



GPO

Government Pharmaceutical Organization

วารสาร องค์การเภสัชกรรม

ปีที่ 42 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2559

Vol.42 No.4 July – September 2016



พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี
พระวรราชาทินัดดามาตุ

ประทานพระวโรกาส
ให้คณะผู้บริหารองค์การเภสัชกรรม
เข้าเฝ้าถวายยาเอดส์



ผลิตภัณฑ์จีพีโอ เคอร์มินลิปส์ บอบบองค์การ
เภสัชกรรม คว่าผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง
สมุนไพรดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2559



อภ. สปสช. สมาคมแพชวิทยาคลินิก
และสถานเสาวภา สภากาชาดไทย
เดินหน้าสานต่อเครือข่ายยาต้านพิษ
ครอบคลุมทุกภาค



องค์การเภสัชกรรมเล้าหลักด้านยาและ
เวชภัณฑ์ของประเทศ มุ่งมั่น เดินหน้าพัฒนา
เพื่อสังคมมากกว่าภาระหน้าที่



อภ. พัฒนา
สารสกัด
จากมะหาด
ช่วยหน้าขาว
กระชับใสขึ้น



ภญ.อังคณา ศรีนามวงศ์
คว่าธำรงวัลศิษย์เก่าดีเด่น
คณะเภสัชศาสตร์ สาขา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ
ม.เชียงใหม่

- เรื่องเล่าราฟหลัง“งลู”ดอกไม้ริมทาง ดอกไม้ที่มีค่ามากกว่าที่คิด!
- การประเมินการใช้ยา Simvastatin ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครชัยศรี
- การทบทวนการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

จีพีโอ จินเน็กซ์ แคปซูล

GPO Ginnex Capsules

สารสกัด **ปญจขันธ์**
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ใน 1 แคปซูล ประกอบด้วย สารสกัดปญจขันธ์ 250 มิลลิกรัม
รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า-เย็น
ผลิตภายใต้มาตรฐานคุณภาพของ
องค์การเภสัชกรรม

คำเตือน
อ่านคำเตือนในฉลากก่อนบริโภค
ไม่มีผลในการป้องกันหรือรักษาโรค



Gynostemma pentaphyllum extract

พท. 1793/2551

จีพีโอ เห็ดหลินจือ

แคปซูล

ยาแผนโบราณ
ประกอบด้วยสารสกัด

เห็ดหลินจือ

ใน 1 แคปซูล ประกอบด้วย สารสกัดเห็ดหลินจือ 350 มิลลิกรัม
(เทียบเท่าเห็ดหลินจือ 3.5 กรัม)

สรรพคุณ บำรุงร่างกาย

รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 1 ครั้ง หรือตามคำแนะนำของแพทย์
ผ่านกระบวนการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจาก
สมุนไพร โดยมีการควบคุมมาตรฐานสากล มีการตรวจสอบเอกลักษณ์
โดยใช้เทคนิค high performance liquid chromatography (HPLC)
วิเคราะห์หาสารสำคัญคือ โพลีแซคคาไรด์
และการตรวจการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ของสารสกัด



Ganoderma lucidum extract



GPO

องค์การเภสัชกรรม

วารสารองค์การเภสัชกรรม

ปีที่ 42 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2559

คณะที่ปรึกษา

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น
ภก.พิพัฒน์ นิยมการ
ภก.นิพนธ์ อัตนวานิช
ภก.จักกฤษณ์ ประไพพิทยาคุณ
ดร.ภญ.มุกดาวรรณ ประกอบไวทยกิจ
ดร.ภญ.สุจิตรา คชเสนี
ภก.สิทธิ ธีระภาคภูมิอนันต์
นางศิรินุช ชีวันพิศาลนุกุล

บรรณาธิการ

นายยุทธนา ตันติพานิชย์

กองบรรณาธิการ

น.ส.คันธรัตน์ มณีโชติ
น.ส.ลักขมี จันทน์ไทย
นางวิภาวรรณ ธรรมบำรุง

ศิลปกรรม

นางบุษวรรณ ทวีสมบุรณ์
นายจุมพล ศศิพงษ์อนันต์

ภาพประกอบ

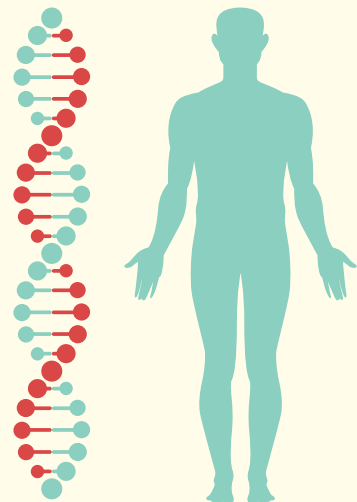
นางสุนิสา พรหมประสิทธิ์

พิสูจน์อักษร/สมาชิกสัมพันธ์

นางชัชมนต์ บุญนาม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร และความรู้ทาง การแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้งผลงาน วิเคราะห์วิจัย ในสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อเป็นสื่อเผยแพร่กิจกรรม และการ ดำเนินงานขององค์การเภสัชกรรมแก่ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจ อันดีต่อกัน
4. เพื่อเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนทัศนะ และความคิดเห็น



กองประชาสัมพันธ์ องค์การเภสัชกรรม

75/1 ถนนพระรามที่ 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร : 02 644 8856

E-mail : AA32@gpo.or.th <http://www.gpo.or.th>

Contents



ข่าวประชาสัมพันธ์



05

รอบรู้องค์การฯ



15

เรื่องเล่า ไร้พาส์

ขลุ่ ดอกไม้ริมทางดอกไม้ที่มีค่ามากกว่าที่คิด!



20

บทความทั่วไป



23

การประเมินการใช้ยา Simvastatin

ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครชัยศรี 23

การทบทวนการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคระบบทาง

เดินหายใจและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ 30

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความเชื่อมั่นในความสามารถ

ของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง..... 37





พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ



พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้า
โสมสวลีพระวรราชาทินัดดามาตุ
ประทานพระวโรกาสให้คณะผู้บริหาร
องค์การเภสัชกรรม เข้าเฝ้าถวาย
ถวายยาเอดส์

พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี
พระวรราชาทินัดดามาตุ ประทานพระ
วโรกาส ให้คณะผู้บริหารองค์การเภสัชกรรม
เข้าเฝ้าถวายยา Teno-EM จำนวน 5,000 ขวด
มูลค่า 3,000,000 บาท เพื่อโครงการ **“เฟรีฟ”**
ลดการติดเชื้อในผู้ได้รับผลกระทบหลักใน
ผู้ด้อยโอกาส ดำเนินการโดยศูนย์วิจัยโรคเอดส์
สภากาชาดไทย ณ พระตำหนักวังสวนกุหลาบ
พระราชวังดุสิต เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2559



อก. สปสช. สมาคมพิษวิทยาคลินิก และสถานเสาวภา สภากาชาดไทย

เดินหน้าสานต่อเครือข่ายยาต้านพิษ ครอบคลุมทุกภาค หลังช่วยชีวิตคนรอดจากพิษได้
เพิ่มกว่า 4,000 ราย หวังให้เกิดการเข้าถึงยา รวดเร็ว และครอบคลุมทุกพื้นที่มากขึ้น



องค์การเภสัชกรรม ร่วมมือกับสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมพิษวิทยา
คลินิก สถานเสาวภา สภากาชาดไทย พัฒนา
เครือข่ายยาต้านพิษ รองรับการดูแลผู้ป่วยใน
ภาวะฉุกเฉินที่มีความจำเป็นต้องใช้ยากำพร้า
กลุ่มยาต้านพิษ เพื่อบริหารจัดการยากำพร้า
กลุ่มยาต้านพิษ หวังให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษา
อย่างรวดเร็ว และครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ โดย
6 ปีที่ผ่านมา ช่วยคนรอดชีวิตจากพิษไปแล้ว
กว่า 17,000 ราย เพิ่มขึ้น 4,000 ราย

วันที่ 19 สิงหาคม 2559 เวลา 10.30 น. ที่ห้อง
ราชมณเฑียร 4 โรงแรมมณเฑียร ถนนสุขุมวิท
กรุงเทพมหานคร นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการ
องค์การเภสัชกรรม พร้อมด้วย ศ.นพ.วินัย วนานุกุล
หัวหน้าศูนย์พิษวิทยาคลินิกรามธิบดี ภก.คณิตศักดิ์
จันทร์พิพัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบ
บริการยาและเวชภัณฑ์ สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ แกล้งข่าว เรื่อง พลังเครือข่ายรองรับ
การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา
ต้านพิษ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงยา รวดเร็ว และครอบคลุม
ทุกพื้นที่

ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เปิดเผยว่า
จากปัญหาการเข้าถึงยากำพร้าของผู้ป่วย ในกลุ่มยา
ต้านพิษซึ่งเป็นยาที่มีปริมาณการใช้ต่ำ อุปสรรคที่มี
เหตุจำเป็นต้องใช้ไม่สม่ำเสมอ แต่ยา ยังคงมีความ
จำเป็นในการใช้รักษา ทำให้บริษัทฯ ไม่มีการผลิตเพื่อ
สำรองไว้ในประเทศ ถ้าสำรองไว้จะมีค่าใช้จ่ายในการ
สำรองที่สูง อาจจะทำให้ยาหมดอายุ จึงมีค่าใช้จ่ายสูง
และสูญเสียไป และเป็นกลุ่มยาที่ไม่ทำกำไร ทำให้บริษัท
ไม่สนใจที่จะผลิตหรือนำเข้า เพราะไม่คุ้มค่า จนส่งผล
ต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย โดยมียาที่อยู่ในกลุ่มนี้
ประมาณ 17 รายการ เป็นยาที่ใช้สำหรับรักษาผู้ที่ได้รับ
พิษชนิดต่าง ๆ อาทิ พิษจากไซยาไนด์ พิษจากสารเคมี

พิษจากธรรมชาติ พิษจากอาหารและยา พิษจากงู
เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับพิษเหล่านี้จะต้องได้รับยา
อย่างรวดเร็วที่สุด จึงจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ดังนั้นจึง
ต้องมีการบริหารจัดการเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
และประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศเดียวใน
โลกที่ให้บริการรักษา ผู้ได้รับพิษฟรีตามสิทธิหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าวต่อไปว่า
ในส่วนของการดำเนินงานนั้น องค์การฯ ได้มีการจัดหา
ยาต้านพิษและเซรุ่มจากผู้ผลิตในประเทศ และนำเข้า
จากต่างประเทศ ตามโครงการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้า
กลุ่มยาต้านพิษ เช่น ยารักษาภาวะพิษจากสารตะกั่ว
หรือสารหนู ยารักษาภาวะพิษจากไซยาไนด์ ยารักษา
ภาวะที่เม็ดเลือดแดงของร่างกาย ลดความสามารถใน
การขนส่งออกซิเจน จากการมีเม็ดเลือดแดงมากกว่า
ปกติและยังได้จัดหายากำพร้าอื่นๆ สำรองไว้ที่คลังของ
องค์การฯ หลายรายการด้วยกัน เช่น ยาลดภาวะ
อาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวผิดปกติจาก
การใช้ยาทางจิตเวช ยารักษาการแพ้ ยาสลบ เป็นต้น
โดยในแต่ละปีองค์การฯ ได้มีการจัดหาและสำรองไว้
มูลค่าปีละ กว่า 70 ล้านบาท ให้กับโรงพยาบาลทั่ว
ประเทศ ซึ่งแม้จะเป็นมูลค่าที่น้อยมากเมื่อเทียบกับ
ตลาดยาที่มีมูลค่าตลาดยาโดยรวม ที่ในปี 2558



มีมูลค่ายาที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุขถึง 162,914 ล้านบาท ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา องค์การฯ ได้บริหารจัดการร่วมกัน กับ สปสช. ศูนย์พิษวิทยา รพ.รามาฯ และสถานเสาวภา สภากาชาดไทย จนสามารถช่วยผู้ป่วยรอดชีวิตจากพิษไปแล้วกว่า 17,000 ราย ซึ่งยาต้านพิษบางรายการมีมูลค่าสูงถึง 400,000 บาท ต่อ 1 ได้ส องค์การฯ ต้องเป็นกลไกแสวงหาและสำรองไว้ และเชื่อได้ว่าไม่มีใครที่จะสำรองยาราคาสูงๆ ไว้แน่นอน เพราะไม่คุ้มค่าทางธุรกิจ

ด้าน ศ.นพ.วินัย กล่าวว่า การดำเนินการของยาต้านพิษ ทำให้มีผู้ป่วยเข้าถึงยาได้มากขึ้น จาก 13,000 คน เป็น 17,000 คน เพิ่มขึ้น 4,000 ราย ในปีที่ผ่านมา สำหรับผลของการรักษาโดยยาต้านพิษ เนื่องจากมียา 17 ตัว ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี ได้เลือกเอาพิษไซยาไนด์ ซึ่งเป็นพิษที่รุนแรงถึงตายได้อย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านพิษ พบว่าในช่วง 5 ปีที่มีโครงการมีผู้ป่วยประมาณ 300 ราย เมื่อเอาเฉพาะที่รุนแรงการได้รับยาต้านพิษตามโครงการนี้ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจาก 52% เป็น 28%

ศ.นพ.วินัย กล่าวต่อว่า จากการดำเนินการและวิเคราะห์การดำเนินการ 2 ปีที่ผ่านมาพบว่า ยังมีอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ไม่ดีพอ เนื่องจากยาต้านพิษมีหลายรายการ การประสานงานเพื่อให้การเข้าถึงในทุกยา โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ดีพอ ถึงแม้ว่าโครงการยาต้านพิษได้มีแนวทางการส่งยาจากโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งสำรองยา ไปถึงโรงพยาบาลปลายทาง และแนวคิดให้เกิดความยั่งยืน ต้องการให้พื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้วย จึงได้มีแนวคิดจัดตั้งโครงการ เครือข่ายยาต้านพิษขึ้น โดยให้แต่ละจังหวัดหาแนวทางการประสานงานกันเอง เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ยา ในปีที่แล้วมี 3 เครือข่าย ประกอบด้วย

1. ภาคเหนือ ได้แก่ จ.เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน

2. ภาคตะวันตก ได้แก่ จ.ตาก **3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** ได้แก่ จ.อุดรธานี และในปีนีเพิ่มอีก 3 จังหวัด ได้แก่ จ.ระยอง จ.สุราษฎร์ธานี และจ.น่าน ซึ่งเครือข่ายแต่ละเครือข่ายได้ระดมสมอง เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทในจังหวัดที่ตนเองรับผิดชอบ ซึ่งวันนี้เป็นการรวมตัวของเครือข่าย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้กันและกัน เพื่อนำไปพัฒนาในโรงพยาบาลของตนเอง เพื่อให้เกิดการเข้าถึงยามากขึ้น มีผลการดำเนินการดีขึ้นอีก

ด้าน ภก.คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีมติอนุมัติงบประมาณให้ สปสช. ดำเนินการจัดหายากำพร้าและยาต้านพิษ ผ่านองค์การเภสัชกรรม โดยความร่วมมือกับสมาคม/ศูนย์พิษวิทยาคลินิก ในการจัดระบบกระจายยาไปยังหน่วยบริการที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าว เพื่อช่วยชีวิตหรือป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ซึ่งการจัดหายารวมศูนย์ระดับประเทศนี้ สามารถแก้ไขจากปัญหาเดิมที่โรงพยาบาลหลายแห่งไม่มียาหรือไม่สามารถจัดหายาดังกล่าวมาให้บริการได้

ทั้งนี้ การพัฒนานวัตกรรมการจัดเครือข่ายหน่วยบริการยาต้านพิษระดับจังหวัด นับเป็นกลไกที่สำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการกระจายยา ทำให้มีการจัดระบบสำรองยาที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ตามสภาพแวดล้อมหรือความเสี่ยงจากการได้รับอันตรายจากสารพิษในแต่ละพื้นที่ การจัดเครือข่ายยาต้านพิษ และระดับจังหวัดนั้นนับเป็นความร่วมมือของหน่วยงานทุกภาคส่วน และโรงพยาบาลในพื้นที่ ในการที่พัฒนาให้เกิดการจัดการระบบยา การสำรองยาและการส่งต่อที่ดี โดยไม่ต้องสำรองยาทุกรายการในทุกโรงพยาบาล สามารถลดการสูญเสียงบประมาณของประเทศ แต่ก็มียาพร้อมใช้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ประชาชนที่ได้รับอันตรายจากสารพิษทั้งจากสารเคมี จากพืชและสัตว์ ได้เข้าถึงยาต้านพิษอย่างรวดเร็ว และทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเป็นส่วนใหญ่ ในอนาคต สปสช.ได้วางเป้าหมายในการดำเนินการร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการขยายเครือข่ายยาต้านพิษระดับจังหวัดให้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ

องค์การเภสัชกรรมเลขาธิการด้านยาและเวชภัณฑ์ของประเทศ มุ่งมั่น
 เดินหน้าพันธกิจเพื่อสังคมมากกว่าภาระหน้าที่
“เพราะว่า ยาและเวชภัณฑ์เป็นสินค้าคุณธรรม”
 หวังเป็นกลไกหลักสร้างการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ อย่างทั่วถึง
 และเท่าเทียม ให้กับสังคม อย่างมั่นคง ยั่งยืน

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการ
 เภสัชกรรม กล่าวว่า องค์การเภสัชกรรมก่อตั้งตาม
 พระราชบัญญัติ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2509 นับถึงวันนี้ครบ
 50 ปี ที่ทำหน้าที่วิจัย พัฒนา ผลิต จัดหา กระจายยา
 และเวชภัณฑ์ ให้กับระบบสาธารณสุขของประเทศ
 รวมทั้งเป็นกลไกที่สำคัญของระบบยาของประเทศ
 ในหลายๆ ด้าน ที่ยากที่หน่วยงานภาคเอกชน หรือ
 หน่วยงานใดจะทำหน้าที่นี้ได้ ในช่วงที่ผ่านมา
 องค์การฯ ทำหน้าที่ด้วยดีมาตลอด ที่เห็นเด่นชัด เช่น
 การผลิต จัดหา สำรอง ยาแก้ปวด ยาชาดแคลน ที่บริษัท
 เอกชนโดยทั่วไปไม่ผลิตจำหน่าย เนื่องจากมีความเสี่ยง
 อาจต้องขาดทุน และไม่คุ้มค่าต่อธุรกิจ แต่ด้วยความ
 รับผิดชอบที่มากกว่าภาระหน้าที่ องค์การฯ ได้ผลิต
 จัดหา สำรอง ในส่วนของยากำพรั ยาต้านพิษ และยา
 ชาดแคลน มูลค่าไม่ต่ำกว่าปีละ 100 ล้านบาท ให้กับ
 โรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งแม้จะเป็นมูลค่าที่น้อยมาก
 เมื่อเทียบกับตลาดยาที่มีมูลค่าตลาดยาโดยรวม ที่ในปี
 2558 มีมูลค่ายาที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข
 ถึง 162,914 ล้านบาท

ในส่วนของยาด้านพิษนั้น ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่
 ผ่านมา สามารถช่วยผู้ป่วยรอดชีวิตจากพิษไปแล้วกว่า
 17,000 ราย ซึ่งเป็นการบริหารจัดการร่วมกันระหว่าง
 องค์การฯ กับ สปสช. ศูนย์พิษวิทยา รพ.รามาฯ และ
 สถานเสาวภา สภากาชาดไทย ซึ่งยาด้านพิษบางรายการ
 มีมูลค่าสูงถึง 400,000 บาท ต่อ 1 ได้ส และยาจำเป็น
 บางชนิดราคาแพงมาก ถึงเม็ดละ 3,000 - 4,000 บาท
 ส่วนใหญ่เป็นยาในบัญชียา จ.2 องค์การฯ ต้องเป็น
 กลไกแสวงหาและสำรองไว้ เพราะเชื่อได้ว่าไม่มีใคร
 ที่จะสำรองยาราคาสูงๆ ไว้เช่นเดียวกับองค์การฯ
 แน่แน่นอน เพราะไม่คุ้มค่าทางธุรกิจ



องค์การฯ ยังสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสิทธิตามสิทธิบัตร หรือ CL : Compulsory Licensing ในการเป็นผู้ผลิตหรือจัดหาที่มีคุณภาพใน ราคาเหมาะสม และเป็นยาที่ไม่มีการ องค์การฯ ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นเอง ในปี 2558 องค์การฯ จัดหาในในกลุ่ม CL จำนวนทั้งสิ้น 5 รายการ ได้แก่ ยาต้านไวรัสเอดส์สูตรพื้นฐาน (Efavirenz) ยาต้านไวรัสเอดส์ สูตรสำหรับผู้ป่วยดื้อยา (Lopinavir+ Ritonavir) ยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ อุดตัน (Clopidogrel) ยารักษาโรคมะเร็ง (Docetaxel) ยารักษามะเร็งเต้านม (Letrozole) ทำให้ในปีที่ผ่านมา ช่วยรัฐประหยัดเงินได้ถึง 1,466 ล้านบาท เมื่อเทียบกับการซื้อจากผู้ผลิตยาต้นแบบ โดยหากนับตั้งแต่ปี 2550 ที่เริ่มประกาศ CL สามารถทำให้รัฐประหยัดไปแล้ว 24,677 ล้านบาท ที่สำคัญผู้ป่วยได้เข้าถึงยาจำเป็น เหล่านี้มากขึ้น

นอกจากนั้นในยามที่ประเทศประสบวิกฤตจาก ภัยธรรมชาติ องค์การฯ ได้เตรียมพร้อม และสำรองยา และเวชภัณฑ์อยู่เสมอ เช่น กรณีน้ำท่วมใหญ่ปี 2554 เกิดวิกฤตปัญหาน้ำเกลือขาดแคลนในระบบ เนื่องจาก ผู้ผลิต 3 ใน 4 รายใหญ่ของประเทศ โรงงานถูกน้ำท่วม เสียหาย องค์การฯ ได้เร่งจัดหาจากต่างประเทศเข้ามา ทำให้สถานการณ์คลี่คลายลง หลังจากทุกอย่างคลี่คลาย ยังคงมีน้ำเกลือตกค้างในการสำรองขององค์การฯ มีมูลค่า กว่า 20 ล้านบาท ซึ่งส่วนที่คุณภาพยังใช้ได้ ก็เร่งกระจายออก ที่เหลือก็ได้ทำลาย กรณีน้ำท่วมใหญ่ ปี 2554 เช่นกัน ผู้ป่วยไตวายที่ต้องล้างไตผ่านช่องท้อง ที่ต้องล้างไตต่อเนื่องทุกวันๆ ละ 4 ครั้ง ซึ่งองค์การฯ



ต้องส่งน้ำยาล้างไตถึงผู้ป่วยทุกบ้านกว่า 6,800 ราย เป็นไปด้วยความยากลำบาก และองค์การฯ ได้ทำหน้าที่รับผิดชอบนั้นอย่างเข้มแข็ง แก้ปัญหาต่างๆ จนได้รับคำชื่นชมจากผู้ป่วยว่า **“ถ้าน้ำท่วมครั้งนั้นไม่ได้ องค์การฯ แล้วพวกผมผู้ป่วยไตวายต้องตายหลายร้อยคนอย่างแน่นอน”** และในปัจจุบันมีผู้ป่วยไตวาย ที่องค์การฯ ส่งน้ำยาล้างไตถึงทุกบ้าน จำนวน 16,000 ราย



ผู้อำนวยการฯ กล่าว

เพิ่มเติมว่า องค์การฯ ยังทำหน้าที่ตรึง รักษา ราคายาและเวชภัณฑ์ ของประเทศ ไม่ให้สูง จนเกินไป ซึ่งยาที่มีราคา สูงส่วนใหญ่เป็นยาต้นแบบ ที่นำเข้าจากต่างประเทศ และเป็นปัญหาด้านค่า

ใช้จ่ายของประเทศและประชาชน 2558 องค์การฯ ได้ ช่วยรัฐประหยัดค่าใช้จ่ายได้ถึง 5,340 ล้านบาท หากเมื่อคิดย้อนหลังไป 5 ปี ประหยัดไปแล้วกว่า 20,000 ล้านบาท เช่น การตรึงราคายาต้านไวรัสเอดส์ จากผลงานวิจัยและพัฒนาขององค์การฯ ที่ประสบความสำเร็จในการวิจัยและพัฒนา ยาจีพีโอเวิลด์ เมื่อปี 2545 ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่มียาต้านไวรัส 3 ชนิด รวมกันในเม็ดเดียว จากค่าใช้จ่ายกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ลดเหลือ 1,200 บาทต่อเดือน ถูกลงจาก เดิมมากกว่า 18 เท่า ของราคาจำหน่ายของยาต้นแบบ และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้รัฐตัดสินใจให้ยาต้านไวรัส เอดส์กับผู้ติดเชื้อฟรีในเวลาต่อมา ทำให้สถานการณ์ ของโรคเอดส์เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างทันตาเห็น

การวิจัย พัฒนาและผลิตยาเม็ด Tenofovir 300 mg ทำให้รัฐประหยัดงบประมาณได้ปีละ 946 ล้านบาท ยากลุ่มจิตเวช Sertraline 50 mg ทำให้รัฐประหยัดงบประมาณได้ปีละ 760 ล้านบาท การวิจัยและผลิต วัตถุเสพติดทางยา Deferipone (L1) เพื่อผลิตยาขับเหล็ก ชนิดรับประทาน (GPO-L-ONE) ช่วยเหลือผู้ป่วยธาลัสซีเมียทั้งในประเทศ และต่างประเทศ สามารถลดราคา



ยาจากยาต้นแบบราคาเม็ดละ 60 - 70 บาท เหลือเม็ดละ 3.50 บาท ซึ่งลดการนำเข้าวัตถุดิบและยาจากต่างประเทศ และเป็นการพึ่งพาตนเองได้ตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ

อีกเรื่อง คือการสำรองยาจำเป็นกรณีเกิดโรคระบาดต่าง ๆ หรือโรคอุบัติใหม่ เช่น กรณีเหตุการณ์ไข้หวัดนกระบาดเมื่อปี 2009 องค์การฯ สามารถจัดหาวัตถุดิบโอเซลทามิเวียร์ ที่ใช้ผลิตยารักษาไข้หวัดนก และผลิตออกมกระจายสู่ประชาชน รวมถึงการเปิดโครงการผลิตวัคซีนป้องกันไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่ และผลิตวัคซีนได้ในระดับกึ่งอุตสาหกรรม จึงทำให้วิกฤตของประเทศด้านสาธารณสุข และเศรษฐกิจคลี่คลายลง ประชาชนลดความตระหนก ประเทศขับเคลื่อนต่อไปได้

ผู้อำนวยการฯ กล่าวต่อไปว่า องค์การฯ มีแผนดำเนินการที่สำคัญ หลายโครงการ เพื่อสร้างความมั่นคง ยั่งยืน ด้านยาและเวชภัณฑ์ ให้กับประเทศ เช่น การเดินหน้าขยายกำลังการผลิตยาที่โรงงานผลิตยารังสิต จากกำลังการผลิต 3,406 ล้านเม็ด/แคปซูลต่อปี เพิ่มขึ้นเป็น 6,745 ล้านเม็ด/แคปซูลต่อปี ซึ่งโรงงานนี้เป็นโรงงานที่มีศักยภาพการผลิตสูง ผลิตยาที่มีความจำเป็น ยาที่มีมูลค่าการใช้สูง โครงการก่อสร้างโรงงานผลิตวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่/ ไข้หวัดนก ตามมาตรฐาน WHO-GMP คาดว่าต้นปี 2561 จะสามารถเริ่มผลิตวัคซีน และทำการทดลองทางคลินิกได้ โรงงานนี้จะมีกำลังการผลิตได้ไม่ต่ำกว่า 60 ล้านโดส เมื่อเกิดการระบาดใหญ่ โครงการก่อสร้างโรงงานผลิตเภสัช

เคมีภัณฑ์แห่งใหม่ เพื่อผลิตเคมีภัณฑ์ ชุดทดสอบผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ วัตถุดิบทางยา ที่จะแล้วเสร็จในปี 2560 โครงการก่อสร้างโรงงานผลิตยาแห่งใหม่ในเฟส 2 และ 3 เพื่อผลิตยาน้ำ ครีမ် ขี้ผึ้ง ยาปราศจากเชื้อ ยาเม็ด ตลอดจนยารูปแบบอื่นๆ ที่ใช้งบประมาณขององค์การฯ เอง ประมาณ 4,000 ล้านบาท แผนการก่อสร้าง และพัฒนาระบบคลังและกระจายสินค้า เพื่อเป็นศูนย์กลางการกระจายยา และเวชภัณฑ์ที่มีความทันสมัย รวดเร็ว และเป็นมาตรฐานยิ่งขึ้น และแผนการสร้างนิคมอุตสาหกรรมการผลิตยา และเวชภัณฑ์วัสดุทาง การแพทย์ ตลอดจนผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ในที่ดินขององค์การเภสัชกรรม ที่ อ.หนองใหญ่ จ.ชลบุรี ที่มีกว่า 1,500 ไร่ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ผู้อำนวยการฯ กล่าวต่อไปว่า แม้ในปี 2558 ที่ผ่านมาองค์การฯ มียอดจำหน่ายยาขององค์การฯ เพียง 6,550 ล้านบาท คิดเป็นเพียงร้อยละ 4.02 ของตลาดยารวมเท่านั้น ที่มีมูลค่าโดยรวมอยู่ที่ 162,914 ล้านบาท และคิดเป็นร้อยละ 10.05 ของการผลิตยาในประเทศ และคิดเป็นร้อยละ 6.70 ของมูลค่ายานำเข้า จะเห็นได้ว่าเป็นตัวเลขที่น้อยมาก ไม่มีผลกระทบต่อตลาดยาโดยรวมของประเทศ แต่หากมองย้อนในเชิงสังคมแล้ว องค์การฯ นั้นมีบทบาทมากในการสร้างความสมดุลในธุรกิจยา เป็นกลไกสร้างการเข้าถึงยาจำเป็น ยาที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นกลไกทางจิตวิทยาสาธารณสุข และเศรษฐกิจสังคมเมื่อยามประเทศเกิดวิกฤตทางสาธารณสุข

ตลอด 50 ปีที่องค์การฯ ได้ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ ตามปณิธานการก่อตั้ง และความคาดหวังสังคมและพันธกิจเชิงสังคม ที่เห็นว่า ยาและเวชภัณฑ์คือสินค้าคุณธรรม วันนี้ องค์การฯ คือเสาหลักด้านยาและเวชภัณฑ์ของประเทศอย่างแท้จริง และ จะยังคงเดินหน้าสานต่อให้คนไทยได้เข้าถึงยาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ทัวถึง มั่นคง ยั่งยืน ต่อไป



“อก. พัฒนาลำรสกัด จากมะหาด ช่วยหน้าขาว กระจ่างใสขึ้น”

อบคการเภสัชกรรม วิจัยพัฒนาลำรสกัดมะหาด ช่วยให้อผิวหน้าขาว
กระจ่างใส เป็นธรรมชาติ ทดสอบแล้วไม่พบการระคายเคือง มุ่งผลิตต่อยอด
จากกลุ่มผลิตภัณฑ์ธรรมชาติบ่มั่นยืน ลดการนำเข้าจากต่างประเทศ

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการ

เภสัชกรรมเปิดเผยว่า องค์การเภสัชกรรม ได้สนอง
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องการค้าในงาน
ให้สอดคล้องกับแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนา
สมุนไพรไทย ที่มุ่งเน้นการนำสมุนไพรไทยมาพัฒนา
ต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์ยา เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์
เสริมอาหาร ซึ่งองค์การฯ มีศักยภาพในการวิจัยและ
พัฒนาด้วยประสบการณ์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์
CURMIN by GPO ที่มีอยู่กว่า 20 รายการ มีบุคลากร
ที่มีความชำนาญด้านการวิจัยพัฒนาสูตรตำรับ และ
การควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์ มีความพร้อมด้วย
เครื่องมือในการผลิตและการควบคุมคุณภาพที่
ทันสมัย ทั้งในระดับห้องปฏิบัติการ และในระดับ
อุตสาหกรรม รวมทั้งมีเครือข่ายการวิจัยทางคลินิก
เพื่อยืนยันถึงความปลอดภัย และประสิทธิผลของ
ผลิตภัณฑ์ องค์การได้มุ่งมั่น วิจัย และพัฒนาต่อยอด
สมุนไพรไทย โดยนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการ
ดำเนินการ รวมถึงการผลิตที่ได้มาตรฐาน GMP
เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ
และความปลอดภัย

ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรมกล่าวต่อไปว่า
ร่างกายของเราทุกคนมีเอนไซม์ไทโรซิเนส (tyrosinase)
ซึ่งเอนไซม์นี้มีส่วนสำคัญในการสร้างเม็ดสีของผิวหนัง
ผม และตา และเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่ทำให้เกิด
สีหมองคล้ำของผิวหนัง ดังนั้นทีมนักวิจัยองค์การฯ
ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านเวชสำอางดูแลสุขภาพผิว

ครบวงจร จึงทำการพัฒนาต่อยอดสาร Oxyresveratrol
ซึ่งเป็นสารสกัดจากแก่นมะหาด มีฤทธิ์ต้านการทำงานของ
เอนไซม์ไทโรซิเนส มาผ่านกระบวนการสังเคราะห์
ที่เรียกว่าไฮโดรจีเนชัน (Hydrogenation) จนได้สาร
Dihydrooxyresveratrol ซึ่งมีฤทธิ์ต้านเอนไซม์ไทโรซิ-
เนสสูงกว่าสาร Oxyresveratrol ถึง 10 เท่า ส่งผลให้สาร
Dihydrooxyresveratrol มีคุณสมบัติเป็น Whitening
agent ที่ดีกว่า ซึ่งสารนี้ถูกนำมาเป็นส่วนผสมและผลิต
เป็นผลิตภัณฑ์ชนิดใหม่ขึ้นมา ภายใต้ชื่อ CURMIN
Extra Whitening Facial Cream ช่วยให้หน้าขาว
กระจ่างใสยิ่งขึ้น

นอกจากนั้นผลิตภัณฑ์ใหม่นี้ยังคงเอกลักษณ์ของ
ผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม CURMIN by GPO ด้วยการใส่
Tetrahydrocurcuminoids (THC) ซึ่งเป็นสารที่ต่อยอด
จากสารสกัดจากขมิ้นชัน แต่มีฤทธิ์ในการต้านอนุมูล
อิสระที่สูงกว่าสารสกัดจากขมิ้นชัน 2 เท่า และสูงกว่า
vitamin E ถึง 5 เท่า อีกทั้งยังลดปัญหาสีเปรอะเปื้อน
เสื้อผ้าจากสารสกัดขมิ้นชันแบบเดิม เพราะ THC
เป็นสารสีขาว รวมทั้งได้นำนวัตกรรม liposome มาใช้
ในการบรรจุ THC เพื่อให้สาร THC สามารถแทรกซึม
เข้าสู่ผิวหนังได้ดียิ่งขึ้น และมีประสิทธิภาพในการต้าน
อนุมูลอิสระมากขึ้นด้วย ผลิตภัณฑ์ CURMIN Extra
Whitening Facial Cream นี้จะเป็นการเพิ่มความมั่นใจ
ในการดูแลความกระจ่างใสของผิวหน้าและสุขภาพผิว
โดยรวมให้ดูดี สวยงาม



“ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ได้รับการทดสอบประสิทธิภาพ และความปลอดภัย โดยสถาบัน SPIN CONTROL
ASIA ซึ่งเป็นสถาบันที่ทำการทดสอบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางระดับสากล
จากประเทศฝรั่งเศส พบว่าเมื่อให้อาสาสมัครทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ CURMIN Extra Whitening Facial Cream
เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลิตภัณฑ์ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ผิวขาวกระจ่างใสขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เมื่อเปรียบเทียบกับ
ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มเดียวกันที่มีขายอยู่ในท้องตลาด และอาสาสมัครมีความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์เป็น
อย่างมาก ผู้อำนวยการฯ กล่าว



ผลิตภัณฑ์ จีพีโอ เคอร์มินลิฟท์ บอบอบการเกล็ชกรรม คว้าผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง สมุนไพรดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2559

ผลิตภัณฑ์จีพีโอ เคอร์มินลิฟท์ เดย์ครีม และไนท์ครีม บอบอบการเกล็ชกรรม ได้รับรางวัลผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางสมุนไพรดีเด่นระดับชาติ Prime Minister Herbal Awards (PMHA) ประจำปี 2559 โดยเข้ารับรางวัลจาก พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย รองนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2559 ที่อิมแพคเมืองทองธานี

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการเภสัชกรรมเปิดเผยว่า องค์การเภสัชกรรม ได้ส่งผลิตภัณฑ์ จีพีโอ เคอร์มิน ลิฟท์ ซึ่งประกอบด้วย CURMIN Lift Anti-aging Day Cream SPF 15 และ CURMIN Lift Anti-aging Night Cream เข้าร่วมการประกวดรางวัลผลิตภัณฑ์สมุนไพรดีเด่นระดับชาติ Prime Minister Herbal Awards (PMHA) ประจำปี 2559 ที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจัดขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระแสความตื่นตัวด้านสมุนไพร และเพื่อเป็นการสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในด้านยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยา ชีววัตถุ และสมุนไพรเพื่อการพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน รวมถึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ให้เกิดประโยชน์ในเชิงธุรกิจ ทั้งด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์และ กระบวนการผลิต อีกทั้งยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งด้านสมุนไพร เพื่อเตรียมความพร้อมในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศให้ก้าวเข้าสู่การแข่งขันในตลาดเสรีของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนได้อย่างยั่งยืน ซึ่งปรากฏว่าผลิตภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรมได้รับการคัดเลือกให้เป็นผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางสมุนไพรดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2559

ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าวต่อไปว่า

CURMIN Lift Anti-aging Day Cream SPF 15 เป็นครีมบำรุงและปกป้องผิวหน้าสำหรับเวลากลางวัน ผสมสารป้องกันแสงแดด SPF 15 และ CURMIN Lift Anti-aging Night Cream เป็นครีมบำรุงผิวหน้าที่มีเนื้อครีมเข้มข้นเพื่อให้เหมาะสำหรับการบำรุงผิวในเวลากลางคืนที่มุ่งเน้นให้เนื้อครีมซึมสู่ผิวอย่างล้ำลึก เก็บกักความชุ่มชื้นของผิวหน้าให้ดียิ่งขึ้น โดยผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ประกอบด้วยนวัตกรรมสารสกัดจากขมิ้นชัน ซึ่งองค์การเภสัชกรรมได้นำมาพัฒนาให้อยู่ในรูป THC Liposome ผสานคุณค่ากับวิตามิน E Liposome ซึ่งนอกจากช่วยให้สารดังกล่าวดูดซึมสู่ผิวหน้ามากขึ้นจากขนาดอนุภาคที่เล็กในระดับนาโนเมตร ยังเป็นการส่งเสริมการทำงานในการต้านการเกิดออกซิเดชันที่ช่วยชะลอไม่ให้ผิวแก่ก่อนวัย นอกจากนี้ยังมีสารสกัดจากไหมธรรมชาติ (Sericin) ที่อุดมไปด้วยกรดอะมิโน ช่วยให้ผิวเรียบเนียน และมีส่วนผสมของ Sodium hyaluronate และ Ceramide ที่เพิ่มความชุ่มชื้น คงความอ่อนเยาว์ให้กับผิว ช่วยให้ผิวกระจ่างใสอย่างเป็นธรรมชาติ และดูอ่อนเยาว์แบบมีสุขภาพดี

“ผลิตภัณฑ์ ดังกล่าวเป็นผลิตภัณฑ์ที่องค์การเภสัชกรรมทุ่มเทวิจัยและพัฒนาเพื่อบ่มงูสู่ความเป็นเลิศการันตีด้วยการใช้วัตถุดิบสมุนไพรที่มีกระบวนการเก็บเกี่ยวแปรรูปที่สะอาด ปราศจากสิ่งปนเปื้อน มีการควบคุมคุณภาพการผลิตตามมาตรฐาน GMP มีคุณภาพมาตรฐาน และผ่านการทดสอบประสิทธิภาพจากอาสาสมัครแล้ว” ผู้อำนวยการฯ กล่าว



องค์การเภสัชกรรม (อก.) ร่วมออกบูธให้ความรู้สมุนไพรไทย ในงานมหกรรมสมุนไพรไทย ครั้งที่ 13

องค์การเภสัชกรรมร่วมจัดกิจกรรมงาน “มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 13” ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม – 4 กันยายน 2559 ตั้งแต่เวลา 10.00 -20.00 น. ณ ฮอลล์ 6-8 อิมแพค เมืองทองธานี มีการจัดนิทรรศการนำเสนอ วิวัฒนาการสมุนไพรขององค์การเภสัชกรรมที่มีการวิจัย พัฒนา ผลิตร่วมด้วยเทคโนโลยีและวิทยาการสมัยใหม่ อาทิ ขมิ้นชัน ที่มีผลการศึกษาพบว่า มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ช่วยผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อ ลดคอเลสเตอรอลในเลือด ป้องกันตับจากสารพิษ มีฤทธิ์ป้องกันการเกิดมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น งานวิจัยผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีช่วยบำรุงความจำ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จีพีโอไฟโทเพล็กซ์ แคปซูล จีพีโอ เห็ดหลินจือ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรโดยผู้เชี่ยวชาญ พร้อมแจกต้นพรมมิวันละ 200 ต้น องค์การฯ ยังได้นำผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ ภายใต้แบรนด์ จีพีโอ เคอร์มิน ที่มีการวิจัยและพัฒนามากกว่า 10 ปี





องค์การเภสัชกรรม ขอแสดงความยินดีกับ ภญ.อังคณา ศรีนามวงศ์

องค์การเภสัชกรรมขอแสดงความยินดีกับ ภญ.อังคณา ศรีนามวงศ์ เกษตรเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในโอกาสได้รับรางวัลศิษย์เก่าดีเด่น คณะเภสัชศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภญ.อังคณา ศรีนามวงศ์ จบการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ.2527 ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งเภสัชกรเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญทางด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เป็นผู้ที่ทุ่มเทการทำงาน และพัฒนางานด้านคุ้มครองผู้บริโภค มีการพัฒนาเครือข่ายโครงการต่างๆในระดับจังหวัด ทั้งด้านร้านยา บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนองค์ความรู้ด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาระบบสารสนเทศโดจิสติกส์ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการบริหารเวชภัณฑ์โดยจัดซื้อยาพร้อม ส่งเสริมพัฒนาร้านยา โดยดำเนินโครงการเภสัชกรประจำบ้านจังหวัดสุราษฎร์ธานี โครงการร้านยาพร้อมคัดกรองผู้ป่วยเอดส์ โครงการร้านยาพร้อมใจอดบุหรี่ การแก้ไขปัญหาการขายยาแก้ไอ การแก้อย่างไม่เหมาะสม การส่งเสริมร้านยาให้เข้าสู่วงการรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพ โครงการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อผลิตสมุนไพรภาคใต้ ร่วมเป็นคณะกรรมการรับรองคุณภาพร้านยา เป็นคณะกรรมการเพื่อจัดทำหลักเกณฑ์การขออนุญาตสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาเครือข่ายเภสัชสาธารณสุขจังหวัดภาคใต้ ภายใต้ตำแหน่งประธานกลุ่มเภสัชสาธารณสุขภาคใต้ 2 สมัย (ปี 2551-2556) และปัจจุบันดำรงตำแหน่งประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

จากผลงานที่ได้ทุ่มเทให้กับงานในตำแหน่งเภสัชกรเชี่ยวชาญ งานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง และมีผลงานที่เป็นประจักษ์ จนได้รับการคัดเลือกเป็นเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี 2558 จึงถือได้ว่าภญ.อังคณา ศรีนามวงศ์ เป็นบุคคลตัวอย่างที่สร้างคุณประโยชน์ต่อวิชาชีพเภสัชกรรม ต่อสังคม และต่อประเทศชาติ จึงสมควรยกย่องให้ได้รับรางวัลศิษย์เก่าดีเด่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เนื่องในวันมหิดล ประจำปี 2559





โปรแกรมธนาคารกรรมสมุนไพร

พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เยี่ยมชมบูธผลิตภัณฑ์จีพีโอ เคอร์มิน CURMIN Extra Whitening Facial ซึ่งเป็นสารสกัดจากมะหาด ขององค์การเภสัชกรรม ในโอกาสที่องค์การเภสัชกรรม ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และภาคีเครือข่าย ประชาสัมพันธ์ งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 13 ที่ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2559



แถลงข่าว

องค์การเภสัชกรรม ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และภาคีเครือข่ายแถลงข่าว เรื่อง “งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ 13” โดยองค์การฯ เปิดตัวผลิตภัณฑ์จีพีโอ เคอร์มิน สารสกัดจากมะหาด ที่สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2559



สะพานบุญ

ภก.สุนทร วรกุล กรรมการองค์การเภสัชกรรม มอบเงินแก่ คุณมะลิ แซ่ฉิ้น ผู้สื่อข่าวสถานีโทรทัศน์สี กองทัพบกช่อง 7 เพื่อนำไปมอบให้กับศูนย์เอราวัณ ให้ประโยชน์โดยซื้ออุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์สนับสนุนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้โครงการ สะพานบุญ ที่องค์การเภสัชกรรม

พลโท ชัยพฤกษ์ อัยยะภาคย์ เจ้ากรมกิจการพลเรือนทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย พร้อมด้วย นายยุทธนา ตันติพาณิชย์ ผู้อำนวยการกองประชาสัมพันธ์ องค์การเภสัชกรรม และคุณมะลิ แซ่ฉิ้น ผู้สื่อข่าวสถานีโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7 มอบคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สนับสนุนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์เอราวัณ โดยมี นพ.เพชรพงษ์ กำจรกิจการ ผู้อำนวยการศูนย์เอราวัณ เป็นผู้รับมอบ ที่ศูนย์เอราวัณ



เยี่ยมชมกิจการ

ภก.พิพัฒน์ นิยมการ รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ให้การต้อนรับเจ้าหน้าที่จากกองอนามัยสำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร เข้าเยี่ยมชมการดำเนินงานของโรงงานผลิตยารังสิต 1 ในส่วนของกองการผลิต กองบริหารระบบคุณภาพ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงงานผลิตยารังสิต 1 เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2559



อก.สนับสนุนงานประชุมวิชาการ “การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ครั้งที่ 15”

องค์การเภสัชกรรม ร่วมกับ สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย จัดงานประชุมวิชาการประจำปี เรื่องการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ครั้งที่ 15 โดยจัดให้มีการบรรยาย Luncheon Symposium ในหัวข้อ “Updates from international Conferences 2015-2016” โดยมี อ.พญ.อังสนา ภูเฝ้ากรัตน์ และ อ.นพ.พีระพงษ์ วีราภักษ์ เป็นวิทยากรบรรยาย พร้อมจัดบูธแนะนำผลิตภัณฑ์ และสิทธิในการใช้ยาเพื่อการรักษาให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมที่โรงแรม แมन्दาริน กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2559





อก.มอบเงิน 2 ล้าน

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม (อก.) มอบเงิน จำนวน 2 ล้านบาทให้กับผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา หน.ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อสนับสนุนงบประมาณปรับปรุง แผนกผู้ป่วยนอก เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระพรรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี รพ.ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระพรรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี เมื่อที่องค์การเภสัชกรรม เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2559

ให้การต้อนรับ

ดร.ภญ.มุกดาวรรณ ประกอบไวทยกิจ รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ให้การต้อนรับ คณะเจ้าหน้าที่จากสมาคมเภสัชกรรมอุตสาหกรรม (ประเทศไทย) ในโอกาสเข้าเยี่ยมชมการดำเนินงานของโรงงานผลิตยารังสิต 1 เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2559



อก.มอบยาช่วยน้ำท่วม

องค์การเภสัชกรรม โดย ภก.วิโรจน์ ทิฆมภาคย์ วิศิษฐ์ นักการตลาด 8 มอบยาชุดช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม จำนวน 2,000 ชุด ให้กับ นพ.ปิยะ ศิริลักษณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำไปช่วยเหลือประชาชนที่ประสบภัยน้ำท่วม ในพื้นที่ อ.นครไทย อ.วังทอง อ.เนินมะปราง และอ.ชาติตระการ จ.พิษณุโลก ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2559

ค่านิยมองค์กร

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เป็นวิทยากรสัมมนาหลักสูตรพัฒนาผู้บริหาร ในหัวข้อผู้บริหารแบบอย่างที่ดีของค่านิยมองค์กร โดยมีผู้บริหารตั้งแต่ระดับหัวหน้าแผนกขึ้นไปเข้าร่วมฟังการสัมมนาเพื่อการสร้างค่านิยมที่ดี แสดงให้เห็นถึงการมุ่งมั่นต่อค่านิยมองค์กร และเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์การฯ ที่องค์การเภสัชกรรม เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2559



ความร่วมมือไทย - กานา

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม และคณะผู้บริหาร ให้การต้อนรับนักศึกษาจาก School of Pharmacy, University of Ghana ประเทศ Ghana ในโอกาสเข้าฝึกปฏิบัติงานด้านอุตสาหกรรมยาขององค์การเภสัชกรรม ด้านการวิจัย และการประกันคุณภาพ ตามโครงการ Access to high quality and affordable medicines in Africa and South East Asia ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559



มอบยาให้ตำรวจใช้ปฏิบัติหน้าที่

ภก.นิพนธ์ อัตนวานิช รองผู้อำนวยการมอบยาต้านไวรัส องค์การเภสัชกรรม จำนวน 400 ชุด ให้ พ.ต.อ.ชัยพล เอกกุล ผู้กำกับกองกำกับการการอารักขาและควบคุมฝูงชน กทม. เพื่อนำไปใช้ในกิจกรรมของ กองกำกับการการควบคุมฝูงชน 1 กองกำกับการการอารักขาและควบคุมฝูงชน กทม. ที่องค์การเภสัชกรรม เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2559



ประชุมวิชาการสาธารณสุข

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ร่วมประชุม วิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2559 ภายใต้แนวคิด “ก้าวที่มั่นคง...สู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน” โดยองค์การเภสัชกรรมได้ร่วมจัดนิทรรศการในงานดังกล่าวด้วย ซึ่งจัดให้มี การอภิปราย/ บรรยาย /ประกวดผลงานและนิทรรศการจากหน่วยงานต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติคลองสิริราชสมบัติ ครอบคลุม 60 ปี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 6 - 8 กันยายน 2559



ประชุมวิชาการวัคซีนไข้หวัดใหญ่

ภก.สิทธิ ธีระภาคภูมิอนันต์ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ เป็นประธานเปิดการประชุมวิชาการ “The Great Learning Days, Seminar on GPO Flu Vaccine” โครงการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก ขององค์การเภสัชกรรม เพื่อติดตามความก้าวหน้า วิเคราะห์ข้อมูล และปัญหาที่พบจากการดำเนินงานของโครงการฯ ที่ผ่านมา ที่องค์การเภสัชกรรม เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2559



มอบเงินสนับสนุนจัดทำตำรา

ภก.พิพัฒน์ นิยมการ รองผู้อำนวยการ องค์การเภสัชกรรม มอบเงิน จำนวน 893,047 บาท แก่ รศ.ดร.ภักดี โพธิศิริ ประธานกรรมการมูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนา ระบบยา ในโครงการตำราโรงเรียนเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งโครงการนี้จะนำเงินมาจัดทำตำราโรงเรียน พร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเพื่อทรงพระราชทานแก่โรงเรียนที่ขาดแคลน ที่องค์การเภสัชกรรม เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2559



เชลู่

ดอกไม้วีรยุทธ ดอกไม้มากกว่าที่คิด!

โดย : ภก.นวเรศ เหลืองใส

โรงพยาบาลสุขสำราญ จังหวัดระนอง

ถ้า เราเดินทางไปยังจังหวัดที่
จะต้องตั้งใจไปเป็น
“พิเศษ” จังหวัดระนอง จัดว่าเป็น
จังหวัดหนึ่งที่ต้องตั้งใจเดินทางไป
จริงๆ ครับ จนได้ฉายาว่า **“ระนอง
ต้องตั้งใจมา”** สองข้างทางจากตัว
เมืองระนอง สู่อำเภอสุขสำราญ
ที่ผมเดินทางมารับใช้ประชาชน ที่นี่
เต็มไปด้วยสมุนไพรที่ผมเองก็แอบ
คิดว่า ชาวบ้านแถวนี้คงโชคดีมาก
เพราะที่นี่มีสมุนไพรที่ขึ้นตาม
ธรรมชาติอย่างอุดมสมบูรณ์อยู่
ตลอดทั้งสองข้างทางที่ผมได้เดิน
ทางเพื่อมาปฏิบัติงาน ณ อำเภอสุขสำราญ เมื่อสมัยที่ผมเรียนที่
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล ที่นี่มักจะเน้นการสอนวิชา
ที่มุ่งเน้นไปในสาย “Pharmaceutical
science” เน้นทางด้านการผลิต
และวิชาหนึ่งที่ผมรักมากที่สุดนั่นก็
คือวิชา เภสัชพฤกษศาสตร์ และ
เภสัชวินิจฉัย สมัยที่ผมเรียนก็ไม่
เคยคาดคิดว่า วิชาเหล่านี้จะนำมา
ใช้ประโยชน์ให้กับประชาชนใน
อนาคตข้างหน้าได้เป็นอย่างดี
ครั้งเมื่อใกล้ถึงวันสอบ วิชา

เภสัชพฤกษศาสตร์ ผมจะนัดกับ
เพื่อนๆ ไปเดินชมสมุนไพรในสวน
อุทยานธรรมชาติวิทยาสิริรุกษชาติ
ที่ศาลายา จังหวัดนครปฐม พวกเรา
เดินไปก็ทึ่งชื่อสมุนไพรไป
โดยเฉพาะชื่อวิทยาศาสตร์ที่จำได้
ยากเย็นแสนเข็ญ หนึ่งในสมุนไพร
นั้นก็มีสมุนไพรต้นหนึ่งที่เรามักจะ
ท่องกันเล่นๆ เพื่อให้จำได้ง่าย และ
จำได้ขึ้นใจ นั่นก็คือ ต้น **“ผู้ชาย
อินเดีย ดีมีดี แต่จืดบอย”** และนั่น
มันก็คือชื่อของ ต้น *Pluchea indica*
หรือ ต้น **“ขลุ”** นั่นเอง ในตอนนั้น
เราจำได้ว่า สรรพคุณที่เราจำก็คือ
ยาขับปัสสาวะ ลดความดันโลหิต
เท่านั้น

เมื่อไม่นานมานี้ ผมมีโอกา
สได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยท่านหนึ่ง ชื่อคุณ
ก้อหนี่ หาญจิตร ซึ่งท่านเองเป็น
อดีตกำนัน คนสำคัญของตำบล
กำพวน อำเภอสุขสำราญ ผมเคย
ได้ยินกิตติศัพท์มาจากพี่ที่ทำงาน
FCT ที่เราเป็นทีมเยี่ยมบ้านด้วยกัน
เป็นประจำ ซึ่งพี่มักจะเล่าให้ผม
ฟังว่า อดีตกำนัน ก้อหนี่ ท่านเป็น
ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลสูงมากโดย

ค่าน้ำตาลสูงจนน่าตกใจ เฉลี่ยสูง
เกือบ 800 mg% แต่หลังจากที่มี
การติดตามโดยทีมงาน FCT เรื่อง
การใช้ยา และการใช้ชีวิตประจำวัน
และมีการติดตามค่าน้ำตาล ก็พบว่า
ผู้ป่วยนั้นมีค่าน้ำตาลลดลงมาเป็น
ลำดับ ทางทีมงานจึงได้ปรึกษาม
ในฐานเภสัชกรที่ดูแลงานเยี่ยม
บ้าน เพื่อติดตามการใช้สมุนไพร
ของผู้ป่วยท่านนี้ที่ได้มีการใช้
สมุนไพรชนิดหนึ่งที่เรียกว่า **“ขลุ”**
ซึ่งผู้ป่วยใช้ดื่มเป็นน้ำชา มาตลอด
โดยดื่มชาใบขลุ หลังจากที่มีค่า
น้ำตาลสูง เฉลี่ยอยู่ที่ 800 mg %
และทางที่เยี่ยมบ้านก็ได้มีการ
ติดตามค่าน้ำตาล มาตลอดพบว่า
หลังรับประทานชาใบขลุมาตลอด
เวลา ค่าน้ำตาลของผู้ป่วยท่านนี้
ลดลงมาเป็นลำดับ 162 mg %
144 mg% และ 134 mg% กอปร
กับ ความดันโลหิตลดลง จาก
186/109 mmHg 158/80 mmHg
มาเป็น 130/80 mmHg ซึ่งลดลงได้
เป็นอย่างดี จากงานที่ได้รับมอบหมาย
จากทีมงาน FCT ผมจึงกลับมา
ศึกษาเรื่อง **“ขลุ”** สมุนไพรที่เคยรู้

ว่ามันคือยาขับปัสสาวะตอนสมัยเรียนเป็นนักศึกษา ตอนนั้นตามหลักการพวกเราเคยถูกสอนในห้องเรียนว่าเราต้องมีการติดตามเรื่อง ความปลอดภัยจากการใช้สมุนไพรก่อนเป็นอันดับแรก เพราะอะไรก็ตามแต่ ที่เราได้ยินได้ฟังมาจากการบอกเล่า นั้น ซึ่งจะต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence Base Medicine) ที่ถูกต้องเสียก่อนจึงจะยืนยันความปลอดภัยในการใช้สมุนไพรนั้นๆ ต่อไปในด้านประสิทธิภาพ หรือประสิทธิผลจากการใช้สมุนไพรนั้นๆ และจากหลักฐาน รวมทั้งจากบทความ ในด้าน Ethno Pharmacology และจากการแพทย์แผนไทย พบว่า การใช้ประโยชน์จากสมุนไพรขลุ่นั้น ขลุ้เป็นพืชสมุนไพรที่ใช้รับประทานเป็นผักเครื่องเคียงได้ โดยการนำไปปลวกจิ้ม น้ำพริก หรือใส่ในแกงคั่ว นอกจากนั้น ยังนำไปตากแห้งใช้ทำชา ต้มแก้กระหายน้ำ ช่วยลดน้ำหนักได้เนื่องจากขับน้ำส่วนเกินได้เป็นอย่างดี อีกทั้ง ยอดอ่อนรับประทานเป็นโดยทำเป็นแกงดอกนำไปยำกับเนื้อสัตว์ต่างๆ ได้มีรสชาติอร่อย ส่วนฤทธิ์ทางด้านสมุนไพรของขลุ้ นั้น ทั้งต้นใช้ต้มเป็นช่วยขับปัสสาวะ แก้ปัสสาวะพิการ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้มอาบ แก้ผื่นคันและโรคผิวหนัง ใบและรากใช้แก้ไข้ พอกแก้แผลอักเสบ ใบกับต้นอ่อนใช้รักษาอาการปวดตามข้อใบช่วยรักษาโรคริดสีดวงทวาร โดยการคั้นน้ำจาก

ใบสด แก้กระษัย เป็นช่วยในด้านอายุวัฒนะ รากสด รับประทานเป็นเพื่อฝาดสมาน แก้บิด ไข้หวัด ซึ่งสรรพคุณดังที่บทความกล่าวมานั้น ถ้าเรายึดถือตามหลัก Ethno Pharmacology และหลักการแพทย์แผนไทย ถือได้ว่า ขลุ้ เป็นสมุนไพรที่ปลอดภัย และสามารถใช้เป็นอาหารได้ อีกทั้งนำมาทำเป็นเครื่องดื่มประเภทชา ซึ่งก้าน ก้อนนี้ที่ผมได้ไปสัมภาษณ์นั้นได้ให้ข้อมูลว่า จากการบอกเล่าของ ปู่ ย่า ตา ยาย สมุนไพรในบ้านสุพรรณบุรี เรามีมากมาย โดยเฉพาะ ขลุ้ ซึ่งเป็นพืชท้องถิ่นที่ขึ้นง่าย และมีขึ้นหนาแน่น ตามแหล่งพรุ หรือป่าชายเลนที่อุดมสมบูรณ์ และขึ้นเองตลอดทางจาก ตำบลนาตาซึ่งเป็นตำบลตอนเหนือของอำเภอสุนทรารามไปจนถึง ตำบลกำพวน ซึ่งเป็นตำบลที่ก้าน ก้อนนี้ หาญจิตรเคยปกครองอยู่สมัยหนุ่มๆ ขลุ้ นั้นเป็นสมุนไพรที่ถูกใช้มานานโดยใช้เป็นชาในการรักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตั้งแต่บรรพบุรุษ แม้กระทั่งชาวเล หรือ ชาวมอแกน ก็ปรากฏว่ามีการใช้เพื่อดูแลสุขภาพ

มานานแล้ว ที่ชาวเล หรือ ชาวมอแกน มักเรียกขลุ้ว่า **“ชาเล”**

และหนึ่งในงานเภสัชกรรมปฐมนิเทศน์ รวมทั้งงานแพทย์แผนไทยนั้น จึงทำให้ผมได้จุดประกายขึ้นมาได้ว่านี่แหละ คืองานที่สามารถตอบโจทย์ตัวชี้วัดเรื่องการพึ่งพาตนเองด้วยสมุนไพรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ได้อีกตัวชี้วัดหนึ่ง และยังเป็น การส่งเสริมภูมิปัญญาของคนท้องถิ่น ที่ได้เคยใช้กันมานานแล้ว เพียงแต่ขาดปัจจัยส่งเสริม และในการนำหลักวิชาการมาสนับสนุน เพื่อส่งเสริมความน่าเชื่อถือที่ว่า ให้เป็นไปตามหลักทางวิชาการมากขึ้น และจึงเป็นที่มาของโครงการนำร่องพัฒนาตัวชี้วัดงานเภสัชกรรมปฐมนิเทศน์ และงานส่งเสริมด้านสมุนไพรของแพทย์แผนไทย ในหัวข้อ การส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรโดยใช้ใบขลุ้ เป็นหนึ่งในสมุนไพรที่จะนำมาช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ชุมชนผมได้เข้าไปติดตามดูแล ก้าน ก้อนนี้ หาญจิตร ท่านนี้ และขอให้ท่านได้เป็นตัวอย่างหรือนายแบบ





“บอู่ คือดอกไม้ริมทางที่รอวันพิสูจน่อนาคทว่า
ดอกไม้ริมทางดอกนี้ คือดอกไม้ที่มีคุณค่าแต่ราคาน้ำอัดลม”

ອ້າງອິງ

- 22

การประเมินการใช้ยา Simvastatin ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครชัยศรี



วาสนา คำชม ภ.บ. โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณน่าย้อนหลัง (Retrospective-Descriptive study) โดยวิธีการสำรวจเก็บข้อมูลในขณะผู้ป่วยได้มารับการสั่งใช้ยามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการใช้ยา Simvastatin ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครชัยศรี ในด้านข้อบ่งใช้ และการบรรลุเป้าหมายในการรักษากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Simvastatin ทุกรายที่มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอก ในช่วงระหว่างวันที่ 14 มีนาคม ถึง 20 มีนาคม 2559 จำนวน 426 คน พิจารณาตามเกณฑ์การประเมินโดยอ้างอิงจาก ACC/AHA 2013 guideline ซึ่งเน้นการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Statins ที่มีหลักฐานที่ยืนยันว่าได้ประโยชน์จากการรักษาชัดเจน โดยดูผลการรักษาที่ค่าของ LDL-C และ/หรือ non HDL-C และการรักษาจะเน้นเพียงกลุ่มผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์จากการรักษา 4 กลุ่ม ดังนี้คือ ผู้ป่วยที่มี clinical atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD), ผู้ป่วยที่มี

LDL-C >190 mg/dl, ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40-75 ปี ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และไม่มี clinical ASCVD และผู้ป่วยที่ไม่มี clinical ASCVD หรือเบาหวาน ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และมี estimated 10 years ASCVD risk $>7.5\%$

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมในการใช้ยา Simvastatin มีจำนวนทั้งหมด 309 คน คิดเป็นร้อยละ 77.23 โดยกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบจากการใช้ยา Simvastatin คือการใช้ในผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40-75 ปี ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และไม่มี clinical ASCVD มีจำนวน 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.02 ผลการศึกษาเรื่องการบรรลุเป้าหมายในการรักษาจากการใช้ยา Simvastatin เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินโดยอ้างอิงจาก ATP III guideline ซึ่งเน้นการประเมิน LDL-C ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่สามารถลดระดับ LDL-C จนถึงเกณฑ์เป้าหมายมีจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 46.93 ซึ่งจากผลการศึกษาเห็นได้ว่ายังมีการใช้ยา Simvastatin อย่างไม่เหมาะสมอยู่

สาเหตุอาจเกิดจากการปฏิบัติงานจริงแพทย์ผู้ทำการรักษาสารารถดูข้อมูลผู้ป่วยหรือซักถามข้อมูลเบื้องต้นได้ แต่เมื่อต้องมาคำนวณ estimated 10 years ASCVD risk รวมด้วย อาจจะทำให้แพทย์ไม่สามารถคำนวณได้ตามต้องการเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาและจำนวนผู้ป่วยที่มาบริการรักษา ดังนั้นการหาแนวทางเพื่อการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นในการนำมาใช้ประเมินอาจมีส่วนช่วยให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายไม่มีประวัติการตรวจระดับไขมันในเลือดมานานกว่า 12 เดือน ทำให้การประเมินต้องใช้ข้อมูลย้อนหลังที่สามารถหาได้มาทำการประเมินหรือไม่สามารถที่จะหาข้อมูลมาประเมินได้ ดังนั้นการกำหนดแนวทางของเวลาของการติดตามการใช้ยา Simvastatin ว่าควรมีการเจาะเวลาใดบ้าง เมื่อไร จะมีส่วนช่วยในการประเมินการใช้ยาได้เพิ่มมากขึ้น และทำให้ได้ข้อมูลปัจจุบันของผู้ป่วยมากที่สุด





ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) นำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนมากมายซึ่งจากงานวิจัยของ Inter Asia Collaborative Group¹ พบว่าคนไทยกว่า 4 ล้านคน มีระดับไขมันผิดปกติซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยโดยสาเหตุส่วนหนึ่งของการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติคือการปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิตเป็นแบบตะวันตกมากขึ้น บริโภคเนื้อสัตว์ แป้งและไขมันเพิ่มมากขึ้น บริโภคผักและผลไม้ลดลง สูบบุหรี่ การมีภาวะความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายน้อยลง และมีความเครียดเพิ่มขึ้น² ดังนั้นการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้เป็นปกติจะสามารถลดความเสี่ยงต่ออัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดและหัวใจได้นั่นเอง

การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงระยะเริ่มต้นสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) หากยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ อาจพิจารณาให้ยาลดไขมันร่วมด้วย ยา Simvastatin เป็นยาในกลุ่ม HMG CoA reductase inhibitors (Statins) มีการออกฤทธิ์ลดระดับ low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) ในเลือดได้ โดยออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ HMG CoA reductase ลดการสังเคราะห์ cholesterol ที่ตับ จึงส่งผลให้ลดระดับ LDL-C ได้ดีกว่ายาในกลุ่มอื่นๆ การเลือกใช้ยา Simvastatin ในการรักษามีความแตกต่างกันตามวิชาการหรือแนวทางการรักษาของแต่ละแพทย์ที่ใช้อ้างอิง ซึ่งโรงพยาบาลนครชัยศรี เป็นโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีการใช้ยา Simvastatin ในการรักษาเป็นจำนวนมาก จะเห็นได้จากปริมาณการใช้ยาเป็นอันดับที่ 2 รองจากยา Amlodipine โดยในแต่ละปีมีการสั่งใช้ยาประมาณ 1,900,000 เม็ดต่อปี คิดเป็นมูลค่าประมาณ 900,000 บาทต่อปี ดังนั้นทางกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ จึงได้ทำการประเมินการใช้ยา Simvastatin เพื่อศึกษาความเหมาะสมในการใช้ยา Simvastatin และการบรรจุเป้าหมายในการรักษาในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครชัยศรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเหมาะสมของการใช้ยา Simvastatin และการบรรจุเป้าหมายในการรักษาโดยการลดระดับ LDL-C ถึงเกณฑ์เป้าหมาย ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครชัยศรี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective-Descriptive study) โดยวิธีการสำรวจ

2. สถานที่ทำการวิจัย

งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

3. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา Simvastatin ที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก ในช่วงระหว่างวันที่ 14 มีนาคม ถึง 20 มีนาคม 2559

4. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จาก ประชากรที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Simvastatin ทุกราย
2. ผู้ป่วยมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ในช่วงระหว่างวันที่ 14 มีนาคม ถึง 20 มีนาคม 2559
3. มีประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วยและข้อมูลความเสี่ยงครบถ้วนสมบูรณ์เพียงพอที่จะประเมินได้

5.การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หารายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับยา Simvastatin จากระบบคอมพิวเตอร์
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)
3. ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา Simvastatin ตามเกณฑ์ที่อ้างอิงจาก ACC/AHA 2013 guideline³ โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์จากการรักษา 4 กลุ่ม ดังนี้
 - 3.1 ผู้ป่วยที่มี clinical atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) (ASCVD ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติ acute coronary syndrome, chronic stable angina, coronary or other arterial revascularization, stroke, TIA, peripheral arterial disease ที่มีสาเหตุจาก atherosclerosis)
 - 3.2 ผู้ป่วยที่มี LDL-C > 190 mg/dl
 - 3.3 ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40-75 ปี ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และไม่มี clinical ASCVD
 - 3.4 ผู้ป่วยที่ไม่มี clinical ASCVD หรือเบาหวาน ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และมี estimated 10 years ASCVD risk > 7.5%
4. ประเมินการบรรลุเป้าหมายการรักษาโดยการลดระดับ LDL-C ถึงเกณฑ์เป้าหมาย ที่อ้างอิงจาก NCEP III 2001 guideline⁴ โดยการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงสูง กลาง ต่ำ จากการประเมินโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แล้วและผู้ที่มีโรคอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงเทียบเท่ากับเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ (major risk factors) ได้แก่ อายุ ระดับความดันหรือได้รับยาลดความดันอยู่ ระดับ HDL-C ประวัติครอบครัวและการสูบบุหรี่ จากนั้นประเมิน Framingham risk scores สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป เพื่อประเมิน 10-year risk จากนั้นนำมาตั้งเกณฑ์เป้าหมายในการรักษา
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ผลข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปช่วยในการคำนวณค่าทางสถิติ ซึ่งประกอบด้วย

 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าร้อยละ
 2. ผลการศึกษาการใช้ยา Simvastatin โดยเปรียบเทียบความเหมาะสมและความไม่เหมาะสมในการใช้ยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าร้อยละ
 3. ผลของการบรรลุเป้าหมายในการรักษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาความเหมาะสมของการใช้ยา Simvastatin และการบรรลุเป้าหมายในการรักษาในผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครชัยศรีในช่วงระหว่างวันที่ 14 มีนาคม ถึง 20 มีนาคม 2559

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน ซึ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 65.49 เพศชาย 147 คน คิดเป็นร้อยละ 34.51 มีอายุเฉลี่ย 61.75 ± 10.24 ปี ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 7

ตาราง 7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	279	65.49
- ชาย	147	34.51
อายุเฉลี่ย (ปี) mean $\pm$ SD	61.75 ± 10.24	

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความเหมาะสมของการใช้ยา Simvastatin

ผลการศึกษาความเหมาะสมในการใช้ยา Simvastatin เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินโดยอ้างอิงจาก ACC/AHA 2013 guideline เน้นการรักษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์จากการรักษา 4 กลุ่ม ดังนี้คือ ผู้ป่วยที่มี clinical atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD), ผู้ป่วยที่มี LDL-C ≥ 190 mg/dl, ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40-75 ปี ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และไม่มี clinical ASCVD และผู้ป่วยที่ไม่มี clinical ASCVD หรือเบาหวานที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และมี estimated 10 years ASCVD risk $\geq 7.5\%$ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมในการใช้ยา Simvastatin มีจำนวนทั้งหมด 309 คน คิดเป็นร้อยละ 77.23 โดยกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบจากการใช้ยา Simvastatin คือ การใช้ในผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40-75 ปี ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และไม่มี clinical ASCVD มีจำนวน 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.02 รองลงมาคือการใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มี clinical ASCVD หรือเบาหวาน ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และมี estimated 10 years ASCVD risk $\geq 7.5\%$ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 30.74 ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 8 และ 9

ตาราง 8 ความเหมาะสมในการใช้ยา Simvastatin

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน	
	จำนวน	ร้อยละ
ประเมินการใช้ยา Simvastatin		
- เหมาะสม	309	77.23
- ไม่เหมาะสม	117	22.77

ตาราง 9 กลุ่มผู้ป่วยจากการใช้ยา Simvastatin

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 309 คน	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยที่มี clinical atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD)	25	8.09
2. ผู้ป่วยที่มี LDL-C ≥ 190 mg/dl	19	6.15
3. ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40-75 ปี ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และไม่มี clinical ASCVD	170	55.02
4. ผู้ป่วยที่ไม่มี clinical ASCVD หรือ เบาหวาน ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และมี estimated 10 years ASCVD risk $\geq 7.5\%$	95	30.74

ส่วนที่ 3 ผลการบรรลุเป้าหมายในการรักษาจากการใช้ยา Simvastatin

ผลบรรลุเป้าหมายในการรักษาจากการใช้ยา Simvastatin เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินโดยอ้างอิงจาก ATP III guideline ซึ่งเน้นการลดระดับ LDL-C ให้ถึงเกณฑ์เป้าหมายในกลุ่มผู้ป่วยที่จำแนกความเสี่ยงตามระดับผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่สามารถลดระดับ LDL-C จนถึงเกณฑ์เป้าหมายมีจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 46.93 โดยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงต่ำ มีผู้ป่วยที่มีระดับ LDL-C ถึงเกณฑ์เป้าหมาย จำแนกตามกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 41.35, 80.00 และ 62.5 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 10 และตารางที่ 11

ตาราง 10 แสดงผลการบรรลุเป้าหมายในการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 309 คน	
	จำนวน	ร้อยละ
การบรรลุเป้าหมายในการรักษา		
- ถึงเกณฑ์เป้าหมาย	145	46.93
- ไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย	164	53.07

ตาราง 11 แสดงกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถลดระดับ LDL-C ถึงเกณฑ์เป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 309 คน		
	จำนวนทั้งหมด	ถึงเกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ
CHD and CHD Risk Equivalents (10-year risk $> 20\%$) (LDL-C goal <100)	208	86	41.35
2+ Risk Factors (10-year risk $\leq 20\%$) (LDL-C goal <130)	85	68	80.00
0-1 Risk Factor (LDL-C goal <160)	16	10	62.5

สรุปและวิจารณ์ผล

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน ซึ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 65.49 เพศชาย 147 คน คิดเป็นร้อยละ 34.51 มีอายุเฉลี่ย 61.75 ± 10.24 ปี โดยทำการศึกษาเพื่อประเมินการใช้ยา Simvastatin โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การศึกษาความเหมาะสมของการใช้ยาและการบรรลุเป้าหมายในการรักษาจากการลดระดับ LDL-C ให้ถึงเกณฑ์เป้าหมาย

ผลการศึกษาความเหมาะสมในการใช้ยา Simvastatin เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินโดยอ้างอิงจาก ACC/AHA 2013 guideline เน้นเพียงกลุ่มผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์จากการรักษา 4 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมในการใช้ยา Simvastatin มีจำนวนทั้งหมด 309 คน คิดเป็นร้อยละ 72.53 โดยกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบจากการใช้ยา Simvastatin คือการใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน อายุ 40-75 ปี ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และไม่มี clinical ASCVD มีจำนวน 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.02 รองลงมาคือ การใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มี clinical ASCVD หรือเบาหวาน ที่มี LDL-C 70-189 mg/dl และมี estimated 10 years ASCVD risk $\geq 7.5\%$ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 30.74 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา เยื้องกลาง⁵ พบการสั่งใช้ยา Simvastatin เหมาะสม จำนวน 164 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 การศึกษาของนันทนา นักเสี่ยงและรัตติยา กาสี⁶ พบการสั่งใช้ยา Simvastatin เหมาะสม จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3

แต่แตกต่างจากการศึกษาของพัทริยา โภคะกุล⁷ ที่พบการสั่งใช้ยา Simvastatin เหมาะสมเพียงจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 13.77 เท่านั้น จากผลการศึกษายังเห็นได้ว่ายังมีการใช้ยา Simvastatin อย่างไม่เหมาะสมอยู่ จะเห็นได้จากว่ายังมีจำนวนผู้ป่วย 117 รายที่ได้รับยา Simvastatin ในการรักษาแต่ไม่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่กำหนดสาเหตุอาจเกิดจากการปฏิบัติงานจริงแพทย์ผู้ทำการรักษาสามารถดูข้อมูลผู้ป่วยหรือซักถามข้อมูลเบื้องต้นได้ในบางข้อ เช่น ประวัติ ASCVD ประวัติโรคประจำตัวหรือระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยได้ แต่เมื่อต้องมาคำนวณ estimated 10 years ASCVD risk ร่วมกับ อาจจะทำให้แพทย์ไม่สามารถคำนวณได้ตามต้องการเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลา และจำนวนผู้ป่วย ที่มารับการรักษาจึงส่งผลให้ยังพบการใช้ยาไม่เหมาะสมอยู่ ดังนั้นการหาแนวทางเพื่อการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นในการนำมาใช้ประเมิน อาจมีส่วนช่วยให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นได้ เช่น อาจจะมีการคำนวณ estimated 10 years ASCVD risk ไว้ล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์ เป็นต้น นอกจากนั้นการค้นหาระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยบางรายเป็นไปได้ยาก คือไม่มีประวัติการตรวจระดับไขมันในเลือดมานานกว่า 12 เดือน ทำให้การประเมินต้องใช้ข้อมูลย้อนหลังที่สามารถหาได้มาทำการประเมินหรือไม่สามารถที่จะหาข้อมูลมาประเมินได้ ดังนั้นการกำหนดแนวทางของเวลาของการติดตามการใช้ยา Simvastatin ว่าควรมีการเจาะเวลาใดบ้าง เมื่อไรจะมีส่วนช่วยในการประเมินการใช้

ยาได้เพิ่มมากขึ้น และทำให้ได้ข้อมูลปัจจุบันของผู้ป่วยมากที่สุด

ผลบรรลุเป้าหมายในการรักษาจากการใช้ยา Simvastatin เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินโดยอ้างอิงจาก ATP III guideline ซึ่งเน้นการลดระดับ LDL-C ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ถึงเกณฑ์เป้าหมายในกลุ่มผู้ป่วยที่จำแนกความเสี่ยงตามระดับ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่สามารถลดระดับ LDL-C จนถึงเกณฑ์เป้าหมาย มีจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 46.93 โดยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงต่ำ มีจำนวนทั้งหมด 208, 85 และ 16 คนตามลำดับ มีผู้ป่วยที่มีระดับ LDL-C ถึงเกณฑ์เป้าหมายจำนวน 86, 68 และ 10 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 41.35, 80.00 และ 62.5 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา เยื้องกลาง⁵ พบผู้ป่วยมีระดับ LDL-C ถึงเกณฑ์เป้าหมายในการรักษาโดยพบจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.56 การศึกษาของชุตติพร กิตติยาศัย, ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนุกิจกุลและนครินทร์ ศันสนยุทธร⁸ พบผู้ป่วยมีระดับ LDL-C ถึงเกณฑ์เป้าหมายในการรักษาคิดเป็นร้อยละ 47.7 เมื่อพิจารณาแยกตามระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจระดับสูง ปานกลางและต่ำ พบผู้ป่วยสามารถลดระดับ LDL-C ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 83.7, 70 และ 35 ตามลำดับ จากผลการศึกษายังเห็นว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ยังมีระดับ LDL-C ไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายจำนวน 164 คน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงสูงมีจำนวน

ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 41.35 เท่านั้นที่มีระดับ LDL-C ถึงเกณฑ์เป้าหมาย สาเหตุอาจเกิดจากขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพราะจากการสังเกตในขณะปฏิบัติงานผู้ป่วยได้รับขนาดยา

เพียง 10-20 mg เท่านั้น มีน้อยรายที่ได้รับขนาดยาถึง 40 mg ทำให้ระดับ LDL-C ลดลงไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นในการทำการศึกษาค้างหน้า ควรมีการพิจารณา

เรื่องขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับร่วมด้วย เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) จะทำให้สามารถติดตามประสิทธิผลในการรักษาและผลข้างเคียงจากการใช้าร่วมด้วย
2. การศึกษาค้างต่อไปควรทำการศึกษาเกี่ยวกับขนาดยาที่ใช้ในการรักษาโรคไขมันในเลือดสูง เพื่อให้ผู้ป่วยถึงเป้าหมายในการรักษาให้มากที่สุด
3. การศึกษาค้างต่อไปควรทำการศึกษาในเชิงทดลอง เช่น การให้การบริบาลทางเภสัชกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาของผู้ป่วย และยังเป็นกรเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในงานด้านการบริบาลเภสัชกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาญวิทย์ ศุภประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี ที่สนับสนุนให้ทำการศึกษา และเภสัชกรทุกท่านในโรงพยาบาลนครชัยศรี ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

อ้างอิง

1. InterASIA Collaborative Group. Cardiovascular risk factor levels in urban and rural Thailand--The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia (InterASIA). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10:249-57.
2. ณัฐริกา กิตติคุณ. การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของยากลุ่ม statin ในการป้องกันปฐมภูมิและทุติยภูมิในโรคหัวใจและหลอดเลือด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี* 35(2) : 139-146, 2553.
3. Smith SC, Blair SN, Bonow RO, et al. AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 update. *Circulation* 2001; 104: 1577-9.
4. National Cholesterol Education Program Expert Panel. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
5. นัยนา เยื้องกลาง. การประเมินความเหมาะสมในการสั่งจ่าย Simvastatin ตามเงื่อนไขของบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2558;7(3): 95-99.
6. นันทนา นักเสียง และรัตติยา กาสี. การประเมินความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยากลุ่ม statins ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. *วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2547.
7. พัทยา โกะกุล. การประเมินการใช้ยาลดไขมันในเลือดกลุ่มสแตตินในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี. *วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2544.
8. ชูติพร กิตติชาติ และคณะ. การประเมินผลการใช้ยาลดไขมันกลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitors ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารแพทย์ทหารบก* 58(3) : 191-201, 2548.

การทบทวนการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์



โดย ภญ.เพ็ญฤทัย เพ็ญพนสิริ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เป็นการศึกษาระยะย้อนหลัง (retrospective study) ระหว่าง เดือน เมษายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2558 โดยใช้ฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจากโปรแกรม SSB มาวิเคราะห์ผ่านโปรแกรม Microsoft Excel 2010 สถิติที่ใช้คือการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยนอก

ทั้งหมด 46,458 ราย เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ 1,370 ราย (ร้อยละ 2.95) เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 288 ราย (ร้อยละ 0.62) ผลการทบทวนการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับยาปฏิชีวนะ มี 1,203 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.81 โดยพบว่าเป็นเพศหญิงใกล้เคียงกับเพศชาย พบการใช้ยาปฏิชีวนะในช่วงอายุ 0 – 5 ปี (ร้อยละ 49.38) และ 6 – 10 ปี (ร้อยละ 37.16) มากที่สุด มีมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะรวม 484,875 บาทรายการยาปฏิชีวนะที่มีมูลค่าสูงสุด 5 ลำดับแรกที่ได้รับคือ Azithromycin suspension, Cefditoren fine granule, Co-

amoxiclav suspension, Cefixime suspension และ Amoxicillin dry syrup ผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะมี 157 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.51 โดยพบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบการใช้ยาปฏิชีวนะในช่วงอายุ 0 – 5 ปี (ร้อยละ 52.23) และ 6 – 10 ปี (ร้อยละ 37.58) มากที่สุด มีมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน รวม 76,264 บาทรายการยาปฏิชีวนะที่มีมูลค่าสูงสุด 5 ลำดับแรกที่ได้รับคือ Cefixime suspension, Cefditoren fine granule, Co-trimoxazole suspension, Norfloxacin 400 mg tab. และ Norfloxacin 100 mg tab.

คำสำคัญ

กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ Respiratory Infection (RI) หมายถึง โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

กลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea (AD) หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวมากกว่าปกติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน หรือ ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์



ประเทศไทยมีแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนหนึ่งมาจากการสั่งจ่ายยาหรือจ่ายยาโดยไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสม ร่วมกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมโดยประชาชนเอง ส่งผลให้อัตราเชื้อดื้อยาของประเทศไทยเพิ่มสูงถึงร้อยละ 25 – 50 จากการเก็บข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (Nation Antimicrobial Resistance Surveillance of Thailand หรือ NARST) พบว่าเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดในประเทศไทยมีแนวโน้มดื้อยาเพิ่มขึ้น ได้แก่ เชื้อ *Acinebacter baumannii* ที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล มีอัตราดื้อยาหลายชนิดสูงถึง 50 – 60% ได้แก่ ยาในกลุ่ม aminoglycoside, beta – lactam, quinolone นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 จึงได้กำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 ของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2555 – 2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล ผล ถูกต้อง และคุ้มค่าการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital) เป็นการบูรณาการกลไกและเครื่องมือสำคัญที่มีบทบาทผลักดันยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 นี้ ให้สามารถดำเนินไปสู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดตัวชี้วัด เพื่อการติดตามประเมินผล การดำเนินงานของโรงพยาบาลหลายด้าน การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible Use of Antibiotics : RUA) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญ เป็นการรักษาและป้องกันโรคหรือภาวะที่มีหลักฐานว่ายาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็นในผู้ป่วยส่วนมาก แต่ยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่มาก โดย 2 โรคเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนมากไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยนอกที่มี RI และรับบริการที่ร้านยา คลินิกหรือโรงพยาบาล ได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่วัยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะเฉลี่ยของโรงพยาบาลร้อยละ 60) ทั้งที่มีหลักฐานเชิงวิชาการระบุว่า โรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 10 และการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียไม่มีประโยชน์ ทำให้เกิดโทษจากผลข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันเกือบทั้งหมดไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโดยโครงการฯ กำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัด คือ การใช้ยาปฏิชีวนะในทั้ง 2 กลุ่มโรคดังกล่าว ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการดำเนินการควบคุมการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

วิธีการศึกษา/ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในงานบริการผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์เก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันระหว่าง เดือน เมษายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2558

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. กำหนดรหัสยา และรหัสโรคที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล
2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สรุปรายงานการให้บริการผู้ป่วยนอกจากโปรแกรม SSB ระหว่างเดือน เมษายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2558 แยกตามรหัสโรค และข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยแต่ละรายแปลงให้เป็นข้อมูลในรูปแบบโปรแกรม Microsoft Excel 2010
3. นำผลข้อมูลที่ได้มาประมวลผลที่ต้องการศึกษาตามวัตถุประสงค์ โดยใช้ โปรแกรม Microsoft Excel 2010 สถิติที่ใช้คือการแจกแจงความถี่ ร้อยละได้แก่
 - ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
 - รายการยาและมูลค่ายาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจได้รับ
 - ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
 - รายการยาและมูลค่ายาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้รับ

การนำไปใช้ประโยชน์

นำข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไปกำหนดมาตรการควบคุมกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน เมษายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยนอกทั้งหมด 46,458 ราย เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ 1,370 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.95 เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 288 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.62

ผลการทบทวนการใช้ยา ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจรวมทั้งหมด 1,370 ราย ได้รับยาปฏิชีวนะจำนวน 1,203 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.81

ตารางที่ 1 แสดงโครงสร้างกลุ่มอายุผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับยาปฏิชีวนะ พบในช่วงอายุ 0 – 5 ปี (ร้อยละ 49.38) และ 6 – 10 ปี (ร้อยละ 37.16) มากที่สุด

กลุ่มอายุ	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	ร้อยละ
	ราย	ราย	ราย	
0 – 5 ปี	282	312	594	49.38
6 – 10 ปี	234	213	447	37.16
11 – 15 ปี	22	31	53	4.41
15 ปี ขึ้นไป	57	52	109	9.06
รวม	594	608	1203	100.00

ตารางที่ 2 แสดงรายการยาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจได้รับ มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 484,875 บาท โดยรายการยาปฏิชีวนะที่มีมูลค่าสูงสุด 5 อันดับแรก ดังนี้

ลำดับ	รายการยา	มูลค่า(บาท)	ร้อยละ
1	Azithromycin suspension 200 mg/5ml	160,800	33.16
2	Cefditoren fine granule 50 mg/sachet	132,352	27.30
3	Co-amoxiclav suspension 457/5ml	127,710	26.34
4	Cefixime suspension 100 mg/5ml	34,440	7.10
5	Amoxicillin dry syrup 250 mg/5 ml	13,850	2.86

ผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน รวมทั้งหมด 228 ราย ได้รับยาปฏิชีวนะ จำนวน 157 ราย คิดเป็น ร้อยละ 54.51

ตารางที่ 3 แสดงโครงสร้างกลุ่มอายุผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ พบในช่วงอายุ 0 – 5 ปี(ร้อยละ 52.23) และ 6 – 10 ปี (ร้อยละ 37.58) มากที่สุด

กลุ่มอายุ	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	ร้อยละ
	ราย	ราย	ราย	
0 – 5 ปี	36	46	82	52.38
6 – 10 ปี	25	34	59	37.58
11 – 15 ปี	0	2	2	1.27
15 ปี ขึ้นไป	7	7	14	8.92
รวม	68	89	157	100.00

ตารางที่ 4 แสดงรายการยาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้รับ มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 76,264 บาท โดยรายการยาปฏิชีวนะที่มีมูลค่าสูงสุด 5 อันดับแรก ดังนี้

ลำดับ	รายการยา	มูลค่า(บาท)	ร้อยละ
1	Cefixime suspension 100mg/5ml	74,264	97.29
2	Cefditoren fine granule 50mg/sachet	1,044	1.37
3	Co-Trimoxazole suspension	390	0.51
4	Norfloracin tablet 400 mg	360	0.47
5	Norfloracin tablet 100 mg	270	0.35

อภิปรายผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งหมด 1,370 ราย ได้รับยาปฏิชีวนะ จำนวน 1,203 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.81 เมื่อนำมาเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัด คือ การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วย พบว่าการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ ชยพงศ์ รัตนพงศ์ เลขะ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 72 และการศึกษาของสิริพร วงษ์ศรีทอง ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตาดลี จ.นครสวรรค์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 69.18 เมื่อทบทวนรายการยาปฏิชีวนะที่มูลค่าการใช้สูงสุด 5 อันดับแรก คือ Azithromycin suspension, Cefditoren fine granule, Co-amoxiclav suspension, Cefixime suspension และ Amoxicillin dry syrup ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร วงษ์ศรีทอง พบว่า รายการยาปฏิชีวนะที่ใช้ในลำดับต้น คือ Amoxicillin 500 mg cap., Amoxicillin dry syrup, และ Roxithromycin tab. และไม่สอดคล้องกับแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน RI โดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในโรคหวัด และไข้หวัด

ใหญ่ (Influenza) ที่ไม่มีปอดอักเสบ ติดเชื้อร่วมด้วย ซึ่งใช้มักหายเอง ภายใน 3 – 5 วัน เจ็บคอ 4 – 5 วัน น้ำมูก 5 – 7 วัน ไอ 7- 10 วัน ยาปฏิชีวนะไม่ลดความรุนแรงของอาการ ไม่ป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน และไม่ลดระยะเวลาของอาการดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ หากต้องการบรรเทาอาการดังกล่าว ให้ใช้ยาบรรเทาตามอาการที่รบกวนผู้ป่วยมาก เช่น ยาลดไข้ แก้ปวด ซึ่งบรรเทาอาการเจ็บคอด้วย ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในโรคคอหอยอักเสบ (Acute Nasopharyngitis) และต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน (Acute tonsillitis) ยกเว้นมีหลักฐานบ่งถึงการติดเชื้อ Group A Streptococcus (GAS) โดยอาจใช้ Amoxicillin เพราะยังไม่เคยพบว่าเชื้อ GAS คือยาในกลุ่ม Penicillins หากแพ้ Penicillin ให้ใช้ Roxithromycin ในผู้ใหญ่ หรือเด็กโต หรือ Erythromycin suspension ในเด็กเล็ก และให้ยานาน 10 วัน เพื่อป้องกัน rheumatic fever ไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะในโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (Acute bronchitis) ซึ่งมากกว่าร้อยละ 95 ไม่ได้มีสาเหตุมาจากแบคทีเรีย ยาปฏิชีวนะไม่ลดความรุนแรงและระยะเวลาของการไออย่างมีนัยสำคัญ

2. ผู้ป่วยกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันรวมทั้งหมด 228 ราย ได้รับยาปฏิชีวนะ จำนวน 157 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.51 เมื่อนำมาเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัด คือ การใช้

ยาปฏิชีวนะไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วย พบว่าการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ อติศักดิ์ วงศ์ในพบผู้ป่วยโรคท้องร่วงเฉียบพลันได้รับยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 63.23 และการศึกษาของ สิริพร วงษ์ศรีทอง พบว่าผู้ป่วยโรคท้องร่วงเฉียบพลันได้รับยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 46.26 เมื่อทบทวนรายการยาปฏิชีวนะที่มูลค่าการใช้สูงสุด 5 อันดับแรก คือ Cefixime suspension, Cefditoren fine granule, Co-trimoxazole suspension, Norfloxacin 400 mg tab. และ Norfloxacin 100 mg tab. ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร วงษ์ศรีทอง พบว่า รายการยาปฏิชีวนะที่ใช้ในลำดับต้น คือ Norfloxacin 400 mg tab., Co-trimoxazole suspension, Amoxicillin syrup, Amoxicillin 500 mg cap. และไม่สอดคล้องกับแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน AD โดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วย อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea, gastroenteritis, food poisoning) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 หายใน 3 – 4 วันโดยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยส่วนมากที่ติดเชื้อแบคทีเรีย (เช่น Salmonella spp., E.coli) หรือ สารพิษของแบคทีเรีย (เช่น Bacillus spp.) ก็ไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะ เพราะไม่ช่วยลดความรุนแรงและระยะเวลาของ

อาการ และอาจทำให้ผู้ป่วยมีเชื้อในอุจจาระนานขึ้น การให้สารน้ำอย่างพอเพียงเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด หากต้องการบรรเทาอาการดังกล่าว ให้ใช้ยาบรรเทาตามอาการที่รบกวนผู้ป่วยมาก เช่น ยาลดไข้ ยาลดการหดเกร็งของลำไส้ ผู้ที่เป็นหรือสงสัย Shigellosis ควรพิจารณาใช้ Norfloxacin นาน 3 – 5 วัน ในเด็กให้ขนาดยา 7.5 – 10 มก./กก. วันละ 2 ครั้ง ผู้ใหญ่ ขนาด 400 มก. วันละ 2 ครั้ง ขณะท้องว่าง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการทบทวนการใช้ยาควรนำข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะจากการศึกษานี้ไปกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจและอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ควรมีนโยบายที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดระบบการประเมินการใช้ยา ควรให้แพทย์และเภสัชกรมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับหลักการ และความจำเป็นของการประเมินการใช้ยา บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพและทำให้เห็นประโยชน์ และเกิดความร่วมมือในการทำงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อให้อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ลดลงและเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล ควรจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนเพื่อรับทราบข้อมูลและเกิดความตระหนักในการใช้ยา และลดปัญหาการดื้อยา

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
2. แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา. รายงานสถานการณ์ระบบยา ประจำปี 2553 : สถานการณ์เชื้อดื้อยา และปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์ ; 2554.
3. พิสนธิ์ จงตระกูล. แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โรคหวัด ท้องเสีย แผลเลือดออก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์ ; 2554.
4. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2558.
5. ชยพงศ์ รัตนเลขา และคณะ. การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคคอหอย และต่อมทอนซิลอักเสบ ตามนโยบาย Antibiotic Smart Use. นครราชสีมา: โรงพยาบาลครบุรี.; 2554.
6. สิริพร วงษ์ศรีทอง. การทบทวนการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน และโรคท้องร่วงเฉียบพลันของโรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์; 2555.
7. อติศักดิ์ วงศ์ไณ. การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคท้องร่วงเฉียบพลัน. น่าน : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว; 2552.

ผลของโปรแกรมสุขภาพ ต่อความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเองในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

The Effects of the Health Program on
the Confidence in Self-Caring Ability of
Hypertension

CHANTIMA NILJOY, M.N.S.

ฉันทิมา นิลจ้อย, พย.ม.

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวันน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Two group posttest only design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนสุขภาพ ตามรูปแบบปกติทั่วไปที่เห็นในโรงพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของ

โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว และแบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวและแบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ของ จินต์จุฑา รอดพาล, (2557) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independentt-test

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตัวและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงควรนำโปรแกรมสุขภาพนี้ไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอื่น เพื่อให้เกิดความรู้และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างสัมฤทธิ์ผลต่อไป

คำสำคัญ

โปรแกรมสุขภาพ, ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้เกือบ 8 ล้านคน นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ^{b,c} ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข^d พบว่าในปี 2554 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เป็นจำนวน 3,664 คน ส่วนใน ปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3,684, 5,165, 7,115 และ 7,578 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อแสนประชากร เท่ากับ 5.73, 7.99, 10.95 และ 11.58 ตามลำดับ² ส่วนอัตราป่วยและการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบ จากปี 2544 และปี 2554 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 287.5 เป็น 1433.61 มีอัตราเพิ่มขึ้นเกือบ 5 เท่า ส่วนปัจจุบันใน ปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 พบว่าแนวโน้มยังไม่ลดลง อัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,570.63, 1,621.72 และ 1,710.89 ตามลำดับ²

สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลวังน้อย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 60 เตียง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 ของโรคเรื้อรัง ตามมาด้วยโรคเบาหวานโดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและมารับบริการใน ปีงบประมาณ 2555, 2556 และ 2557 จำนวน 2,886, 4,128 และ 4,522 ราย ตามลำดับและล่าสุดในปี 2558 มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลวังน้อย จำนวน 4,353 ราย เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความโลหิตอยู่ในเกณฑ์ 140/90 mmHg จำนวน 3,792 ราย และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตไม่อยู่ในเกณฑ์ 140/90 mmHg จำนวน 561 ราย^{3,5}

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยในโรงพยาบาลวังน้อย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในหลายเรื่อง แต่ยังขาดความเข้าใจอย่างชัดเจน และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้ เช่น ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการของโรค แนวทางการรักษาพยาบาล วิธีปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกัน/ลดความรุนแรงของโรค และการป้องกันการเกิดซ้ำ ซึ่งปัจจุบันในระหว่างที่มารักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเฉพาะโรคแบบรายบุคคล และรายกลุ่มแต่ยังขาดการให้สุศึกษาเชิงลึกอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรคดังกล่าว ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปล่อยให้อาการของโรคกำเริบรุนแรงขึ้น ต้องกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเมื่อกลับมารักษาซ้ำมักพบว่าความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงจำเป็นต้องมีความรู้ และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะคุกคามต่อชีวิตและการเผชิญกับการคุกคามของโรค ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำการดูแลตนเองอย่างจริงจังเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ⁶ แต่การที่ผู้ป่วยจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้นั้น จำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพหรือความสามารถของตนเอง ดังที่ Stretcher⁷ กล่าวว่า ความพยายามของบุคคลได้รับ

อิทธิพลจากการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่สำคัญทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จ

แนวคิดทางสุขศึกษาเป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลในทางที่ถูกต้อง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจเปลี่ยนแปลงเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายๆ ด้านพร้อมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา⁹ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมรูปแบบของโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติและการอภิปรายร่วมกันด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมาเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มีความรุนแรงจากพยาธิสภาพของโรค ร่วมกับผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ซึ่งการที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้นั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้อย่างถูกต้องเพียงพอเหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองในโรคต่างได้ แต่การที่จะให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองตลอดจนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และสามารถดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นที่จะต้องนำวิธีการให้สุขศึกษาแบบเชิงลึกเข้ามาจัดดำเนินการ¹⁰ จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยคิดที่จะแก้ปัญหาในโรงพยาบาล จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขึ้นมาโดยมองเห็น ความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ในการปฏิบัติตัว และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มาพัฒนาให้เกิดเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เฉพาะที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ในปี 2558

กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. โปรแกรมลูกศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Bandura) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem)

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 3 การใช้คู่มือการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การโทรศัพท์กระตุ้นเตือน เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองหลังให้
สุขศึกษา 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน

2. กระบวนการให้ลูกศึกษา ประกอบด้วย

การบรรยายประกอบคอมพิวเตอร์ ช่วยลดรายบุคคล การสาธิตการฝึกปฏิบัติ การแจกคู่มือการดูแลตนเองและการโทรศัพท์กระตุ้นเตือน

1 ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดูแลตนเอง

- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการป้องกัน/ควบคุมความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา
- ด้านการรับประทานอาหาร
- ด้านการจัดการอารมณ์

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถดูแลตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายด้านการป้องกันควบคุมความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการอารมณ์

คำสำคัญ

1. โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาโดยนำความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงองค์ความรู้วิชาฉันทเวชและแนวทางการล้างพิษ ของนายแพทย์บุญชัย อิศราพิสิษฐ์ กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มาเป็นแนวทางในการจัดกระบวนการสุขศึกษา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดการเรียนรู้ ทักษะและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะสามารถดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มม.ปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดได้ในคลินิกโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสูง (SBP ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความโลหิตที่บ้าน จากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่าไม่สูง (SBP < 135 มม.

ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท) Masked hypertension (MH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าปกติ (SBP < 140 มม.ปรอท และ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่าสูง (SBP ≥ 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 85 มม.ปรอท)

3. ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองหมายถึง การตัดสินใจ ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ระดับใดหรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ความเชื่อในความสามารถของตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Two group posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวังน้อย เฉพาะที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้จำนวน 561 คน โดยคัดเลือกมาจากรายชื่อข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลวังน้อยในปี 2558 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 4,353 คน (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2558)

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติ ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค

ความดันโลหิตสูงและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลวังน้อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ ในระยะรุนแรง, โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคไตวาย ไม่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ไม่มีปัญหาการเคลื่อนไหว การได้ยิน การพูดและการมองเห็น สัมผัสใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมในการดำเนินงานวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ซึ่งการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีการกระจายของกลุ่มตัวอย่าง แบบโค้งปกติ โดยยึดหลักทฤษฎีแนวนอนเข้าสู่ศูนย์กลาง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดเท่ากับ 30 คนขึ้นไป (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549)

กลุ่มควบคุมได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลวังน้อย ในช่วงเดือนมีนาคม 2559 ถึง สิงหาคม 2559

จำนวน 30 คน

กลุ่มทดลองได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลวังน้อย ในช่วงเดือนมีนาคม 2559 ถึง สิงหาคม 2559 จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem) วิชา มณีเวช ของอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระประการและการล้างพิษด้วยวิถีธรรมชาติของ นายแพทย์บุญชัย อิศราพิสิษฐ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล พัฒนามาจากแบบสอบถามการปฏิบัติตัวและแบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ จินต์จุฑา รอดพาล, (2557) ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.80 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมในคลินิกตามนัด ในช่วงเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2559

2. จัดโปรแกรมสุขศึกษานำไปใช้กับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การสาธิตการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง 5 เรื่อง ได้แก่ ทักษะการฝึกหายใจด้วยชีกง จำนวน 2 ท่า และกิจกรรมดัดดอกไม้บาน ทักษะการออกกำลังกาย ด้วยการแกว่งแขน 1 ท่า และมณีเวช 6 ท่า ทักษะการล้างสารพิษในร่างกายด้วยน้ำมะนาว ติดตาม กระตุ้นเตือนการปฏิบัติ หลังให้โปรแกรมสุขศึกษา 2 สัปดาห์และ 1 เดือนทางโทรศัพท์และผ่านเจ้าหน้าที่รพสต.บางตำบล รวมทั้งติดตามไปเยี่ยมบ้านในบางรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 83.30 และเพศชาย ร้อยละ 16.70 อายุส่วนใหญ่ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.30 รองลงมา 50-59 ร้อยละ 36.70 และ 40-49 ร้อยละ 13.30 สถานภาพ ส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 70.00 รองลงมาหย่า/หม้าย ร้อยละ 23.30 และ โสด ร้อยละ 6.70 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 73.30 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 13.30 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 10.10 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 73.30 และเพศชาย ร้อยละ 26.70 อายุส่วนใหญ่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.70 รองลงมา 50-59 ร้อยละ 33.30 และ 40-49 ร้อยละ 6.70 สถานภาพ ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 80.00 รองลงมาหย่า/หม้าย ร้อยละ 26.67 และ โสด ร้อยละ 13.33 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 76.70 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 10.00 และไม่ได้เรียน ร้อยละ 6.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (n=60)

กิจกรรม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t Sig. (2-tailed)
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	
ด้านการออกกำลังกาย	2.21	0.32	3.01	0.23	0.000
ด้านการป้องกัน/ควบคุมความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค	3.15	0.41	4.65	0.41	0.000
ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา	3.55	0.70	4.97	0.13	0.000
ด้านการรับประทานอาหาร	2.17	0.49	3.35	0.50	0.000
ด้านการควบคุมอารมณ์	1.31	0.28	2.33	0.15	0.000
รวม	2.48	0.35	3.66	0.15	0.000

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมของ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ($\bar{x}=3.66$, S.D. =0.15) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขตามปกติ ($\bar{x}=2.48$, S.D. =.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านการออกกำลังกายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x} = 3.01$, S.D. =0.23) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 2.21$, S.D. =0.32) ด้านการป้องกัน/ควบคุมความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x} = 4.65$, S.D. = 0.41) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 3.15$, S.D. = 0.41) ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษามีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x} = 4.97$, S.D. =0.13) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 3.55$, S.D. =0.70) ด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x} = 3.35$, S.D. =0.50) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 2.17$, S.D. =0.45) ด้านการควบคุมอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x} = 2.33$, S.D. =0.15) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 1.31$, S.D. =0.28)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n=60$)

กิจกรรม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t Sig. (2-tailed)
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	
ด้านการออกกำลังกาย	2.10	0.28	3.08	0.29	0.000
ด้านการป้องกัน/ควบคุมความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค	3.87	0.26	4.78	0.26	0.000
ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา	2.45	0.30	3.55	0.17	0.000
ด้านการรับประทานอาหาร	2.35	0.30	3.35	0.10	0.000
ด้านการควบคุมอารมณ์	2.05	0.40	3.03	0.32	0.000
รวม	2.57	0.24	3.56	0.11	0.000

จากตารางที่ 2 พบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองในภาพรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ($\bar{x} = 3.56$, S.D. =0.11) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขตามปกติ ($\bar{x} = 2.57$, S.D. = 0.24) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .05$) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านการออกกำลังกายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x} = 3.08$, S.D. =0.29) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 2.10$, S.D. = 0.28) ด้านการป้องกัน/ควบคุมความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x} = 4.78$, S.D. = 0.26) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = 0.26) ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษามีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}=3.55$, S.D. = 0.17) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=2.45$, S.D. = 0.30) ด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}=3.35$, S.D. = 0.10) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=2.35$, S.D. = 0.30) ด้านการควบคุมอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}=3.03$, S.D. = 0.32) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=2.05$, S.D. = 0.40)

ผลลัพธ์ที่ได้เพิ่มเติม

จากการวัดความดันโลหิตหลังการทดลองจำนวน 3 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มค่าความดันโลหิตลดลงต่ำกว่า 140/90 จำนวน 26 คน คิดเป็น 86.67% และจากการตรวจเลือดหลังการทดลอง 1 ครั้ง พบว่า ค่าไขมันในเลือดมีแนวโน้มลดลงจากเดิม จำนวน 18 คน คิดเป็น 60%

อภิปรายผล

โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านความรู้ในการปฏิบัติตัวและด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura และการดูแลตนเองของ Orem ร่วมกับวิธีการให้สุขศึกษาคอมพิวเตอร์ช่วยสอนรายบุคคลรายกลุ่ม จัดทำแผนการสอนโดยเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกาย การป้องกัน/ควบคุมความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหาร และการจัดการด้านอารมณ์ ใช้วิธีการบรรยายสาธิตและฝึกทักษะการปฏิบัติตัวต่างๆ โดยคัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ง่ายใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนประกอบกิจกรรมการ

ฝึกทักษะต่างๆ รวมทั้งจัดทำคู่มือในการดูแลตนเองให้นำไปใช้ดูแลสุขภาพที่บ้าน ใช้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติและการมารับการตรวจตามนัดโดยโทรศัพท์กระตุ้นเตือน 1 ครั้งหลังการให้สุขศึกษา 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ⁷ ที่พบว่า การให้สุขศึกษารายบุคคลเป็นวิธีการที่ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแบบตัวต่อตัว ซึ่งมีข้อดีคือสามารถให้ความรู้หรือทำความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่างละเอียด ผู้ให้และผู้รับมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตรงสามารถสื่อสารได้สองทาง มีโอกาสซักถามกระตุ้นให้เกิดการซักถามอธิบายเหตุผล เสนอข้อเท็จจริงสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ และสุนทร⁸ ได้ศึกษาโดยให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการสังเกตจากวิดีโอทัศน์ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง พบว่า หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตโดยรวมในระดับดีขึ้นทั้ง 5 ด้าน

ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความ

ดันโลหิตสูงหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองโดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นไม่สามารถแยกออกจากกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรมล (4) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเอง และกลวิธีทางสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับต่อกระเจกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองโดยรวม และรายด้านสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) การพัฒนาให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ การสอนให้ความรู้ การได้เห็นตัวแบบ เช่น คอมพิวเตอร์ช่วยสอน แผ่นพับ สมุดคู่มือการดูแลตนเอง การนำฝึกทักษะต่างๆ ร่วมกับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การสนทนารายบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความ

วิตกกังวล เพิ่มการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน เพื่อเป็นการเน้นย้ำให้ผู้ปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และทำให้เกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินต์ จูทา¹⁰ พบว่าโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ภูษณิศ⁶ พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแล

ตนเองในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในทางที่ดีขึ้น ในด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยรวม และรายด้านในทิศทางเดียวกันที่ดีขึ้นในระดับดีและดีมาก และยังพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

การนำโปรแกรมสุขศึกษามาใช้กับผู้ป่วย เป็นกระบวนการวางแผนให้บริการอย่างเหมาะสม จากการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ โดยใช้วิธีการต่างๆ ที่กระตุ้นให้เกิดความสนใจที่จะเรียนรู้ ผ่านการถ่ายทอดความรู้ ความคิด และการตัดสินใจยอมรับความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งผลที่ได้รับนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปในทางที่ถูกต้อง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลที่เกิดจากการจัดประสบการณ์ต่างๆ การสร้างโอกาสเพื่อการเรียนรู้ โดยอาศัยรูปแบบต่างๆ ของการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นมาตามบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ที่ผู้วิจัยกำหนด เพื่อยกระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถมีสุขภาพะได้ตามปกติ และมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคมได้อย่างยั่งยืน



ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย หน่วยงานทางด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในกลุ่มอื่นๆ หรือในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพด้วยเช่นกัน ผ่านการจัดโปรแกรมสุขศึกษารูปแบบต่างๆ จัดกระบวนการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้น เน้นการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เรียบง่ายสามารถนำไปใช้ได้จริง และส่งเสริมการใช้ เครือข่ายทางสังคม กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน หรือกระบวนการกลุ่มช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการทำวิจัย เพื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในโรคต่างๆ ของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเชิงลึกที่ส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิตและผลเลือดทางชีวเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างสัมฤทธิ์ผลต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. Orem, D E..Nursing : Conceptive of Proactive. 5thed. St. Louis: Mosby Year book. 1995.
2. Stretcher, V.J.& other.The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. Health Education Quarterly1986; 13: 73-91.
3. นิรมล สันทิวจิตรกุล.ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต้อกระจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาสุขศึกษา, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2549.
4. สุกัญญา คุณนท. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2552.
5. ภูษณิศ มินาเขต. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หอผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลศรีสะเกษ (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, อุบลราชธานี:มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553.
6. ดวงใจ รัตนธัญญา. สุขศึกษา : หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ไทยรายวัน; 2545.

เอกสารอ้างอิง

7. สุนทรา เลี้ยงเซววงศ์. ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการรับรู้ด้านความสามารถของตนเอง ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
8. Bandura, A. *Social Foundation of Thought and action: A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice Hall; 1986.
9. ศิริวรรณ เจริญนท. ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ต่อความรู้ ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2548.
10. จินต์จุฑา รอดพาล. (2557) ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. รายงานการวิจัย, 2557
 - a) World Hypertension Day 2013 brochure, the World Hypertension League [online] Accessed on March 18, 2015 at URL <http://www.worldhypertensionleague.org/Document/WHHD/2013/WHHD%202013%20brochure.pdf>
 - b) Hypertension fact sheet | Department of Sustainable Development and Healthy Environments | September 2011, World Health Organization Regional Office for South-East Asia [online]. Accessed on April 10, 2015 at URL: http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf
 - c) WHO : New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence URL : [online] Accessed on March 20, 2015 at URL : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/index.html
 - d) สถิติสาธารณสุข ปี 2541 – 53 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [online]. Accessed on February 10, 2015 at URL : <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
 - e) วิชัย เอกพลากร (บรรณธิการ). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551 – 2552. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, 2553
 - f) factsheet ความดันโลหิตสูง URL : [online] สืบค้นข้อมูล 20 มีนาคม 2559 at URL : <http://www.thaincd.com/document/file/download/leaflet/factsheet>
 - g) รายงานผลการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตตาม “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” ปี 2554 URL : [online] สืบค้นข้อมูล 20 มีนาคม 2559 at URL : <http://203.157.10.11/screen/sphp/reportncd1year54.php>
 - h) World Hypertension Day 2012 brochure, the World Hypertension League [online] Accessed on March 10, 2015 at URL : <http://www.worldhypertensionleague.org/pages/whd.aspx>



บางคำถาม...เกี่ยวกับพรมมิ พืชสมุนไพรบำรุงความจำ

การศึกษาวิจัย โดยทีมวิจัยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จากการสนับสนุนทุนวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พบว่า พรมมิ มีประสิทธิภาพในการบำรุงความจำ ป้องกันสมองเสื่อม

ถาม: พรมมิมีกลไกในการป้องกันสมองเสื่อมได้อย่างไร

- ตอบ: 1. เพิ่มความหนาแน่นของเซลล์ประสาทในสมองซึ่งเกี่ยวกับการเรียนรู้ และการเก็บข้อมูล
2. เพิ่มความหนาแน่นของเซลล์ประสาททำให้มีปริมาณสารสื่อประสาทมากขึ้น ได้แก่ การตื่นตัวการเรียนรู้และความจำ ความคุมการเคลื่อนไหว
3. เพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่สมอง แต่ไม่มีผลต่อความดันโลหิต

ถาม: พรมมิต่างกับแปะก๊วยอย่างไร

- ตอบ: ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของพรมมิและแปะก๊วยต่อการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนโลหิตบนผิวเปลือกสมอง ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ พบว่า
- เหมือนกันคือ สารสกัดสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด มีประสิทธิผลในการเพิ่มการไหลเวียนโลหิตบริเวณหลอดเลือดแดงบนเยื่อหุ้มสมอง
- ต่างกันคือ พรมมิไม่มีผลทำให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลงไป

ถาม: พรมมิมีการทดลองทางคลินิกในคนอย่างไร

- ตอบ: พรมมิ มีการทดลองทางคลินิกกับอาสาสมัครสุขภาพดี ช่วงอายุมากกว่า 55 ปี จำนวน 60 คน พบว่า โดยการให้รับประทานสารสกัดพรมมิ วันละ 300 มก. พบว่าเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยเพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัว เพิ่มการตื่นตัวต่อสิ่งเร้า มีสมาธิเพิ่มมากขึ้น เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และความจำ คลายอาการซึมเศร้า จากการศึกษายังไม่พบอาการพิษและอาการข้างเคียงใดๆ ข้อมูลของพรมมิ ในตอนนี้เป็นข้อมูลสำหรับเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เป็นการรับประทานเพื่อป้องกันการเสื่อมของสมอง

ถาม: พรมมิมีความปลอดภัยในการใช้หรือไม่

- ตอบ: พรมมิมีความปลอดภัยเนื่องจากมีการใช้มายาวนานทั้งในตำรายาไทยและตำรายาของอินเดีย อีกทั้งคณะผู้วิจัยก็มีการศึกษาพิษเฉียบพลัน การศึกษาพิษกึ่งเรื้อรังและการศึกษาพิษเรื้อรัง รวมทั้งการศึกษาในมนุษย์ ก็ไม่พบพิษหรืออาการข้างเคียง

ถาม: พรมมิสามารถให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมทานได้หรือไม่

- ตอบ: คณะผู้วิจัยฯ กล่าวว่า พรมมิเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่ใช่ยา ใช้ชะลอการเสื่อม หรือป้องกันการเสื่อมของสมอง แต่ไม่ใช่การรักษา

ถาม: พรมมิสามารถให้เด็กรับประทานได้หรือไม่

- ตอบ: คณะผู้วิจัยฯ ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์พรมมิในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 14 ปี เนื่องจากอายุน้อยกว่านี้อาจยังมีกระบวนการในการกำจัดยาออกจากร่างกายไม่เต็มที่ และยังไม่สามารถที่จะมีความสามารถในการกำจัดยาออกจากร่างกายได้เท่าผู้ใหญ่

ถาม: การรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพรมมิชนิดเม็ด ร่วมกับยาอื่นๆมีโอกาสเกิดผลเสียหรือเปล่า

- ตอบ: คณะผู้วิจัยฯ ได้มีการศึกษาผลของสารสกัดพรมมิต่อการทำงานของเอนไซม์ในตับหนูและในมนุษย์พบว่า สารสกัดพรมมิ มีผลต่ำในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ และจึงประเมินได้ว่ามีโอกาสน้อยที่สารสกัดพรมมิในขนาดปกติจะก่อให้เกิดอันตรกิริยากับยาแผนปัจจุบันที่อาศัยเอนไซม์ดังกล่าวในการเปลี่ยนแปลงเพื่อการขจัดออกจากร่างกาย

ถาม: ต้องรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพรมมิชนิดเม็ดนานเท่าไรจึงจะเริ่มเห็นผลในการป้องกันการเสื่อมของสมอง

- ตอบ: ตามข้อมูลการทดลองทางคลินิกในอาสาสมัครสุขภาพดีคือ 2-3 เดือน ซึ่งหากใช้ผลิตภัณฑ์แล้วเกิดประโยชน์ ก็สามารถรับประทานต่อเนื่องไปได้หรือจะหยุดใช้สักระยะแล้วกลับไปใช้ใหม่ก็ได้ เนื่องจากเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การรับประทานขึ้นกับความต้องการของผู้บริโภค เนื่องจากไม่ได้มุ่งหมายการรักษา



สารสกัดพรมมิชนิดเม็ด ผลิตภัณฑ์คุณภาพขององค์การเภสัชกรรม
วางจำหน่ายแล้วที่ ร้านขายยาองค์การเภสัชกรรมและร้านขายยาทั่วไป

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ องค์การเภสัชกรรม โทร. 02 203 8291-92, Call Center 1648



มหัศจรรย์ แห่งการ ดูแลผิว

CURMIN Lift

Anti-aging Serum

เคอร์มิน ลิฟท์ แอนตี้ เอจิง เซรัม



เพิ่มประสิทธิภาพในการบำรุง

กระชับผิวหน้า และลดเลือนริ้วรอย ชุ่มซาบไว ไม่มัน ไม่เยิ้ม

CURMIN LIFT Anti-aging Serum ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการยกกระชับผิวหน้าและลดเลือนริ้วรอย ด้วยสารสำคัญจากสารสกัดจากโสมธรรมชาติ หรือ sericin ที่อุดมไปด้วยกรดอะมิโนหลายชนิด มีคุณสมบัติทำให้ผิวเรียบเนียน ยกกระชับ ลดเลือนริ้วรอย ได้อย่างดี

* ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างอายุ 25-65 ปี จำนวน 30 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยทดสอบบนสกินคอนกรีต ปี 2555 พบว่า หลังใช้ 4 สัปดาห์ ผิวยืดหยุ่นขึ้น 2.24% จากสภาพผิวก่อนใช้ หลังใช้ 8 สัปดาห์ ริ้วรอยลดลง 57.7% จากสภาพผิวก่อนใช้

พร้อมด้วย THC Liposome จากขมิ้นชัน Vitamin E Liposome ที่มีคุณสมบัติในการต้านการเกิดออกซิเดชั่น ยับยั้งการทำลายเซลล์ โดย oxygen free radicals ช่วยไม่ให้ผิวแก่ก่อนวัย และยังประกอบไปด้วย Sodium Hyaluronate และ Ceramide ที่ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้น คงความอ่อนเยาว์ให้แก่ผิว

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

โทร. 1648, 02 203 8291-2

วางจำหน่ายที่ GPO Shop ทุกสาขา / CURMIN Shop ทุกสาขา



facebook.com/messages/CURMINbyGPO



LINE ID : gpocurmin LINE@ : CURMIN by GPO

www.gpoproduct.com

