers, Joe. (2002). Acetaminophen : The Acetylation of p-Aminiphenol. pp 2-3. Arkansas : Wadsworth Group.
9. Palleros, Daniel R. (2000). Experimental Organic Chemistry. pp. 494. New York : John Wiley & Sons.
10. Reynold, Janes E.F. (1989). Martindale The Extrapharmacopoeia. Twenty-ninth Edition. pp. 49. London : The pharmaceutical press.
11. Whistler, Roy L., Bemiller, James N. and Paschall, Eugene F. (1984). STARCH : Chemistry and Technology. 2nd eds. pp. 325. New York : Academic Press.
12. United Nations. (1991). United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988. Austria : United Nations.
13. Wurzburg, O.B. (1986). Modified Starches : Properties and Uses. pp. 44. Florida : CRC Press.





NEW

ดร.ณิ หมูขจรพันธ์

นักวิชาการอาหารและยาเชี่ยวชาญ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เกริ่นนำ

บทความคอลัมน์ “มรดกวิชาการ จากรุ่นสู่รุ่น” ที่น้องกองแผนงานและวิชาการได้ขอให้ช่วยเขียนและถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การทำงาน ทำให้ดิฉันนั่งตรึงตรองอยู่ว่าจะเขียนอะไรดี ที่ให้ตรงกับชื่อของคอลัมน์ ด้วยเหตุที่ปกติตัวเองจะนัดเขียนในลักษณะทางวิชาการมากกว่าในลักษณะเล่าประสบการณ์แบบนี้ จึงต้องอาศัยอารมณ์และช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อจับปากกาเล่าสู่กันฟัง

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเดือนตุลาคม 53 มีวันหยุดต่อเนื่องกัน 3 วัน จึงมีความรู้สึกว่าได้ฤกษ์สำหรับตัวเองที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จเพื่อส่งบทความนี้ให้กองแผนงานและวิชาการ ถึงแม้ว่า จะไม่มีเนื้อหาของวิชาการล้วนๆ แต่คิดว่าจะให้ข้อมูลแนวทางในการทำงานแก่น้องๆ ได้ไม่มากนัก

ช่วงเริ่มต้นรับราชการที่อย.

หลังจากจบการศึกษาที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์การอาหาร ก็คิดว่าอยากทำงานวิจัยหรืองานในห้องปฏิบัติการ (Lab) แต่ชีวิตก็ผกผันได้มาสอบและบรรจุเข้ารับราชการที่ อย. ซึ่งในขณะนั้นเพิ่งแยกจากกองอาหารและยา เป็นกองควบคุมอาหาร และกองควบคุมยา กองควบคุมอาหาร มี ภก.ธีระ ศตะสุข เป็นผู้อำนวยการกอง หัวหน้าที่มีโอกาสใกล้ชิดและเรียนรู้งานท่านแรกคือ ภญ. จงกล เจริญพานิช ได้ทำงานด้าน pre-market คือควบคุมสถานที่นำเข้าและผลิตอาหารทั่วประเทศ ตั้งแต่การร่างหนังสือราชการ การพิจารณาแบบแปลนสถานที่นำเข้าและผลิตอาหาร ตลอดจนสาระสำคัญของกฎหมาย ซึ่งขณะนั้น

ยังเป็นพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหาร พ.ศ. 2507 หลักเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาในการอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2507) การตรวจสอบสถานที่นำเข้าและผลิตอาหารทั่วประเทศ ซึ่งต่อมาพระราชบัญญัติอาหารฉบับดังกล่าวได้แก้ไขเป็นฉบับใหม่ เป็นพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และยังใช้มาจนถึงปัจจุบัน

เมื่อทำงานใหม่ๆ ต้องเรียนรู้ระบบการทำงานทุกอย่างในฝ่ายสถานที่ ตั้งแต่รับ-ส่งเรื่อง ซึ่งเป็นหน้าที่ของธุรการในปัจจุบัน แต่ในช่วงนั้นต้องทำเองทุกอย่าง ซึ่งตัวเองถือว่าเป็นกำไรชีวิตที่ได้เรียนรู้งานทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงนักวิชาการอย่างเดียว ที่จงกลได้มอบหมายให้จัดทำเกณฑ์การพิจารณาสถานที่เบื้องต้น รวมทั้งทำการเครื่องมือ เครื่องจักร และ

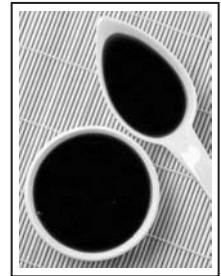
อุปกรณ์การผลิตของอาหารประเภทต่างๆ และได้ใช้วิชาการด้าน processing ที่ร่ำเรียนมาปรับใช้ให้เหมาะสม ซึ่งเป็นที่มาของหลักเกณฑ์ Minimum Requirements และรายการเครื่องมือ เครื่องจักร และอุปกรณ์การผลิตอาหารหลายประเภท ที่นำมาบังคับใช้เป็นกฎหมายในปัจจุบัน

ช่วงเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์การทำงาน

เมื่อรับราชการมาช่วงหนึ่ง หัวหน้าอิสระได้ให้โอกาสไปสอบชิงทุนโคลัมโบ โดยผ่านกรมวิเทศสหการไปศึกษาต่อด้าน Food Technology ที่ Massey University ประเทศ New Zealand ซึ่งมีระบบการเรียนที่ต่างไปจากประเทศไทย และเรียนหนักมาก ต้องยอมรับว่าช่วยบ่มนิสัยด้านการอดทน รักการอ่าน รักการเรียนรู้ ค้นคว้า และการปรับตัวเองได้อย่างมากมาย และเพิ่มพูนประสบการณ์หลายๆ ด้านที่นำมาใช้ในการทำงานหลังจากกลับมาที่อย. แล้ว โดยเฉพาะการทำวิทยานิพนธ์ (dissertation) ในเรื่องหลักการ HACCP ในการผลิตอาหารก่อนกลับประเทศไทย เป็นผลให้ท่าน ศ.ดร. ภัคดี โพธิ์ศิริ ผู้อำนวยการกองควบคุมอาหารในขณะนั้น สนใจบทความของดิฉันที่เขียนที่กองควบคุมอาหาร และสนับสนุนให้ดิฉันถ่ายทอด และเรียนรู้เรื่องนี้สู่บุคลากรของ อย. ในลำดับต่อมา นับว่าเป็นการนำหลักการ HACCP มาใช้เป็น Voluntary basis ของ อย. เป็นครั้งแรก โดยออกเป็นประกาศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ต่อมา อย. และ สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) จึงได้ทำ MOU ในการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารร่วมกัน เพื่อออกไปรับรองให้ผู้ประกอบการที่มีความประสงค์จะเข้า ระบบดังกล่าว ดังนั้น ระบบ Quality Assurance ในส่วนของ HACCP ที่อย. นำมาใช้พัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตาม หลักการของสากล จึงได้เริ่มต้นจากช่วงนั้น และปัจจุบันกองควบคุมอาหารกำลังจะนำหลักการของระบบ HACCP มาปรับ ให้เป็นกฎหมายในลักษณะ Mandatory basis สำหรับอุตสาหกรรมประเภทแช่เยือกแข็งเป็นลำดับแรก

และในช่วงนี้ดิฉันได้มีโอกาสไปร่วมตรวจประเมินกับเจ้าหน้าที่ USFDA ที่มาประเทศไทยเพื่อตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารส่งออก US. หลายครั้ง ทำให้ได้เรียนรู้เพิ่มเติมเทคนิคการตรวจประเมินสถานที่ผลิตที่เข้มข้น มีระบบแบบแผนที่ดีมาก ซึ่งต้องเป็นไปตามกฎหมายใน CFR ที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มงวด

นอกจากนั้นก็ยังเป็นช่วงที่กองควบคุมอาหารได้ทำโครงการพัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตาม GMP สากล ซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุมมากขึ้น ในรูปแบบของการปฏิบัติโดยสมัครใจ ดิฉันได้รับมอบหมายจากพี่จกในการดำเนินการโครงการร่วมกับน้องๆ กองควบคุมอาหาร ในช่วงนั้นได้มีการจัดทำ GMP สำหรับอาหารประเภทต่างๆ เช่น อาหารที่มีความเป็นกรดต่ำและปรับสภาพกรด น้ำปลา ซีอิ๊ว เครื่องดื่ม น้ำบริโภค ไอศกรีม อาหารแช่เยือกแข็ง กว๊านเตี่ยว เป็นต้น ดังนั้นดิฉันได้มีโอกาสเก็บเกี่ยวประสบการณ์ในการทำงานมากที่สุดในการตรวจประเมินสถานที่ผลิตทั่วประเทศ มีความรู้จากการได้พบเห็นการผลิตจริงกับทฤษฎีว่าเป็นอย่างไร การตัดสินใจเมื่อประสบปัญหาเฉพาะ



หน้าในสถานที่ผลิต ทั้งด้านกฎหมายและวิชาการ การวางแผนเป็นตัวอย่าง และการสอนงานแก่น้องๆ ที่ไปตรวจด้วยกัน

ช่วงการเป็นผู้บริหารระดับผู้อำนวยการกองควบคุมอาหาร

โดยตัวตอนที่แท้จริงแล้ว ดิฉันรักการเป็นนักวิชาการมากกว่าเป็นผู้บริหาร แต่เมื่อเลขาธิการ อย. ในขณะนั้น (นพ. มงคล ณ สงขลา) ให้โอกาสและได้สนับสนุนให้ดิฉันมารับตำแหน่งผู้อำนวยการกองควบคุมอาหาร ซึ่งนับเป็นผู้ว่าการการกองควบคุมอาหารคนแรกของอย. ที่มาจากสายอาหาร และตรงกับวิชาชีพที่ศึกษามา สอดคล้องกับ Career Path ของ กพ. ที่กำหนดให้บุคคลควรเติบโตจากสายงานที่ศึกษาและทำงานอยู่

การเป็นผู้ว่าการกองควบคุมอาหาร นับว่าเป็นงานหนัก ซึ่งต้องผสมผสานระหว่างงานบริหารและงานวิชาการ เนื่องจากงานด้านอาหารมีความหลากหลายมากเกี่ยวข้องกับกฎหมายและหน่วยงานราชการและองค์กรระหว่างประเทศมากมาย มีมิติที่เกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐานความปลอดภัยและโภชนา การรวมทั้งมีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว เช่น โรคคว่ำบ้า dioxin และ GMO ซึ่งเป็นประเด็นด้านความปลอดภัยอาหารไปทั่วโลก และส่งผลกระทบต่ออย. ทั้งทางตรงและทางอ้อม และอย. ต้องมีมาตรการทางกฎหมายและอื่นๆ ออกมาคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศอย่างเร่งด่วน นอกจากนั้น ต้องรับงานด้านนโยบายจากผู้บริหารทุกระดับ

ต้องประสานสัมพันธ์กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ทั้งภายใน-ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข แต่ดิฉันถือว่าเป็นการโชคดีที่มีโอกาส เรียนรู้งานอีกมิติหนึ่ง และเป็นการสร้างงานของกองควบคุมอาหารให้ครอบคลุมทุกด้าน ไม่ใช่สนใจแต่เฉพาะงานที่ถนัด รวมทั้งการครองตน-ครองคน ในฐานะผู้บริหาร ซึ่งดิฉันคิดว่าทฤษฎีผู้บริหารที่ดีมีให้ศึกษาได้ แต่ความจริงใจเป็น สิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้เรามีเพื่อนมีที่มั่นองได้ไม่ว่าเราจะอยู่ในสถานะใดก็ตาม

ช่วงเป็นผู้อำนวยการกองมีนโยบายจากผู้บริหาร ให้ปรับเปลี่ยนการควบคุมอาหาร คือการผลักดันให้ระบบ GMP เป็นกฎหมายและมีสารบบอาหาร (เลข 13 หลัก) ครั้งแรกของประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของสากล ที่ให้ความสำคัญของสถานที่ผลิตมากกว่าผลิตภัณฑ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ประกอบการที่ผลิต-นำเข้าอาหาร รวม 54 ประเภท รวมทั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ต้องทำความเข้าใจในระบบใหม่ กองควบคุมอาหารต้องเตรียมการรองรับระบบดังกล่าวอย่างเป็นขั้นตอน

เช่น การออกกฎหมาย การวางแผนจัดการขออนุญาตทั้งผู้ประกอบการ รายเก่า-รายใหม่ การจัดทำคู่มือ แนวทางการตรวจ การอบรมบุคลากรทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการทั่วประเทศ การสร้างเครือข่ายนักวิชาการ-สถาบันการศึกษา เพื่อถ่ายทอดงานวิชาการให้เข้าถึงผู้ประกอบการทุกระดับ การประชาสัมพันธ์ ให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งล้วนแต่เป็นภาระของกองควบคุมอาหารทั้งหมด นับว่าเจ้าหน้าที่ของกองควบคุมอาหารที่เป็นหลักของงาน pre งาน post และงานพัฒนา ได้ช่วยกันทำงานจนภารกิจได้ลุล่วงไปด้วยดี



ช่วงเป็นนักวิชาการเต็มตัว

ดิฉันได้ผ่านช่วงชีวิตของการเป็นผู้บริหารระดับกอง จนมาดำรงตำแหน่งเป็นนักวิชาการระดับเชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ค่อนข้างนานกว่า 8 ปี ได้ทำหน้าที่ต่างๆ ตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมายให้อย่างเต็มกำลัง เต็มที่ตามความสามารถและประสบการณ์ที่ได้สะสมมาตลอดในช่วงระยะเวลา 35 ปี การเป็นนักวิชาการจะต้องมีความรู้จากการอ่าน การศึกษา ในงานด้านต่างๆ ทั้งเรื่อง เก่า-เรื่องใหม่ มีความรอบคอบละเอียดถี่ถ้วนในการทำงาน สามารถเสนอแนะแนวทางเป็นที่ปรึกษาหรือแก้ไขปัญหาวางวิชาการ โครงการวิจัยต่างๆ รวมทั้งงานทางด้านบริหารบางส่วนให้กับน้องๆ กองควบคุมอาหารได้ นักวิชาการของกองควบคุมอาหารจึงมักจะเก็บเอกสารเก่าๆ ไว้ ถึงแม้บางช่วงจะไม่มีโอกาสนำมาใช้ แต่จากการเรียนรู้จะทราบว่าสักวันเอกสารที่ได้เก็บไว้จะได้นำมาใช้ประโยชน์แน่นอน

ในช่วงการทำงาน ดิฉันคิดอยู่เสมอว่า ออย.เป็นองค์กรที่ให้โอกาส ให้หลายสิ่งหลายอย่างให้แนวคิด มุมมอง ทักษะ ด้านอาหารในมิติของการคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ได้ เรียนรู้การพัฒนางานเชิงระบบ ที่หลายคนในองค์กรอื่นไม่มีโอกาส และได้ทำงานกับผู้บังคับบัญชาหลายระดับมากมายหลายท่าน ซึ่งมีบุคลิกรูปแบบการบริหาร แนวทางการทำงานที่แตกต่างกัน

แต่ทุกท่านก็หวังผลในความสำเร็จของภาพรวม ตามแต่ช่วงระยะเวลาที่มาเป็นผู้บริหารของออย. ซึ่งดิฉันมีความประทับใจและได้นำมาใช้เป็นแบบอย่างในการทำงานมาโดยตลอด

ดิฉันสามารถพูดได้อย่างเต็มปากเต็มคำว่า มี ความสุขตลอดช่วงเวลา ที่ทำงานใน ออย. เพราะ ออย. เป็น “บ้านของเรา” นั่นเอง





พรพรรณ สุนทรธรรม

กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. เป็นที่คุ้นเคยกับพวกเราหลายๆ คน นับตั้งแต่ **นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี** ประกาศเป็นนโยบายรัฐบาลที่จะปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย ด้วยการยกระดับและพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ โดยจะยกระดับสถานีอนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขจากการรักษาเป็นการส่งเสริมสุขภาพประชาชน อย่างมีประสิทธิภาพ และสะดวกรวดเร็ว ให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างทั่วหน้า

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทุ่มเทหลายๆ ด้าน เพื่อให้ รพ.สต. เป็นที่พึ่งของชุมชนได้อย่างแท้จริง โดยมีเป้าหมายจะยกระดับสถานีอนามัยจำนวน 9,750 แห่ง เป็น รพ.สต. ทั้งหมดภายในปี 2554 นอกจากนั้น นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขยังได้ประกาศภารกิจ 5 ด้าน ที่ รพ.สต. จะต้องทำไปพร้อมๆ กัน ได้แก่ (1) ส่งเสริมสุขภาพ (2) รักษาพยาบาล (3) ควบคุมป้องกันโรค (4)ฟื้นฟูสุขภาพ และ ภารกิจที่ 5 คือ คุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งทั้ง 5 ภารกิจมีความสำคัญ และ มีความครอบคลุมที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี

ในช่วงที่ผ่านมาสถานีอนามัยหรือที่กำลังจะยกระดับเป็น รพ.สต. ซึ่งเป็นสถานบริการด้านสาธารณสุขที่ใกล้ชิดชุมชน มีการดำเนินงานทั้ง 5 ภารกิจ มากน้อยแตกต่างกัน โดยเน้นหนักที่ 4 ภารกิจแรก ซึ่งเป็นเสมือนงานหลักที่สถานีอนามัยหรือ รพ.สต. ได้ทำมาตลอดอย่างต่อเนื่อง

การประกาศให้ “งานคุ้มครองผู้บริโภค” หรือ หมายถึง งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (งาน คบส.) เป็นภารกิจของ รพ.สต. หลายท่านอาจเข้าใจว่าเป็นงานใหม่ แต่โดยความเป็นจริงแล้ว สถานีอนามัย หรือ รพ.สต. มีการทำงานด้านอาหารปลอดภัย โดยเฉพาะการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารที่จำหน่ายในชุมชนมาตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินงาน “โครงการอาหารปลอดภัย (Food

Safety)” ดังนั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำงาน คบส. ของ รพ.สต. จึงได้หาโอกาสพูดคุยกับบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ คือ ผู้อำนวยการ รพ.สต. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นที่มาของเรื่องเล่า “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. กับงาน คบส.” ในครั้งนี้

บุคคลแรกที่พูดคุยกัน คือ ผอ. สมัย สุขหมั่น ผอ.รพ.สต.สะกาด ตำบลสะกาด อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

จากสถานีอนามัยสะกาด ยกกระดับเป็น รพ.สต. สะกาดในปีงบประมาณ 2552 ผอ.สมัยได้เล่าประสบการณ์การทำงาน คบส. ที่น่าสนใจหลายประเด็น



เปิดประตูสู่ อย.

- จากภารกิจที่ รพ.สต. ต้องทำ เมื่อคิดเป็นเนื้องาน จะเห็นว่ามากมาย และต้องถือว่า สถานื่อนามัย หรือ รพ.สต. มีความเป็นมืออาชีพ ที่สามารถสร้างเครือข่ายการทำงานที่สำคัญมาก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. นั่นเอง อสม. 135 คน ในตำบลสะกาด เป็นเครือข่ายที่สำคัญ ผอ.สมัยเล่าว่าจะประชุมพบปะพูดคุยกันเดือนละครั้ง การอบรม อสม.ใช้หลักว่าต้องลงมือจริง โดยนำทีม อสม. ลงพื้นที่เรียนรู้และปฏิบัติการตรวจสอบในพื้นที่ อสม. เป็นกำลังสำคัญและทำงานร่วมกับ รพ.สต. เพื่อให้ชุมชนปลอดภัย สมกับสโลแกนที่ว่า “อสม. พลังยิ่งใหญ่คนไทยปลอดภัยบริโภค” นอกจากนั้น ผอ.สมัย ยังมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาต่อยอด อสม. ให้เป็น อสม.เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อชุมชนอีกด้วย

- รพ.สต. สะกาดจะสำรวจร้านค้าในเขตรับผิดชอบ และจัดทำฐานข้อมูลผู้ประกอบการหรือร้านค้าในพื้นที่ซึ่งมีการสำรวจและตรวจสอบเป็นประจำทุกปี ที่น่าสนใจ คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ให้การสนับสนุน ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องดีที่ อบต. จะได้ทราบข้อมูลสถานประกอบการในพื้นที่ และอาจนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการทำงานให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน

- การให้ความรู้ผู้ประกอบการทั้งร้านค้า ร้านชำ แผงลอย ทั้งด้านอาหารและผลิตภัณฑ์ที่ขาย

- งานตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ การตรวจสอบด้านอาหารเป็นงานปกติที่ทำอยู่แล้ว ผอ. สมัยเล่าถึงงานตรวจสอบที่สำคัญและภูมิใจที่สามารถลดปัญหาได้ คือ การตรวจพบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อันตรายในชุมชน โดยเฉพาะยาชุดซึ่งถือว่าเป็นเรื่องรุนแรง แต่ด้วยความที่อยู่มานานถึง 10 ปี มีความคุ้นเคยกับพื้นที่ และได้รับความไว้วางใจ สามารถจัดการปัญหาโดยให้ร้านค้าส่งมอบเพื่อทำลาย ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี และแน่นอนที่สุด คือ มีการเฝ้าระวังตรวจ

สอบซ้ำว่าไม่มีการนำมาขายอีก เรื่องแบบนี้ นอกจากบาร์มีแล้ว ยังต้องมีเทคนิคการตรวจสอบที่เท่าทันอีกด้วย

- ในช่วงที่ผ่านมีเรื่องเร่งด่วนหลายเรื่อง โดยเฉพาะ เรื่องการติดตาม ตรวจสอบ นมปนเปื้อนเมลามีน รวมทั้ง ผลิตภัณฑ์ที่มีนมเป็นส่วนผสมที่อาจปนเปื้อนเมลามีนในพื้นที่ เป็นเรื่องที่กระทบต่อเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เมื่อได้รับข้อมูลจากอำเภอ และ จังหวัด จะประสานเครือข่ายตรวจสอบในพื้นที่ทันที

- ถือหลักทำงานต้องวิ่งให้ทันกับปัญหา และตัดไฟแต่ต้นลม ที่เห็นได้ชัดเจน คือ ไม่อนุญาตให้รถเร่เข้ามาโฆษณาขายยา เพราะหากอนุญาต ก็เท่ากับเปิดประตูรับปัญหาเข้ามาในพื้นที่ และจะต้องตามแก้ไม่รู้จบ

- ทำงานอย่างไรให้สำเร็จ ผอ.สมัย อธิบายได้ทันทีว่า จะต้องเป็นไปตามความต้องการของชาวบ้านหรือชุมชน วิธีการที่ใช้เป็นประจำ คือ ทุกปี จะทำประชาคมทุกหมู่บ้าน ค้นหาปัญหา คอยกัน ลำดับความสำคัญแต่ละเรื่อง และแน่นอน ต้องช่วยกันคิด วางแผน และช่วยกันแก้ไขปัญหา

- การใช้ประโยชน์จากกองทุนสุขภาพตำบลไม่ใช่เรื่องยาก เรื่องที่บรรลุใจแล้ว คือ การพัฒนานักเรียน อย.น้อย ให้มีความรู้ในการเลือกซื้อ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ และที่สำคัญ คือ เป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง งานนี้ต้องทำต่อเนื่องเพราะกลุ่มเป้าหมายนักเรียน อย.น้อยจะเปลี่ยนไปเนื่องจาก มีการเลื่อนชั้นทุกปี แม้จะเป็นงานที่ต้องทำทุกปี แต่ไม่รู้สึกเบื่อ เพราะการปลูกฝังเด็ก ทำงานกับเด็ก นอกจากจะสนุกสนาน มีชีวิตชีวาแล้ว ยังเป็นความหวังในอนาคตอีกด้วย เหนื่อยแค่ไหนก็ไม่หวั่น

- การลงเยี่ยมชุมชน หรือ หมู่บ้าน ทำเป็นภารกิจประจำปีละ ๒ ครั้ง ยกเว้นมีเรื่องพิเศษ หรือ เรื่องเร่งด่วนก็จะต้องลงเยี่ยมแต่ละกรณีไป

- ความเห็นเรื่องสื่อที่ต้องการให้สนับสนุน คือ สื่อเสียงที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่องราวต่างๆ เพื่อออกข่าว เตือนประชาชนผ่านทางวิทยุชุมชน หรือ หอกระจายข่าว ไปสเตอร์เพื่อติดหน้าร้านค้า โดยเฉพาะไปสเตอร์การห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์อันตราย ควรสนับสนุนให้มาก

- ที่ผ่านมางานสำเร็จเพราะเครือข่ายเข้มแข็ง ทำในเรื่องที่คิดว่าต้องทำเพื่อลดปัญหาในพื้นที่เพื่อคุณภาพชีวิตของชาวบ้านและชุมชน ดังนั้น เมื่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดภารกิจ รพ.สต. ต้องทำงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นภารกิจที่ 5 สำหรับ รพ.สต. สะกาดไม่เป็นอุปสรรค เพราะได้ทำงานสนองนโยบายมาล่วงหน้าแล้ว



จาก รพ.สต.สภาค เลยไปที่ รพ.สต.หนองสนธิ

เราได้เห็นภาพการทำงานของ รพ.สต.สภาค แล้ว เพื่อให้เห็นภาพได้ลึกซึ้ง จึงหาโอกาสไปพูดคุยกับ ผอ. อำไพ มีสิทธิ ผอ.รพ.สต.หนองสนธิ และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.หนองสนธิ ตำบลหนองสนธิ อำเภोजอมพระ และ ทีม อสม.ที่เข้มแข็ง นิ่งคุยกันอย่างเป็นกันเอง ลงพื้นที่ลงหมู่บ้านเพื่อชื่นชมผลงานของทีม รพ.สต.หนองสนธิ ได้เรียนรู้มากมายและทั้งในผลงาน



แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไม่ใช่เรื่องยาก

ตำบลหนองสนธิมีหมออาชีพเรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หลายท่าน เริ่มจากคุณสมยศ อยู่ยวน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการของ รพ.สต.หนองสนธิ ที่เป็นวิทยากรรับเชิญจากหลายพื้นที่ รวมถึงทีม อสม.ที่เล่าให้ฟังว่า ได้รับการอบรมเรื่อง แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาตั้งแต่ปี 2550 และนำมาใช้ในพื้นที่ด้วยตาราง 11 ช่อง โดยลำดับความสำคัญของปัญหา มาจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหามุมชนที่ทำแล้วภูมิใจ คือ เรื่องเบาหวาน ความดัน ที่มีกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก อสม.แบ่งการดูแลเป็นแต่ละหมู่บ้าน เริ่มจากจำแนกกลุ่มเสี่ยง ออกเป็นกลุ่มเสี่ยงมาก กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเกือบเสี่ยง ต้องดูแลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตั้งแต่การลงชุมชนให้ความรู้ในการดูแลตนเอง คัดกรองกันเอง เฝ้าระวังเรื่องอาหาร และปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารการออกกำลังกาย นำเสนอโครงการ และได้รับการสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต และ ตรวจวัดน้ำตาลเบื้องต้นจากกองทุนสุขภาพตำบล เป็นงานที่ภูมิใจเพราะสามารถลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับพี่น้องในชุมชนได้

ผลงานที่น่าทึ่ง

เรานิ่งคุยกันอย่างเพื่อนเล่าเรื่องให้เพื่อนฟัง และรู้สึกทึ่ง เมื่อได้เห็นผลงาน ตารางช่วยนิยามเป้าประสงค์แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (ตาราง 11 ช่อง) ประเด็นอาหาร

ปลอดภัย และคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งได้เสนอในแผนสุขภาพชุมชน เพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล และแถมด้วยโครงการสร้างและพัฒนาแกนนำคุ้มครองผู้บริโภค ที่จะดำเนินการในทุกหมู่บ้านในปี 2554



อสม. กับ สารพัดบทบาท

ภูมิใจในบทบาท อสม. ที่ดูแลทุกกลุ่มในชุมชน จนได้รับขนานนามว่า “แม่คนที่สอง” เพราะดูแลตั้งแต่ก่อนท้อง จนคลอด และหลายครั้งต้องตั้งชื่อให้ลูกที่คลอดออกมาด้วย และงาน คบส. ก็มีเรื่องเล่ามากมาย

- ปัญหาที่พบมากจากการเยี่ยมบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต้องรับประทานยาต่อเนื่อง มีปัญหาเรื่องรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทั้งสับสนเรื่องยา และหลงลืม ปัญหาเหล่านี้ทีมงานได้ติดตามแก้ไข และที่สำคัญประกบเป็นรายบุคคล

- เรื่องการโฆษณาขายยาแผนโบราณเป็นปัญหาไม่น้อย แต่ยังมีข้อดีที่ชาวบ้านจะปรึกษาทั้ง ผอ.อำไพ และ อสม. ว่าสนใจอยากจะทำขายนั้นๆ มารับประทานเพราะฟังว่าโฆษณารักษาได้หลายโรค และคำตอบที่ชัดเจนและชาวบ้านยอมรับ คือ “ถ้ายานั้นดีจริง โรงพยาบาลสั่งซื้อมาใช้แล้วไม่ต้องรอให้โฆษณา” หรือ “ของดีไม่ต้องโฆษณา แต่ที่โฆษณาอยู่ เพราะจะหลอกให้เราเชื่อ และหลงซื้อ” หรือ “ถ้ายาพวกนี้จริง รักษาได้ทุกโรค ใช้ได้ดีกับทุกคน ก็ไม่ต้องมีโรงพยาบาล ไม่ต้องมีหมอ”

- ปัญหาเรื่องยาชุด เคยมีอยู่บ้าง ดักเตือนแล้วยังแอบซื้อ แอบขายกันอยู่ ต้องนำเรื่องไปพูดคุยกันในการประชุมหมู่บ้าน เน้นว่าเป็นยาที่ไม่ปลอดภัย และอันตรายสูง

และย่ำว่ามีปัญหาเรื่องโรค หรือสุขภาพให้ปรึกษา รพ.สต. มีเรื่องเล่าสนุกจาก อสม.ท่านหนึ่ง คือ ก่อนออกจากบ้าน จะจัดยาให้คนขายเป็น 3 ซอง รับประทาน 3 มื้อ ลูกชายถามว่าแม่จัดยาชุด ไม่กลัวตำรวจจับหรือ

- ปัญหาการใช้ยาในชุมชน ผอ.อำเภ ได้เล่าถึงปัญหาที่ชาวบ้านเรียกว่า “ยาเพนนิซิลินห้าแสน” ซึ่งมีหลายยี่ห้อ กล่องสีเขียว ลักษณะแผงยาใกล้เคียงกันมาก แต่จะมีตัวยาสสำคัญ 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Pennicillin และ กลุ่ม Co-trimoxazole พบชาวบ้านแพ้ยากลุ่ม Co-trimoxazole มาก บางรายรุนแรงต้องรักษานานเป็นเดือน เพราะชาวบ้านแยกไม่ออกว่าเป็นยากลุ่มใด แพ้หรือไม่



- เมื่อคุยถึงการทำงาน คบส. ทีมงานเล่าให้ฟังว่าเริ่มจากทำฐานข้อมูลสถานประกอบการ เชิญร้านค้าประชุมพูดคุยกัน อะไรที่ขายได้ อะไรที่ขายไม่ได้ อะไรที่ร้านค้าต้องช่วยเป็นหูเป็นตาเฝ้าระวัง และพูดคุยเทคนิคการปฏิเสธเมื่อมีคนมาเสนอสินค้าที่ไม่น่าไว้วางใจ และออกตรวจสอบร้านค้า ที่ผ่านมาผลงานยังไม่สมบูรณ์นัก เนื่องจากหากถามร้านค้าจะตอบว่าไม่มี ไม่ได้นำมาขาย แต่ต้องใช้เทคนิคในการตรวจจึงจะพบ โดยเฉพาะเครื่องสำอางที่มีสารห้ามใช้ยี่ห้อหนึ่งที่ อย. ได้ประกาศชื่อ และภาพ ว่าเป็นเครื่องสำอางอันตราย เมื่อสอบถามที่มา มักซื้อมาจากตลาดใหญ่ๆ ทำให้คิดว่า ถ้าจะทำเรื่องใด ควรทำไปพร้อมๆ กันจึงจะได้ผลจริง

- เมื่อถามถึงงาน คบส.ที่ทำ คำตอบ คือ ที่ทำอยู่เป็นเรื่องอาหาร ทำเรื่อง ยา และเครื่องสำอางบ้าง

ทิศทางการทำงาน คบส.ในอนาคต

เมื่อถามถึงทิศทางการทำงาน คบส. ในอนาคตว่ามีการวางแผนทาง หรือแผนการทำงานไว้อย่างไร ทั้ง ผอ. อำเภ และ ทีม อสม. เล่าให้ฟัง และน่าสนใจ คือ งาน คบส. เป็นงานที่กว้างมาก ทุกครั้งที่ทำงานในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น เยี่ยมบ้าน หรือติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถค้นหาปัญหาได้ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น เยี่ยมบ้านแล้วพบว่าชาวบ้านหลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทเครื่องดื่มราคาแพง ซื้อมารับประทาน และอาจทำให้เสียโอกาสในการรักษาโรค เมื่อพบว่าเป็นปัญหา ก็ต้องพูดคุยกับชาวบ้านทำความเข้าใจ ให้เห็นผลกระทบ ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย บางครั้ง

ต้องใช้เวลา หรือเทคนิค หรือขอความช่วยเหลือจากเครือข่าย เช่น ประสานเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนให้ช่วยแก้ไขปัญหา และทำความเข้าใจกับชาวบ้าน หรือการเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังเคยพบว่าซื้อยาถูกกลอนที่ไม่มีเลขทะเบียนและฉลากแสดงสรรพคุณที่เกินเลย สิ่งที่ต้องทำให้ชาวบ้านเชื่อว่ายาถูกกลอนนั้นอาจมีอันตราย อาจต้องใช้การตรวจ โดยส่งตัวอย่างไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และต้องประสานเครือข่ายทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อให้ได้ข้อมูลว่ายานั้นอันตราย เช่น มีผลการตรวจสอบว่าลึกลับใส่สเตียรอยด์ หรือยาแผนปัจจุบันชนิดอื่นๆ ข้อมูลเหล่านี้ต้องชัดเจน และส่วนใหญ่จะขอคำปรึกษาจากเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนทั้งเรื่องข้อมูล และการจัดการปัญหา

ท้ายที่สุดที่สรุปได้ ทิศทางการทำงาน คือ ต้องทำงานเชิงรุกในการค้นหาปัญหา ให้ชาวบ้านรับรู้ว่าเป็นปัญหาที่กระทบสุขภาพของเขา เพื่อให้เปิดใจยอมรับที่จะร่วมกันคิดวางแผน และแก้ปัญหาด้วยกัน และที่สำคัญต้องคิดวิธีป้องกันไม่ให้ปัญหาเกิดขึ้นอีก เช่น บอกเล่าให้ความรู้ ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง คำคมที่น่าสนใจ คือ ไม่คาดหวังที่จะแก้ปัญหาได้ทุกอย่าง เพราะโลกเปลี่ยนแปลงเร็ว และผลประโยชน์ทางธุรกิจที่มีความซับซ้อน รวมทั้งเรื่องเทคโนโลยีใหม่ๆ แต่สิ่งที่คาดหวังและจะทำให้ได้ คือ การตามปัญหาให้ทันเพื่อแก้ไขปัญหาให้ได้ และไม่ให้สายเกินแก้

คำถามที่ได้คำตอบเหมือนกัน

- รู้สึกอย่างไรกับ รพ.สต.ในพื้นที่ งานเพิ่มมากขึ้นเหนื่อยมากไหม คำตอบ คือ ทุกคนรู้สึกว่ารพ.สต.เป็นของทุกคน ที่ต้องช่วยกันทำให้ดีขึ้น งานมีให้ทำ ความเหนื่อยทำให้ภูมิใจ เพราะเป็น “รพ.สต.ของพวกเรา”

ขอบคุณผู้ที่ช่วยเหลือ

ภญ.สุธิดา บุญยศ สสจ.สุรินทร์ ภญ.ทรงเสริม คุตติยา รพ.สังขะ ผอ.รพ.สต. สะกาด คุณสมัย สุขหมั่น ภญ.ธัญญนันท์ รุ่งเรือง เภสัชกร รพ.จอมพระ ผอ.รพ.สต. หนองสนธิ คุณอำไพ มีสิทธิ คุณสมยศ อยู่นาน รพ.สต. หนองสนธิ ทีม อสม. ตำบลหนองสนธิที่เข้มแข็งและน่ารักทุกท่านที่ได้สละเวลาเล่าเรื่องให้ฟัง และพาเดินเรียนรู้ในหมู่บ้านอย่างสนุกสนานและอบอุ่น





ไพโรจน์ แก้วมณี

รท.ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

มุกฎหมายฉบับนี้ มีเรื่องที่น่ารู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข และคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1.1 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแก้ไขเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 193) พ.ศ.2543 (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2553 เพิ่มลักษณะของอาหารดังต่อไปนี้ เป็นอาหารที่ต้องกำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 193) พ.ศ. 2543

1) อาหารพร้อมปรุงที่ได้จัดเตรียมส่วนประกอบต่างๆ แยกจากกันเป็นส่วนๆ ชัดเจน และจัดรวมไว้ในหน่วยภาชนะบรรจุ เพื่อนำไปปรุงเป็นอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งโดยเฉพาะ

2) ผลิตภัณฑ์ขนมอบ (Bakery product)

3) ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ นอกเหนือจากผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 243) พ.ศ.2544 เรื่อง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์

4) ก๋วยเตี๋ยวและเส้นหมี่ที่ทำจากแป้งข้าวเจ้า ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้จะมีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา (มีผลใช้บังคับในวันที่ 18 มีนาคม 2554) ซึ่งผู้ที่ได้รับอนุญาตผลิตหรือได้รับเลขสถานที่ผลิตอาหารหรือได้รับใบอนุญาตนำเข้าอาหารดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 193) พ.ศ. 2543 ภายในสองปีนับแต่วันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ (ภายในวันที่ 18 มีนาคม 2556)

1.2 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแก้ไขเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 220) พ.ศ. 2544 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2553 เพิ่มเดิมการตรวจประเมินกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท โดยกำหนดให้การตรวจประเมินวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่



ปิดสนิท ให้เป็นไปตามที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการอาหาร

1.3 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แก้ไขเพิ่มประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 298) พ.ศ. 2549 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2553 เพิ่มเดิมการตรวจประเมินกระบวนการผลิตผลิตภัณฑ์นมพร้อมบริโภคชนิดเหลวที่ผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อด้วยความร้อนโดยวิธีพาสเจอร์ไรส์ โดยกำหนดให้การตรวจประเมินวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและเก็บรักษาผลิตภัณฑ์นมพร้อมบริโภคชนิดเหลวที่ผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อด้วยความร้อนโดยวิธีพาสเจอร์ไรส์ ให้เป็นไปตามที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการอาหาร

1.4 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เกลือบริโภค ลงวันที่ 27 กันยายน 2553 มีผลใช้บังคับในวันที่ 31 ธันวาคม 2553 มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้



1) ควบคุมเกลือบริโภคที่ใช้เป็นอาหารหรือใช้เป็นส่วนผสม หรือเป็นส่วนประกอบของอาหารจะต้องมีปริมาณไอโอดีนไม่น้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อเกลือบริโภค 1 กิโลกรัม

2) ผู้ผลิตเกลือบริโภคเพื่อจำหน่ายจะต้องจัดให้เกลือบริโภคมีปริมาณไอโอดีนไม่น้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อเกลือบริโภค 1 กิโลกรัม โดยจะต้องมีการควบคุมกระบวนการเติมหรือผสมไอโอดีนในการผลิต เพื่อให้มีการกระจายตัวของไอโอดีนอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผู้นำเข้าเกลือบริโภคเพื่อจำหน่ายต้องจัดให้มีใบรับรองการผลิตว่ามีการปฏิบัติ เช่นเดียวกับผู้ผลิตดังกล่าว

3) การแสดงฉลากเกลือบริโภคที่จำหน่ายต้องแสดงข้อความในฉลากให้เป็นไปตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวม 7 รายการ โดยเฉพาะ 1 ใน 7 รายการที่สำคัญจะต้องมีข้อความว่า “เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน” ด้วยตัวอักษรขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 5 มิลลิเมตรและอ่านได้ชัดเจน กำกับชื่ออาหาร

4) การจำหน่ายเกลือบริโภคที่มีวัตถุประสงค์สำหรับผู้ที่ต้องจำกัดการบริโภคไอโอดีน ได้รับการยกเว้น

ไม่ต้องแสดงฉลากด้วยข้อความว่า “เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน” แต่ต้องแสดงข้อความว่า “สำหรับผู้ที่ต้องจำกัดการบริโภคไอโอดีน” แทนด้วยตัวอักษรที่อ่านได้ชัดเจน

5) เกลือบริโภคที่อยู่ในระหว่างจะนำไปใช้ในกระบวนการเติมไอโอดีน หรือที่จะใช้กับอาหารที่มีลักษณะเฉพาะตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนดหรืออาหารที่มีวัตถุประสงค์นำไปใช้ในการผลิตอาหารเพื่อการส่งออก ได้รับการยกเว้นเกี่ยวกับการมีปริมาณไอโอดีน การใช้ภาชนะบรรจุการควบคุมกระบวนการเติมหรือผสมไอโอดีนในการผลิตเพื่อให้มีการกระจายตัวของไอโอดีนอย่างสม่ำเสมอ และการแสดงฉลากของเกลือบริโภคตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้กำหนดให้ต้องปฏิบัติ

6) อย่างไรก็ตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ไม่ใช้บังคับกับเกลือบริโภคที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งออกและเกลือบริโภคที่มีวัตถุประสงค์ใช้ในอุตสาหกรรมอื่นที่มีใช้อาหาร

1.5 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลือง (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 27 กันยายน 2553 มีผลใช้บังคับในวันที่ 31 ธันวาคม 2553 มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1) เพิ่มข้อกำหนดให้ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่มีการย่อยโปรตีนของถั่วเหลืองให้มีปริมาณไอโอดีน สำหรับผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่มีการย่อยโปรตีนของถั่วเหลือง ที่มีการเติมไอโอดีนในกระบวนการผลิต หรือ สำหรับผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลืองที่มีการใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนเป็นส่วนผสม จะต้องมีความเข้มข้นไอโอดีนไม่น้อยกว่า 2 มิลลิกรัม และไม่เกิน 3 มิลลิกรัมต่อผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลือง 1 ลิตร หรือตามที่ได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และต้องมีมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่อง เกลือบริโภค แล้วแต่กรณี

2) ปรับปรุงคุณภาพหรือมาตรฐานผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลืองที่ระเหยนํ้าออก

3) เพิ่มข้อกำหนดการแสดงฉลาก สำหรับผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลืองที่มีวัตถุประสงค์สำหรับผู้ที่ต้องจำกัดการบริโภคไอโอดีนให้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องข้อกำหนดและการเติม

ไอโอดีน แต่ให้แสดงข้อความว่า “สำหรับผู้ที่ต้องจำกัดการบริโภคไอโอดีน” ด้วยตัวอักษรที่อ่านได้ชัดเจนด้วย

4) ประกาศฉบับนี้ไม่ใช่บังคับกับผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลืองที่ผลิตเพื่อการส่งออก

1.6 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำปลา (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 27 กันยายน 2553 มีผลใช้บังคับในวันที่ 31 ธันวาคม 2553 มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1) เพิ่มคุณภาพหรือมาตรฐานของน้ำปลาสำหรับน้ำปลาที่มีการเติมไอโอดีนในกระบวนการผลิต หรือน้ำปลาที่มีการใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนเป็นส่วนผสมจะต้องมีปริมาณไอโอดีนไม่น้อยกว่า 2 มิลลิกรัม และไม่เกิน 3 มิลลิกรัมต่อน้ำปลา 1 ลิตร หรือตามที่ได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและต้องมีมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่อง เกลือบริโภคแล้วแต่กรณี

2) เพิ่มข้อกำหนดการแสดงผลสำหรับน้ำปลาที่มีวัตถุประสงค์สำหรับผู้ที่ต้องจำกัดการบริโภคไอโอดีนให้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องปฏิบัติตามเรื่องข้อกำหนดการเติมไอโอดีน แต่ให้แสดงข้อความว่า “สำหรับผู้ที่ต้องจำกัดการบริโภคไอโอดีน” ด้วยตัวอักษรที่อ่านได้ชัดเจนด้วย

3) ประกาศฉบับนี้ไม่ใช่บังคับกับน้ำปลาที่ผลิตเพื่อการส่งออก

1.7 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำเกลือปรุงอาหาร ลงวันที่ 27 กันยายน 2553 มีผลใช้บังคับในวันที่ 31 ธันวาคม 2553 มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1) ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 225) พ.ศ. 2544 เรื่อง น้ำเกลือปรุงอาหาร ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2544 และเปลี่ยนแปลงสถานะน้ำเกลือปรุงอาหารจากอาหารที่ต้องมีฉลากเป็นอาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน

2) กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานของน้ำเกลือปรุงอาหาร สำหรับน้ำเกลือปรุงอาหารที่มีการเติมไอโอดีนในกระบวนการผลิต หรือน้ำเกลือปรุงอาหารที่มีการใช้น้ำเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนเป็นส่วนผสม จะต้องมีปริมาณไอโอดีนไม่น้อยกว่า 2 มิลลิกรัมและไม่เกิน 3 มิลลิกรัมต่อน้ำเกลือปรุงอาหาร 1 ลิตร หรือตามที่ได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และจะต้องมีมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเกลือบริโภค แล้วแต่กรณี

3) เพิ่มข้อกำหนดการแสดงผลสำหรับน้ำเกลือปรุงอาหารที่มีวัตถุประสงค์สำหรับผู้ที่ต้องจำกัดการบริโภคไอโอดีนให้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องปฏิบัติตามเรื่องข้อกำหนดการเติมไอโอดีน แต่ให้แสดงข้อความว่า “สำหรับผู้ที่ต้องจำกัดการบริโภคไอโอดีน” แทนด้วยตัวอักษรที่อ่านได้ชัดเจน

4) ประกาศฉบับนี้ไม่ใช่บังคับกับน้ำเกลือปรุงอาหารที่ผลิตเพื่อการส่งออก

สำหรับผู้ที่จะประสงค์จะขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูล เกี่ยวกับรายละเอียดในการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข หรือคำสั่งเกี่ยวกับเรื่อง ยา สามารถติดต่อได้ที่ โทร. 02-590-7165-7 เรื่อง ยาเสพติดให้โทษ โทร. 02-590-7761, 02-590-7338 และเรื่อง อาหาร โทร. 02-590-7173



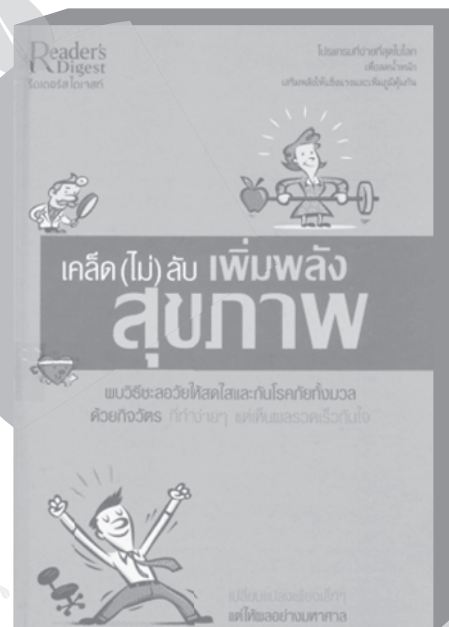
มุมหนังสือ

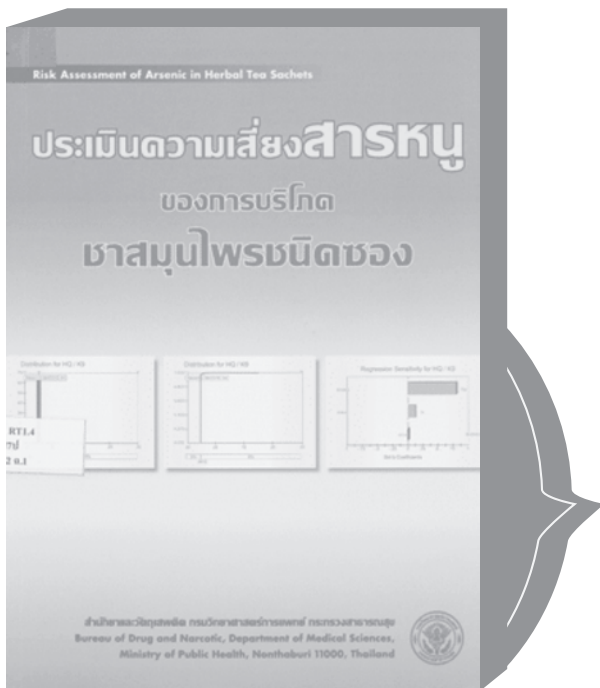


ชื่อหนังสือ เคล็ดลับไม่เสียรู้
ผู้แต่ง เมวิตา วงศ์วิเชียรชัย
พิมพ์ที่ บริษัท ริดเดอร์ส ไดเจสท์ (ประเทศไทย)
 เคล็ดลับไม่เสียรู้ เป็นคู่มือที่จะช่วยให้คุณประหยัด
 และใช้เงินอย่างคุ้มค่าในทุกเรื่อง สำหรับใครก็ตามที่เคยนึกเสียดาย
 “ถ้าเพียงแต่ฉันรู้ข้อมูล...รู้วาระบบมันทำงานอย่างไร ฉันคงตัดสินใจ
 ได้ดีกว่านี้” และประหยัดเงินได้มากกว่านี้” หนังสือเล่มนี้รวบรวม
 ความลับจากทุกวงการ ที่ช่วยให้คุณไม่เสียรู้และมีความสุขในชีวิต

ชื่อหนังสือ เคล็ด (ไม่) ลับเพิ่มพลังสุขภาพ
ผู้แต่ง อุตัยวรรณ วิสุทธากุล
พิมพ์ที่ บริษัท ริดเดอร์ส ไดเจสท์
 (ประเทศไทย)

อยู่อย่างสุขภาพดีทำได้ง่ายๆ พบกับเคล็ดลับ
 ใหม่ถอดด้ามสู่การมีสุขภาพดี เคล็ด (ไม่) ลับเพิ่มพลัง
 สุขภาพ ซึ่งเป็นเส้นทางลัดตัดเลี้ยวโปรแกรมซับซ้อน
 และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ยุ่งยากมาเป็นวิธีง่ายๆ
 แต่ได้รับการพิสูจน์ทางวิชาการมาแล้ว มากกว่า ๒,๔๐๐
 เคล็ดลับ





ชื่อหนังสือ ประเมินความเสี่ยงสารหนูของการบริโภคชาสมุนไพรชนิดซอง (Risk Assessment of Arsenic in Herbal Tea Sachets)

ผู้แต่ง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. สำนักยาและวัตถุเสพติด

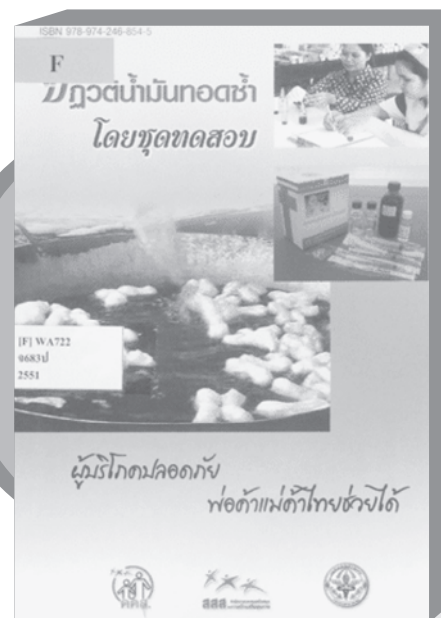
พิมพ์ที่ บริษัท ประชาชน จำกัด

การประเมินความเสี่ยงและการเตือนภัยสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อให้ประชาชน องค์การภาครัฐและเอกชนได้รับข้อมูลเตือนภัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การบริโภคชาสมุนไพรเป็นที่นิยมในปัจจุบันเพราะเชื่อว่ามีผลดีต่อสุขภาพ วัตถุอันตรายที่ผลิตเป็นชาสมุนไพรมีโอกาสปนเปื้อนสารพิษโดยตรงเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบริหารจัดการความเสี่ยงของการบริโภคชาสมุนไพรชนิดซองได้อย่างสมบูรณ์

ชื่อหนังสือ ปฏิวัติน้ำมันทอดซ้ำโดยชุดทดสอบ : ผู้บริโภคปลอดภัยพ่อค้าแม่ค้าไทยช่วยได้

ผู้แต่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
คณะเภสัชศาสตร์.

แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หนังสือจัดการความรู้เพื่อผู้บริโภค เรื่อง “ปฏิวัติน้ำมันทอดซ้ำโดยชุดทดสอบ...ผู้บริโภคปลอดภัยพ่อค้าแม่ค้าไทยช่วยได้” เล่มนี้ จะตอบคำถามคาใจเรื่องน้ำมันทอดซ้ำพร้อมนำเสนอ “ชุดทดสอบสารโพลารีนในน้ำมันทอดซ้ำ” หนึ่งในนวัตกรรมที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้พัฒนาขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ



สามารถอ่านได้ที่ ศูนย์วิทยบริการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือหาซื้อได้ตามร้านหนังสือชั้นนำทั่วไป เช่น ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร้านซีเอ็ด ร้าน B2S

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารอาหารและยา ยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการและรายงานผลการวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการ โดยเรื่องที่ส่งจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข เรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ ตามความสำคัญก่อนหลัง

- **ต้นฉบับ** เป็นต้นฉบับพิมพ์ใช้ภาษาไทย อักษร Angsana ขนาด 16 ควรรพิมพ์บนกระดาษ A4 พิมพ์หน้าเดียว รายงานวิจัยควรมีความยาวไม่เกิน 10 หน้า และบทความ 3-5 หน้า จำนวน 1 ชุดพร้อมบันทึกแผ่น CD หรือ Floppy A disk

- **ชื่อเรื่อง** ควรกระชับและตรงกับเนื้อเรื่อง

- **ชื่อผู้เขียนและคณะ** ให้ใช้ชื่อเต็ม (ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ) กรณีที่ผู้วิจัยมีสถานที่ทำงานต่างกัน ให้กำกับด้วยหมายเลข (ตัวเลขยกกำลัง) กำกับไว้ท้ายนามสกุลให้ครบทุกคน

- **สถานที่ติดต่อของผู้เขียน** ให้ระบุที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกพร้อมเบอร์โทรศัพท์และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

- **เนื้อหา** เว้น 2 บรรทัดจากบรรทัดของสถานที่ทำงาน โดยเนื้อหาของบทคัดย่อ (ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ) กำหนดให้ใช้ฟอนต์ Cordia New ขนาด 14 points จัดข้อความชิดขอบของหน้ากระดาษ (justified) ห้ามจัด Thai distribute โดยเด็ดขาด บรรทัดแรกเยื้องเข้ามาด้านใน 0.5 นิ้ว ชื่อวิทยาศาสตร์ต้องพิมพ์ตัวเอนตามหลัก และสัญลักษณ์ๆ ให้พิมพ์ด้วยฟอนต์ Symbol ขนาดเท่ากับตัวอักษรอื่นในบรรทัดนั้น เนื้อหาควรเป็นการสรุปสาระสำคัญของเรื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัตถุประสงค์ วิธีการ และผลการวิจัย

- **บทคัดย่อ** ควรสรุปสาระสำคัญของงานวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลาที่ดำเนินการ กลุ่มเป้าหมาย และผลการวิจัย และมีความยาวไม่เกินครึ่งหน้า (400 คำ) ในกรณีที่ เป็นภาษาต่างประเทศ ต้องมีบทคัดย่อเป็นภาษาไทยรวมทั้งระบุคำสำคัญ (Keywords) 2-3 คำไว้ท้ายบทคัดย่อด้วย

- **ภาพและตาราง** แผนภูมิควรมีเฉพาะที่จำเป็น และมีหมายเลขกำกับภาพตามลำดับ ภาพจะต้องชัดเจน แสดงเนื้อหาที่สำคัญของเรื่อง พร้อมคำอธิบายภาพประกอบและตาราง โดยใช้ข้อความกะทัดรัดชัดเจน

- **การอ้างอิง** และเอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม การอ้างอิงสามารถใช้ได้ทั้งระบบนาม-ปี และระบบแนวคูเวอร์ ผู้เขียนต้องเลือกใช้เพียงระบบเดียวทั้งเรื่อง (รูปแบบการอ้างอิงสามารถดูได้จากวารสารอาหารและยา ฉบับที่ 2 ของทุกปี (เริ่มปี 2552) เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม

รูปแบบการเขียนหนังสืออ้างอิง บรรณานุกรมวารสารอาหารและยา
การเขียนเอกสารอ้างอิงสามารถเขียนได้ 2 ระบบ คือ

1. ระบบ นาม-ปี (Name-Year) ในงานด้านสังคมศาสตร์
2. ระบบ Vancouver Style ในงานด้านวิทยาศาสตร์ หรืองานทางการแพทย์

ในการเขียนเอกสารอ้างอิงนั้นผู้เขียนต้องเขียนมาใน รูปแบบเดียวกันทั้งเรื่องเท่านั้น ไม่ควรใช้ทั้ง 2 ระบบในเรื่องเดียวกัน

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ นาม-ปี (Name-Year)

1. วารสาร/จุลสาร (Journal/Bulletin)

รูปแบบ

ผู้เขียน. (ปี). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่: เลขหน้า.

ตัวอย่าง

วัลลภ สันติประชา และชูศักดิ์ ณรงค์เดช. (2535). คุณภาพเมล็ดพันธุ์ข้าวที่ผลิตในภาคใต้. ว. เกษตรศาสตร์ (วิทย์.) 26: 119-125.

Brooks, J.R. and Griffin, V.K. (1987). Liquefaction of rice starch from milled rice flour using heat-stable alpha-amylase. J. Food Sci. 52: 712-717.

2. หนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงเฉพาะบทให้เขียน ดังนี้

รูปแบบ

ผู้เขียน. (ปี). ชื่อเรื่อง. ใน หรือ In ชื่อหนังสือ (ชื่อบรรณาธิการ หรือ ed. ชื่อ editor ถ้ามี) หน้า หรือ pp., สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วิศิษฐ์ วังวิญญู, (2526). ความต่างและความคล้ายระหว่างหมู่บ้านเล็กและชมเมอร์ฮิล. ในชีวิตจริงที่หมู่บ้านเล็ก. (พิภพ ธงไชย, บรรณาธิการ). หน้า 51-59. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเด็ก.

Harrington, J. F. (1972). Seed Storage and Longevity. In Seed Biology (ed. T. T. Kozlowski) Vol. II. Pp. 145-245. New York: Academic Press.

2.2 การอ้างอิงทั้งเล่มให้เขียนดังนี้

รูปแบบ

ผู้เขียน. (ปี). ชื่อเรื่อง. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สุรพล อุปติสสกุล. (2521). สถิติ: การวางแผนการตลาดเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพืชไร่ฯ คณะเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

Bewley, J.D., and Black, M. (1982). Physiology and Biochemistry of Seeds in Relation to Germination. Vol. II. New York: Springer-Verlag.

3. รายงานการวิจัย/รายงานสัมมนา/ประชุมวิชาการ (Proceeding)

รูปแบบ

ผู้เขียน. (ปี). ชื่อเรื่อง. ชื่อรายงานการวิจัย หรือสัมมนา หรือจัดการประชุมทางวิชาการ เล่มที่.

ชื่อบรรณาธิการ. (ถ้ามี) สถานที่. วันสัมมนา. หน้าของเรื่อง.

ตัวอย่าง

วราวิชญ์ รุ่งรัตน์, ปรีชา วดีศิริศักดิ์, นันทกร บุญเกิด, วิษยา ธานุสนธิ์, และเย็นใจ วสุวัต. (2527). ศึกษาปริมาณเชื้อไรโซเบียมที่เหมาะสมในการปลูกเมล็ดพันธุ์ถั่วลิสงพันธุ์ไทยนาน. รายงานการสัมมนาเชิงปฏิบัติการงานวิจัยถั่วลิสง ครั้งที่ 3 ณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. 12-21 เมษายน 2537. หน้า 172-179.

Hill, M. J., Archer, K.A. and Hutchinson, K.J. (1989). Towards developing a model of persistence and production for white clover. Proceedings of the XIII International Grassland Congress Nice, France, 4-11 October 1989. pp. 1043-1044.

4. วิทยานิพนธ์

รูปแบบ

ผู้เขียน. (ปี). ชื่อวิทยานิพนธ์. ชื่อปริญญา. ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

สมศักดิ์ รักษ์วงศ์. (2528). การศึกษาการใช้ยาชนิดต่างๆ ในการป้องกันโรคราสนิมของถั่วเหลือง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Phillips, O.C., Jr. (1962). The Influence of Ovidd on Lucan's Bellum Civil. Ph.D. Dissertation, University of Chicago.

5. การอ้างอิงจากเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ

อนุญาตให้อ้างอิงข้อมูลจาก website ของสถาบันการศึกษา หน่วยงานราชการ บริษัท หรือหน่วยงานเอกชนที่มีชื่อเสียงเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลจาก Website ส่วนบุคคลที่สร้างขึ้น

5.1 มีชื่อผู้จัดทำหรือผู้ผลิต

5.1.1 การอ้างอิงในบทความ

ตัวอย่าง

เน้นผู้แต่ง : ข้อมูลจากชื่อผู้แต่ง (ปี พ.ศ.) ข้อความที่อ้างอิง ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษ (2542) ระบุว่าสารเคมีอันตราย วัตถุอันตราย สารอันตราย หมายถึง วัตถุ หรือสารประกอบที่มีคุณสมบัติ เป็นพิษหรือเป็นอันตรายต่อมนุษย์ สัตว์ พืช และทำให้ทรัพยากรและ สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม

เน้นเนื้อหา : ข้อมูลที่อ้างอิง (ชื่อผู้แต่ง, ปี พ.ศ.)

สารเคมีอันตราย วัตถุอันตราย สารอันตราย หมายถึง วัตถุ หรือสารประกอบที่มีคุณสมบัติเป็นพิษ หรือเป็นอันตรายต่อมนุษย์ สัตว์ พืช และทำให้ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เสื่อมโทรม (กรมควบคุม มลพิษ, 2542)

5.1.2 การเขียนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่าง

กรมควบคุมมลพิษ. (2542). สารเคมีอันตราย (ออนไลน์). สืบค้นจาก : <http://www.thaiclinic.com/medbible/bonetumor.html> [21 พฤศจิกายน 2543]

Department of the Environment and Heritage. (1999). Guide to Department and Agency Libraries (Online). Available : <http://www.erin.gov.au/library/guide.html> [2000, November 17]

5.2 ไม่มีผู้เขียนบทความ

5.2.1 การอ้างอิงในบทความ

ตัวอย่าง

นมแม่เป็นอาหารที่สมบูรณ์ที่สุดของทารก นมแม่ให้สารอาหาร ครบถ้วนตามความต้องการของทารกแรกเกิดจนอายุ 6 เดือน สิ่งที่จะ ช่วยป้องกันทารกแรกเกิดจากเชื้อโรคและโรคติดเชื้อที่มีอยู่ทั่วไป มีอยู่ใน น้ำนมที่แม่ผลิตออกมาเมื่อคลอดลูกได้ 2-3 วันแรก หัวนมที่ นมนี้คือภูมิคุ้มกันแรกของทารกจากแบคทีเรียและเชื้อไวรัส (อาหารและ สุขภาพ, 2542)

5.2.2 การเขียนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่าง

อาหารและสุขภาพ (ออนไลน์). (2542). สืบค้นจาก : <http://www.khonhai.com/Vitithai/food.html> [21 พฤศจิกายน 2543]

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง ระบบ ระบบ Vancouver Style

1. การอ้างอิงวารสาร (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน)

1.1 ภาษาอังกฤษ

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี ค.ศ. : ปีที่พิมพ์ (Volume) : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ในกรณีที่มีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนด้วย เครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้ว เติม et al.

ตัวอย่าง

Kroenke K, Wood D, Mangelsdorff D, et al. Chronic fatigue in primary care : prevalence patient characteristics and outcome. JAMA 1988; 260 : 929-934.

1.2 ภาษาไทย

รูปแบบ

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตาม ด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

ตรุณี ชุมพะวัด, ยุวดี ฤๅชา, พิทยภูมิ ภัทรนุภาพร และจารุวรรณ รัศมีเหลืออ่อน. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมี คุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ คอที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารสมาธิบัติพยาบาลสาร 2539; 2 : 31-43.

2. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

2.1 การอ้างอิงหนังสือหรือตำราที่มีชื่อผู้แต่ง

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Simms LM, Price SA, Ervin NE. The professional practice of nursing administration. 2nd ed. NewYork: Delmar Publishers Inc, 1994.

เพ็ญจันทร์ ส.โมไนยพงศ์. คู่มือตรวจผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่

4. กรุงเทพฯ: มิตรเจริญการพิมพ์, 2528.

2.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำราที่ชื่อบรรณาธิการ/ผู้รวบรวม

รูปแบบ

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ/ผู้รวบรวม. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

Dausset J, Colombani J, eds. Histocompatibility testing 1972. Copenhagen : Munksgaard, 1973 : 12-18.

2.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Haley RW, Aber RC, Bennett JV. Surveillance of nosocomial infection. In : Bennett JV, Brachman PS, eds. Hospital infection. Boston : Little & Brown, 1986; 51-71.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : การวินิจฉัยทางการพยาบาล. ใน : สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. การดูแลตนเอง ศาสตร์และ ศิลปะทางการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง, 2536; 303-324.

2.4 หนังสือชุมนุมบทความการประชุมหรือสัมมนา

รูปแบบ

ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม/สัมมนา; ปี เดือน วันที่ประชุม; เมืองที่ประชุม/สัมมนา, ประเทศที่ประชุม/สัมมนา. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์; หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Kimura J, Shibasaki H, eds. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996; 1-5.

2.5 วิทยานิพนธ์/ปริญญานิพนธ์

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. (ประเภทนิพนธ์). เมือง: สถาบัน; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Kaplan SJ. Post-hospital home health care : The elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO) : Washington Univ.; 1995.

วรวรรณ ทองสง. การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลของรองศาสตราจารย์ ดร. สายหยุด นิยมวิภาต. (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.

2.6 เอกสารที่ยังไม่ได้พิมพ์หรือรอตีพิมพ์

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. รอตีพิมพ์ ในปี.

ตัวอย่าง

Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

3. การอ้างอิงจากหนังสือ/สิ่งพิมพ์/สื่ออื่นๆ

บทความที่เสนอในที่ประชุม

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ.ชื่อการประชุม/สัมมนา; ปี เดือน วันที่ประชุม; สถานที่ประชุม/สัมมนา, ประเทศที่ประชุม/สัมมนา. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์; หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In : Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Reinhoff O, eds. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992; 1561-5.

หนังสือพิมพ์/นิตยสาร

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์/นิตยสาร ปีที่พิมพ์ : วันที่ เดือน : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Blair T. I was wrong: PM's U-turn on Junior doctors pay and conditions. The Times 1999; 15 Aug: 1-2.

สื่ออื่น ๆ

รูปแบบ

ชื่อเรื่อง. [ประเภทสื่อ]. สถานที่ผลิต : ผู้ผลิตสื่อ; ปีที่ผลิต.

ตัวอย่าง

Gastrointestinal tract: Physical examination for medical students. [Videorecording]. Leicester: Leicester University Audio Visual Services; 1995.

CDATA 98 with supermap: data for England. [Computer file]. Release 2.1 rev. Hawthorne East, Vic.: Space-Time Research; 1995.

4. การอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต/สื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 CD-ROM

รูปแบบ

ชื่อเรื่อง [ประเภทสื่อ]. ปีที่พิมพ์/ผลิต [ปี เดือน วันที่อ้างอิง]; สถานที่ผลิต : แหล่งที่ผลิต.

ตัวอย่าง

Clinical Pharmacology: an electronic drug reference and teaching guide [CD-ROM]. [cited 1998 Aug 7]; Gainesville, Fla. : Gold Standard Multimedia.

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทสื่อ]. ครั้งที่ผลิต. สถานที่ผลิต: แหล่งที่ผลิต; ปีที่ผลิต.

ตัวอย่าง

Perkin GD, Hochberg FH, Miller DC. Atlas of Clinical Neurology [monograph on CD-ROM]. 2nd ed. Version 1.1. London: Mosby; 1996.

4.2 เว็บไซต์

รูปแบบ

บทความ
ชื่อเรื่อง. [online]. ปี เดือน วันที่เผยแพร่ [ปี เดือน วันที่อ้างอิง]; แหล่งที่มา

ตัวอย่าง

National Organization for Rare Diseases. [Online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: <http://www.rarediseases.org/>

เอกสารอ้างอิง

1. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม (Reference) (ออนไลน์). สืบค้นจาก : www.mwit.ac.th/~mwitpro/form/new/doc/write_link.doc [11 มีนาคม 2552]
2. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver style) (ออนไลน์). สืบค้นจาก : www.med.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/Vancouver.htm [11 มีนาคม 2552]

ที่อยู่ติดต่อกองบรรณาธิการ

E-mail : hrd_journal@fda.moph.go.th

โทรศัพท์ : 02-590-7263, 02-590-7270 โทรสาร : 02-590-7266



ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดข้อมูลวารสารอาหารและยาแบบ Full text ได้ที่เว็บไซต์

<http://www.fda.moph.go.th/journal>



ความสามารถเชิงสมรรถนะ: (COMPETENCY) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรตามขีดสมรรถนะมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 และได้มีการทบทวนให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ เป้าหมายของสำนักงานฯ มาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2551) ได้กำหนดให้ข้าราชการในสังกัดมีความสามารถเชิงสมรรถนะ ดังนี้

1. ความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก (Core Competency)

ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักที่ข้าราชการ อย. ทุกท่านต้องมี ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน รวม 6 สมรรถนะ ได้แก่

1.1 สมรรถนะหลักข้าราชการพลเรือน รวม 5 สมรรถนะ ได้แก่

- การมุ่งผลสัมฤทธิ์
- การบริการที่ดี
- การสร้างความเชี่ยวชาญในสายอาชีพ
- จริยธรรม
- ความร่วมมือร่วมใจ

1.2 สมรรถนะหลักข้าราชการ อย. รวม 1 สมรรถนะ ได้แก่

- ความรอบรู้ในงานคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. ความสามารถเชิงสมรรถนะด้านเทคนิค (Technical Competency)

ความสามารถด้านเทคนิคเป็นสมรรถนะที่ข้าราชการ อย. ต้องมีไว้เพื่อให้อำนาจปฏิบัติงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท ตามความจำเป็นของลักษณะงานของแต่ละคน ดังนี้

2.1 ความสามารถเชิงสมรรถนะกลุ่มงาน เป็นสมรรถนะเฉพาะที่สำนักงาน กพ. ได้กำหนดไว้ให้หน่วยงานที่มีลักษณะงาน วัตถุประสงค์ของงาน และผลสัมฤทธิ์ของงาน คล้ายคลึงกันควรมี ซึ่ง อย. ได้คัดเลือกสำหรับใช้ใน อย. ไว้รวม 8 สมรรถนะ

2.2 ความสามารถเชิงสมรรถนะเพิ่มเติม เป็นสมรรถนะที่บุคลากรใน อย. ที่อยู่ในหน่วยงานเดียวกันต้องมีเหมือนกัน รวม 16 สมรรถนะ

2.3 ความสามารถเชิงสมรรถนะเพิ่มเติมพิเศษ เป็นสมรรถนะประจำตำแหน่งงาน ซึ่งผู้ดำรงตำแหน่งนั้นๆ ต้องมีเพื่อให้การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบสามารถประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวม 37 สมรรถนะ

ทันทุกเหตุการณ์ข่าวสารผลิตภัณฑ์สุขภาพ
(อาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์
วัตถุอันตรายในร้านอื่น)



สายด่วน อช.

1 5 5 6

3 บาททั่วประเทศ (เฉพาะโทรศัพท์บ้าน)



คุ้มครอง ห่วงใย ใส่ใจคุณภาพ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration