ISSN 0125-3891

GPO
Government Pharmaceutical Organization

วารสาร
องค์การเภสัชกรรม

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนมกราคม – มีนาคม 2559 | Vol.42 No.2 January – March 2016

อภ.เดินหน้าปฏิรูปการวิจัยพัฒนา เพื่อผลิตยาคุณภาพ หวังเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาตามมาตรฐานสากล



มอบผ้าห่ม
5,000 ผืน
ต้านภัยหนาว



สร้างการเข้าถึง
ยากำพร้า
กลุ่มยาต้านพิษ
กว่า 13,000 ราย



รางวัลเกียรติยศ
“อย.Quality Award”
2559



คว้ารางวัลนิสิตเก่า
วิทยาศาสตร์จุฬาฯ
ดีเด่น ประจำปี
2559

การพัฒนาความปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลตลาดเกรียบ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อพฤติกรรมใช้ยาและระดับความดันโลหิตสูง
ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การสร้างและพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง
ในชุมชน : กรณีศึกษา ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

เภสัชกร ดร.นิติ สันแสนดี คว้ารางวัล
“เภสัชกรอุตสาหการรุ่นใหม่ดีเด่น ปี 2559”



GPO's NATURAL PRODUCTS

ฆอ. 3587/2551

จีพีโอ

จินเน็กซ์ แคปซูล

GPO Ginnex Capsules

สารสกัด ปัญจขันธ์

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ใน 1 แคปซูล ประกอบด้วย สารสกัดปัญจขันธ์ 250 มิลลิกรัม
รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า-เย็น
ผลิตภายใต้มาตรฐานคุณภาพของ
องค์การเภสัชกรรม

คำเตือน
อ่านคำเตือนในฉลากก่อนบริโภค
ไม่มีผลในการป้องกันหรือรักษาโรค



Gynostemma pentaphyllum extract

ฆท. 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

ผลิตภัณฑ์คุณภาพ จาก
องค์การเภสัชกรรม

มีจำหน่ายที่ร้านขายยาองค์การเภสัชกรรม ทุกสาขา และร้านขายยาทั่วไป
สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. 1648, 02 203 8761

GPO
องค์การเภสัชกรรม

วารสารองค์การเภสัชกรรม

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนมกราคม – มีนาคม 2559

คณะที่ปรึกษา

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น
ภก.พิพัฒน์ นิยมการ
ภก.นิพนธ์ อัตนวานิช
ภก.จักกฤษณ์ ประไพพิทยาคุณ
ดร.ภญ.มุกดาวรรณ ประกอบไวทยกิจ
ดร.ภญ.สุจิตรา คชเสนี
ภก.สิทธิ์ ถิระภาคภูมิอนันต์
นางศิรินุช ชีวันพิศาลนุกูล

บรรณาธิการ

นายยุทธนา ตันติพาณิชย์
กองบรรณาธิการ
น.ส.คันธรัตน์ มณีโชติ
น.ส.ลักษมี จันทร์ไทย
นางวิภาวรรณ ธรรมบำรุง

ศิลปกรรม

นางบุษวรรณ ทวีสมบูรณ์
นายจุมพล ศศิพงษ์อนันต์

ภาพประกอบ

นางสุนิสา พรหมประสิทธิ์

พิสูจน์อักษร/สมาชิกสัมพันธ์

นางชัชมณฑ์ บุญนาม



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร และความรู้ทางการแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้งผลงานวิเคราะห์วิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อเป็นสื่อเผยแพร่กิจกรรม และการดำเนินงานขององค์การเภสัชกรรมแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน
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

05 ข่าวประชาสัมพันธ์



17 รอบรั้วองค์การฯ



20 การพัฒนาความปลอดภัย
ด้านยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลตลาดเกรียบ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



28 ผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อ
พฤติกรรมใช้ยาและระดับความดันโลหิตสูง
ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



37 การสร้างและพัฒนาเครือข่าย
งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง ในชุมชน :
กรณีศึกษา ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด





อภ.เดินหน้าปฏิรูปการวิจัยพัฒนา

เพื่อผลิตยาคุณภาพ หวังเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาตามมาตรฐานสากล และมุ่งหวังให้ประชาชนเข้าถึงยาอย่างเสมอภาคและทั่วถึง



องค์การเภสัชกรรมเดินหน้าร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งนำไปสู่การวิจัยพัฒนา และผลิตยาให้เป็นไปตามมาตรฐานแนวทางการรักษา ตลอดจนครอบคลุมรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้มากขึ้น

เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2559 เวลา 10.30 น. ที่โรงแรมเดอะสุโกศล กรุงเทพฯ ศ.คลินิก เกียรติคุณ **นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง **"ความคาดหวังของกระทรวงสาธารณสุขต่อการพัฒนายาของประเทศไทย"** ในที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ **"นวัตกรรมสู่ความเป็นเลิศในการวิจัยพัฒนาและผลิตยาของประเทศไทย"** จัดโดย องค์การเภสัชกรรม มีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบ ด้วยแพทย์เภสัชกร นักวิจัยด้านยาและวัคซีน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า รัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนชาวไทย และมุ่งหวังให้ประชาชนเข้าถึงยาอย่างเสมอภาค และทั่วถึง ตลอดจนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพอย่างถ้วนหน้า ซึ่งปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายด้านยา มีมูลค่ากว่า 140,000 ล้านบาท โดยส่วนใหญ่เป็นการนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งเป็นภาระด้านงบประมาณที่รัฐบาลต้องแบกรับ



และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในการนี้รัฐบาลได้มอบให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลักในการดำเนินการปฏิรูปร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งในเชิงป้องกันและรักษาโรค และให้องค์การเภสัชกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ ที่มีหน้าที่ในผลิตและจัดหายาและเวชภัณฑ์ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือด้านต่างๆ ทำการปฏิรูป และพัฒนาขีดความสามารถของการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการผลิตยาอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวต่อว่า การดำเนินการเพื่อตอบสนองบัญชียาหลักแห่งชาติจะเป็นแนวทางและเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญที่จะทำให้เห็นว่าการปฏิรูปนั้นเกิดเป็นรูปธรรม โดยในการกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาตินั้น ต้องกำหนดรายการยาตามหลักแนวทางปฏิบัติการรักษา (guidelines) ด้วยมาตรฐานสากลที่ทันสมัยและเหมาะสมกับประเทศไทย ซึ่งทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์ผู้ใช้ยา หน่วยงานทุกภาคส่วนช่วยกันคัดเลือก และเสนอรายการที่เหมาะสมเข้ามา โดยยึดหลักคุณภาพมาตรฐาน ในด้านประสิทธิผลการรักษา และความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงยา และเกิดประโยชน์สูงสุด และสามารถประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านยา ดังนั้นองค์การเภสัชกรรมซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ จำเป็นต้องวิจัยพัฒนา และผลิตยาตอบสนองรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้แพทย์ผู้ใช้ และประชาชนเข้าถึงได้อย่างสะดวกและเป็นธรรม จะได้ลดค่าใช้จ่ายการนำเข้ายาจากต่างประเทศ การผลิตยาขึ้นเองในประเทศที่ตรงกับความต้องการของแพทย์ผู้ใช้

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวอีกว่า เรื่องสุขภาพทั่วโลกให้ความสนใจ ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับหลายหน่วยงาน เช่น สปสช. สสส. สวรส. สช. เป็นต้น โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการดูแลสุขภาพประชาชน สิ่งที่เพิ่มขึ้นทุกวันคือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อีกไม่กี่ปีประชากรไทย 1 ใน 3 จะเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่การสนับสนุนงบประมาณในการจัดการกับโรคที่เป็นปัญหาระดับโลก เช่น เอดส์ มาลาเรียและวัณโรค จากกองทุนโลกจะยุติลง

สิ่งที่ไทยจะทำได้คือ การพึ่งตนเอง และร่วมมือทำงานกับกองทุนโลกต่อไป นำความรู้ มาใช้เพื่อ

ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรค โดยเฉพาะในชายแดนประเทศเพื่อนบ้าน ที่ต้องร่วมมือกำจัดโรคไปพร้อม ๆ กัน จึงจะประสบความสำเร็จ รัฐบาลมีนโยบายที่จะให้ประเทศไทย พึ่งตัวเองได้ด้านยา ต้องนำเอาศักยภาพที่มีมาบูรณาการสร้างสิ่งที่ประเทศไทยไม่เคยทำมาก่อน คือ **“การวิจัยและผลิตยา”** ทำให้สิ่งนี้เกิดขึ้นให้ได้ รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขพร้อมที่จะให้การสนับสนุน โดยขอให้เป็นงานวิจัยเพื่อตอบสนองตลาด และความต้องการประชาชน นำไปสู่การใช้ได้จริง

“มั่นใจว่าประเทศไทยมีศักยภาพที่จะเป็นศูนย์กลางการวิจัยและผลิตยาได้ เรามีนักวิจัยที่เก่ง มีงานวิจัยที่ดี ภาครัฐและเอกชนต้องร่วมมือกันทำยังไงจะผลักสู่เชิงพาณิชย์ได้ กระทรวงสาธารณสุขพร้อมสนับสนุน โดยเฉพาะการดูแลให้องค์การเภสัชกรรมยืนอยู่บนขาตัวเองได้ เก่งโดยที่ไม่กีดกันคนอื่น และพร้อมที่จะสนับสนุนสิ่งดีๆ ที่จะเกิดขึ้นด้านเภสัชกรรม ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานใด เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติ” ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล กล่าว



ด้าน**พลเอก ศุภกร สงวนชาติศรไกร ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม** เปิดเผยว่า ปัจจุบันการนำเข้ายา โดยเฉพาะยาใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งปริมาณและมูลค่า แม้ว่ารัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศมาเป็นเวลานาน และให้ความสำคัญต่อการวิจัยและพัฒนายา เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองด้านยาได้ แต่เนื่องจากที่ผ่านมายังขาดการส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทำให้ประเทศยังคงต้องนำเข้ายาจากต่างประเทศ ซึ่งมีมูลค่าสูง และด้วยงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จำกัด ทำให้การเข้าถึงยาของผู้ป่วยยังคงเป็นปัญหา การสนับสนุนการวิจัยพัฒนา และส่งเสริมอุตสาหกรรมยาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ผลิตยาในประเทศสามารถผลิตยาชื่อสามัญใหม่ๆ ได้ โดยลดอุปสรรคที่สำคัญในการผลิตยาชื่อสามัญในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องมีส่วนร่วมบูรณาการแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสาธารณสุข นวัตกรรม และทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ และเกิดการพัฒนาอย่างมั่นคง ยั่งยืน ต่อไป

ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม กล่าวต่อว่า ที่ผ่านมาองค์การฯ ได้ดำเนินการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้วยดีมาตลอด ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงยาที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเกิดความมั่นคงยั่งยืนให้กับระบบยาของประเทศ ดังนั้นจึงเห็นว่าเพื่อให้เกิดการดำเนินงานวิจัย พัฒนา และผลิตยา แบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม ระหว่างองค์การเภสัชกรรมซึ่งเป็นผู้ผลิตยา และบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้สั่งใช้ยา จึงขอความร่วมมือจากแพทย์ จากสมาคมแพทย์ สถาบันโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาล เสนอรายการยาให้



องค์การเภสัชกรรมวิจัยพัฒนา และผลิต นอกจากนั้นยังเป็นการสร้างเครือข่ายวิจัยทางคลินิกระหว่างองค์การฯและบุคคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้องค์การฯ สามารถเป็นต้นแบบในการดำเนินการศึกษาวิจัยทางคลินิกให้เป็นมาตรฐานของประเทศ เพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลและความปลอดภัยด้วยการวิจัยเชิงประจักษ์ อันเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับแพทย์ เภสัชกร และประชาชนผู้ใช้ยา



นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าวด้วยว่า องค์การฯพร้อมจะเป็นแกนหลักในการดำเนินการปฏิรูป เพื่อนำไปสู่การเกิดการบูรณาการระหว่างแพทย์ กับการวิจัยพัฒนาและผลิตยาขององค์การฯ ให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการรักษา และสนับสนุนบัญชียาหลักแห่งชาติตามนโยบายของรัฐ โดยมีการพิจารณาคัดเลือกรายการยาตามกลุ่มการรักษาให้องค์การฯวิจัยพัฒนา และผลิตตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและมาตรฐานแนวทางปฏิบัติการรักษา พร้อมทั้งจะทำการวางแผนและดำเนินงานวิจัยทางคลินิกยาที่องค์การฯ ผลิตแบบ Real-life multicenter study ซึ่งเป็นวิจัยทางคลินิกตามสภาพที่เกิดขึ้นจริง โดยจะเน้นการมีส่วนร่วมของแพทย์ทางคลินิก เพื่อจะได้พิสูจน์ความปลอดภัยด้วยการวิจัยเชิงประจักษ์ ให้เกิดความเชื่อมั่นให้กับผู้ร่วมวิจัย และแพทย์ทางคลินิก ซึ่งองค์การฯจะเป็นหน่วยงานแรกของประเทศ ที่จะได้ให้มีการศึกษาการวิจัยด้านคลินิกแบบ Real life multicenter study อันเป็นการวิจัยทางคลินิกที่แตกต่างจากการวิจัยทางคลินิกระยะที่ 3 ที่ดำเนินการในผู้ป่วยที่มีการคัดเลือกมาเป็นอย่างดี โดยที่การศึกษา Real-life multicenter study จะทำให้ได้ข้อมูลถึงประสิทธิภาพการใช้ในผู้ป่วยที่อาจเปลี่ยนแปลงไปเมื่อนำมาใช้จริง นอกจากนั้นการปฏิรูปและบูรณาการความร่วมมือนี้จะเป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์การฯ และบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่างๆ เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และดำเนินงานวิจัยทางคลินิก โดยกลุ่มยาที่จะเริ่มดำเนินการในระยะแรก คือ กลุ่มยารักษาโรคเมตาบอลิก หัวใจและหลอดเลือด





อก.ลงพื้นที่มอบผ้าห่ม 5,000 ผืน ต้านภัยหนาว

องค์การเภสัชกรรมจัดโครงการ GPO ห่วงใยต้านภัยหนาว ลงพื้นที่มอบผ้าห่ม และยารักษาโรค 5,000 ชุด ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ พระภิกษุ สามเณร ผู้ด้อยโอกาส เด็ก และผู้ที่ประสบภัยหนาว ในพื้นที่จังหวัด น่าน นครพนม แม่ฮ่องสอน และเชียงใหม่



นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เปิดเผยว่า องค์การเภสัชกรรมได้จัดทำโครงการ “GPO ห่วงใยต้านภัยหนาว” ขึ้น เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ที่กำลังประสบภัยหนาว ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส พระภิกษุ สามเณร เด็ก และผู้ประสบภัย ในพื้นที่ 4 จังหวัด ประกอบด้วย น่าน นครพนม แม่ฮ่องสอน และเชียงใหม่ โดยลงพื้นที่นำผ้าห่ม จำนวน 5,000 ผืน ยาตำราหลวง จำนวน 5,000 ชุด ไปมอบให้กับประชาชนในพื้นที่โดยตรง ซึ่งการให้ความช่วยเหลือในครั้งนี้ องค์การเภสัชกรรมได้ประสานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน นครพนม แม่ฮ่องสอน และเชียงใหม่ ในการลงพื้นที่

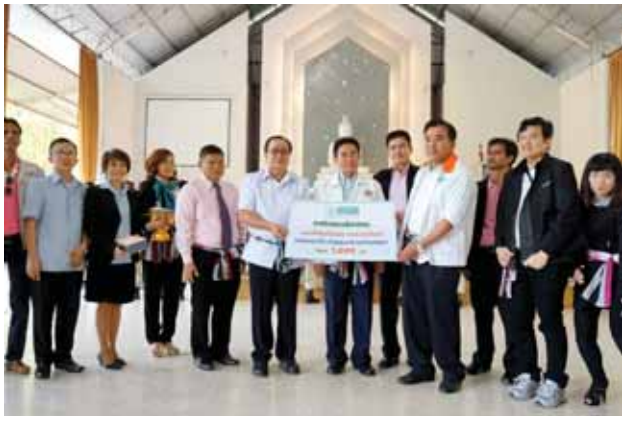
สำหรับกำหนดการให้ความช่วยเหลือนั้น **วันที่ 28 – 29 มกราคม 2559 นำผ้าห่ม จำนวน 1,000 ผืน และยาตำราหลวง จำนวน 1,000 ชุด** ลงพื้นที่ อ.ปัว อ.นาน้อย และ อ.เมือง จ.น่าน **วันที่ 1 – 2 กุมภาพันธ์ 2559 นำผ้าห่ม จำนวน 1,000 ผืน และยาตำราหลวง จำนวน 1,000 ชุด** ลงพื้นที่ อ.ปลาปาก จ.นครพนม **วันที่ 5 – 6 กุมภาพันธ์ 2559 นำผ้าห่ม จำนวน 2,000 ผืน**



และยาตำราหลวง จำนวน 2,000 ชุด ลงพื้นที่บ้านห้วยโป่งอ่อน บ้านนาป่าแปก บ้านห้วยมะเขือส้ม และบ้านรวมไทย อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน และ **วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559 นำผ้าห่ม จำนวน 1,000 ผืน และยาตำราหลวง จำนวน 1,000 ชุด** ลงพื้นที่ อ.เชียงดาว อ.กัลยาณิวัฒนา อ.เวียงแก่น อ.อมก๋อย และ อ.แม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่







ผู้อำนวยการฯ กล่าวต่อไปว่า ขณะนี้อุณหภูมิในแต่ละพื้นที่เริ่มลดต่ำลง ซึ่งอาจทำให้อุณหภูมิในร่างกายลดต่ำลงกว่าปกติ จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นต้องระมัดระวังการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ โดยสวมเสื้อผ้าหนาๆ ใส่ถุงเท้าหมวกไหมพรม ห่มผ้าให้หนามากกว่าปกติ ดื่มน้ำดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ เพื่อเพิ่มความอบอุ่นของร่างกาย เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ และอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา การคลุกคลีกับผู้ป่วย การนอนในที่แจ้ง เป็นต้น

“องค์การเภสัชกรรมมีความมุ่งมั่น ที่จะเข้าไปช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนจากอุบัติภัยต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และเต็มกำลังความสามารถของบุคลากร และทรัพยากรที่องค์การเภสัชกรรมจะจัดสรรให้ได้อย่างรวดเร็ว และออกหน่วยให้บริการถึงพื้นที่โดยตรง เพื่อให้ประชาชนได้รับการบรรเทาทุกข์ในเบื้องต้นอย่างทันต่อเหตุการณ์” ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรมกล่าว





อภ.ร่วมกับ สปสช.สมาคมพิษวิทยาคลินิก และสถานเสาวภา สภากาชาดไทย เดินหน้าสร้างการเข้าถึงยากำพร้า กลุ่มยาต้านพิษ ให้มากขึ้น และทันท่วงที 5 ปี ช่วยคนรอดชีวิตจากพิษไปแล้ว กว่า 13,000 ราย

องค์การเภสัชกรรม ร่วมมือกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมพิษวิทยา คลินิกสถานเสาวภา สภากาชาดไทย ร่วมบริหารจัดการยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ หวังให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที และลดภาระค่าใช้จ่ายในการสำรองยาราคาสูงให้กับโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดย 5 ปีที่ผ่านมา ช่วยคนรอดชีวิตจากพิษไปแล้ว กว่า 13,000 ราย



นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เปิดเผยว่า จากปัญหาการเข้าถึงยากำพร้าของผู้ป่วย ในกลุ่มยาต้านพิษซึ่งเป็นยาที่มีปริมาณการใช้น้อย อุบัติการณ์ที่มีเหตุจำเป็นต้องใช้ไม่สม่ำเสมอ แต่ยายังคงมีความจำเป็นในการใช้รักษา ทำให้บริษัทยาไม่มีการผลิตเพื่อสำรองไว้ในประเทศ ประกอบกับถ้าสำรองไว้จะมีค่าใช้จ่ายในการสำรองที่สูง มีความเสี่ยงต่อการบริหารจัดการยาหมดอายุ และเป็นกลุ่มยาที่ไม่ทำกำไร ทำให้บริษัทไม่สนใจที่จะผลิตหรือนำเข้า เพราะไม่คุ้มค่า จนส่งผลต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้เกิดการสำรองยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ ที่มีความจำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษต่างๆ อาทิ พิษจากสารไซยาไนด์ พิษจากสารโบทูลิซึม หรือจากเชื้อครอสตริเดียม โบทูลินัม จากหน่อไม้ปี๊บ รวมถึงเซรุ่มต้านพิษงูต่างๆ

โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับพิษเหล่านี้ต้องได้รับยาให้ทันต่อการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษสารไซยาไนด์ต้องได้รับยา Sodium Thiosulfate Injection 25% ภายใน 1 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสารโบทูลิซึม หรือจากเชื้อคลอสตริเดียม โบทูลินั่ม ผู้ป่วยต้องได้รับยา Botulinum antitoxin ภายใน 24 ชั่วโมง ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ร่วมมือกับองค์การเภสัชกรรม สมาคมพิษวิทยาคลินิก และสถานเสาวภา สภากาชาดไทย ร่วมมือกันบริหารจัดการแบบรวมศูนย์ เพื่อร่วมดำเนินการจัดหาสำรอง และกระจายยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ ให้เข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง และรวดเร็วทันท่วงที และยังเป็นการช่วยลดภาระของโรงพยาบาลที่ต้องแบกรับรายการยาที่มีมูลค่าสูง หรือยาที่จำเป็นต้องมีไว้ในห้องยา ปัจจุบันมีรายการยาต้านพิษเซรุ่ม ต้านพิษงูในการบริหารจัดการแล้ว 17 รายการ



ผู้อำนวยการฯ กล่าวต่อไปว่าในส่วนของการดำเนินงานนั้น องค์การฯ ได้มีการจัดหายาต้านพิษและเซรุ่มจากผู้ผลิตในประเทศ และนำเข้าจากต่างประเทศ ตามโครงการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ เช่น ยารักษาภาวะพิษจากสารตะกั่ว หรือสารหนู ยารักษาภาวะพิษจากไซยาไนด์ ยารักษาภาวะที่เม็ดเลือดแดงของร่างกายลดความสามารถในการขนส่งออกซิเจน จากการมีเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ และยังได้จัดหายากำพร้าอื่นๆ สำรองไว้ที่คลังขององค์การฯ หลายรายการด้วยกัน อาทิ เช่น ยาลดภาวะอาการแข็งเร็งของกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวผิดปกติจากการใช้ยาทางจิตเวช ยารักษาการแพ้ยาสลบ เป็นต้น โดย ในปีหนึ่งองค์การฯ ได้ทำการจัดหาและสำรองไว้เป็นมูลค่าถึง 50 ล้านบาท ถือว่ามีมูลค่าน้อยกว่ามูลค่าของยากลุ่มอื่น แต่ว่าเป็นยาที่มีความจำเป็นอย่างมากสำหรับช่วยชีวิตผู้ป่วย ที่ต้องมีไว้ในระบบยาของประเทศ

ด้านการกระจายนั้น องค์การฯจะทำหน้าที่เป็นผู้กระจายยาต้านพิษ และเซรุ่มต่างๆ โดยยาต้านพิษที่มีมูลค่าไม่สูงมากนัก และมีความถี่ในการใช้สม่ำเสมอจะถูกบริหารจัดการด้วยระบบบริหารคลังสินค้าหรือ VMI เพื่อกระจายไปเติมเต็มการสำรองยังโรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกแห่ง รวมถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต่างๆ ขณะที่ยาต้านพิษที่มีมูลค่าสูง อย่างเช่น ยาต้านพิษ Botulinum antitoxin ใช้ต้านพิษจากสารโบทูลิซึม หรือจากเชื้อครอสตริเดียม โบทูลินั่ม จากหน่อไม้ปี๊บ ที่มีราคากว่า 400,000 บาท ต่อการรักษา 1 ครั้งนั้น จะสำรองไว้ที่ส่วนกลาง คือ องค์การเภสัชกรรม ศูนย์พิษวิทยา และกรมควบคุมโรค ที่ผ่านมาองค์การฯ สามารถดำเนินการจัดส่งยาดังกล่าวได้อย่างทันท่วงที อย่างเช่นกรณีที่โรงพยาบาลภูมิพล เหตุเกิดกลางดึกเวลา 02.46 น. ในเดือนตุลาคมที่ผ่านมา องค์การฯ สามารถจัดส่งยาได้ภายใน 30 นาทีทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติได้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้

ด้าน **ศ.นพ.วินัย วยานุกูล หัวหน้าศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดีผู้แทนสมาคมพิษวิทยาคลินิก** กล่าวว่า ศูนย์พิษวิทยา รามาธิบดี เป็นศูนย์พิษวิทยาแห่งแรก ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 2539 ช่วงแรก ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านความปลอดภัยสารเคมี ขององค์การอนามัยโลก (InternationalProgrammeon Chemical Safety: IPCS) หลังจากเปิดดำเนินงานระยะหนึ่ง พบว่ามีปัญหาด้านการรักษาเพราะขาดแคลนยาต้านพิษอย่างมาก เพราะขณะนั้นประเทศไทยมียาต้านพิษ

น้อยมาก ยาบางรายการไม่เคยมีเลยในประเทศ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องเสียชีวิตลงอย่างน่าเสียดาย

หลังการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการบริหารจัดการด้านยา รวมถึงกลุ่มยากำพร้าเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา โดยในช่วงปี พ.ศ. 2553 สปสช.ร่วมกับศูนย์พิษวิทยา และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำ **"โครงการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ"** เพื่อจัดหายาต้านพิษเร่งด่วนที่ควรมีในประเทศ โดยใช้ฐานข้อมูลของศูนย์พิษวิทยา รามาธิบดี ซึ่งได้จัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปลายปี 2553 มีการบรรจุยาต้านพิษในบัญชีที่ 6 รายการ ปีต่อมาได้ปรับเพิ่มบัญชียาเป็น 10 รายการ ในแต่ละปีจะมีการทบทวนบัญชียา มีการถอนรายการออกและบรรจุยาใหม่ เนื่องจากยาบางรายการประโยชน์น้อย ราคาแพง หรือมีการรักษาใหม่ที่ให้ผลดีกว่า เป็นต้น ทำให้ปัจจุบันนี้มียาในบัญชีทั้งหมด 17 รายการโดยได้รวมเอาเซรุ่มต้านพิษงูเข้าไปด้วย

ศ.นพ.วินัย กล่าวต่อไปว่า ศูนย์พิษวิทยา รามาธิบดี เป็นเสมือนศูนย์กลางของข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษทุกๆ อย่าง ได้มีส่วนร่วมดำเนินการอยู่ในหลายขั้นตอน ทั้งการให้คำแนะนำ คำปรึกษา เพื่อการวินิจฉัย การประเมินว่าผู้ป่วยต้องได้รับยาต้านพิษใด ขนาดเท่าใด วิธีไหน การประสานงานกับโรงพยาบาลได้รับยาเพื่อรักษาผู้ป่วย และการติดตามผลการรักษา เป็นที่สำรองยาที่มูลค่าสูง พร้อมทั้งได้มีการจัดตั้งระบบ Call Center 1367 บริการตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้การบริการของศูนย์พิษวิทยามีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำนวนผู้ใช้บริการจากทั่วประเทศเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2558 มีการปรึกษาเข้ามา 20,000 กว่าเหตุการณ์ จำนวนผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องมีทั้งสิ้น 19, 500 ราย โดยในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยาต้านพิษ และผ่านการให้คำปรึกษาของศูนย์พิษวิทยาทั้ง 3 ศูนย์ของสมาคมพิษวิทยาคลินิกมีอัตราการรอดชีวิตกว่า 95% และ 90% ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตกลับมาใช้ชีวิตโดยปกติ ซึ่งนับเป็นอีกก้าวหนึ่งของระบบการรักษาพิษวิทยาในประเทศไทย นอกจากนี้จากการนำเสนอโครงการนี้ในระดับนานาชาติ มีหลายประเทศสนใจทำความร่วมมือระหว่างประเทศในเรื่องการดูแลผู้ป่วยได้รับสารพิษ ซึ่งจะเป็นก้าวที่สำคัญต่อไปของโครงการนี้

ศ. (พิเศษ) ภญ. สุมนา ขมวิลัย ผู้แทนสถานเสาวภา สภากาชาดไทย กล่าวว่า ในส่วนของสถานเสาวภา สภากาชาดไทย ได้รับบทบาทสำคัญในการผลิตยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษหลายรายการ อาทิ เช่น ยารักษาภาวะพิษไซยาไนด์ ยารักษาภาวะที่เม็ดเลือดแดงของร่างกาย ลดความสามารถในการขนส่งออกซิเจน จากการมีเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ และเซรุ่มต้านพิษงู ซึ่งทำให้ประเทศไทยมียากำพร้าคุณภาพดี ใช้ในราคาที่เข้าถึงได้ และเป็นที่น่าภูมิใจของประเทศไทย ที่ปัจจุบันประเทศไทยเป็นประเทศเดียวในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่สามารถผลิตยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษใช้เองในประเทศได้ นอกจากนี้สถานเสาวภา สภากาชาดไทย ยังได้เปิดคลินิกรักษาผู้ป่วยที่ถูกสัตว์พิษกัด ร่วมมือกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาธิบดีในการดูแลผู้ป่วย

ด้าน **ภญ.เนตรนภิส สุขนวนิช รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** กล่าวว่า ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา การบริหารจัดการภายใต้ความร่วมมือแบบศูนย์รวมนี้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาต้านพิษ และมีชีวิตรอดแล้วกว่า 13,000 ราย ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว เกิดขึ้นได้จากความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ทุกภาคส่วน ซึ่งความร่วมมือที่ผ่านมาไม่เพียงแต่เพิ่มการเข้าถึงยาที่ทันท่วงที และช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตสามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติแล้ว หากแต่แนวทางของการดำเนินการในลักษณะนี้ยังสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา และเป็นการนำร่องสู่การพัฒนาการดำเนินงานแบบบูรณาการไปยังยา และเวชภัณฑ์รายการอื่นๆ อันทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาจำเป็น และลดภาระงานของหน่วยบริการได้อีกด้วย



องค์การเภสัชกรรม ได้รับรางวัล เกียรติยศ "อย. Quality Award" 2559

องค์การเภสัชกรรมได้รับรางวัล อย.Quality Award ประจำปี 2559 ด้านยา และวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เปิดเผยว่า จากการที่องค์การเภสัชกรรมได้สมัครรางวัล อย. Quality Award ปี 2559 ในหมวดยา เครื่องมือแพทย์ และวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข ปรากฏว่าองค์การเภสัชกรรมได้รับรางวัล อย. Quality Award ประจำปี 2559 ในกลุ่มผู้ประกอบการที่ได้รับรางวัลมากกว่า 1 หมวด คือ ด้านยา และวัตถุอันตราย ที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข ณ องค์การเภสัชกรรม ธัญบุรี

ผู้อำนวยการฯ กล่าวต่อไปว่า รางวัล อย. Quality Award เป็นรางวัลที่ตอกย้ำถึงการดำเนินงานขององค์การเภสัชกรรมที่เป็นองค์กรที่ผลิตยาที่มีคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง มีการรักษาคุณภาพมาตรฐานการผลิตด้วยดีมาโดยตลอด มีการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อจำหน่ายในประเทศที่ได้คุณภาพ และมีมาตรฐานในการผลิต ภายใต้ระบบมาตรฐาน GMP PIC/S โรงงานผลิตยารังสิต มีสถานที่ผลิตที่ได้มาตรฐานระบบอากาศมีการควบคุมดูแลเป็นอย่างดี ห้องปฏิบัติการปฏิบัติตาม ISO/IEC 17025 : 2005 มีการดูแลสิ่งแวดล้อมตาม มาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม (ISO 14001 : 2004) มีผลิตภัณฑ์ที่ผลิตเป็นที่รู้จักของผู้บริโภค มีการส่งเสริมการขายอย่างมีจริยธรรม ประกอบการด้วยความรับผิดชอบต่อสังคม และมีกิจกรรมแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม CSR เช่น การให้ความรู้แก่ผู้บริโภค การดูแลสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมกิจกรรมที่พัฒนาด้านสังคม คุณธรรม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ และเข้าถึงยาที่มีคุณภาพต่อไป

"องค์การฯ เป็นหน่วยงานหลักของรัฐ ที่ผลิตยาสู่ระบบสาธารณสุขของประเทศ คุณภาพยาเป็นเรื่องที่พนักงานทุกคนได้ตระหนัก และทำตามมาตรฐาน GMP PIC/S อย่างเคร่งครัด องค์การฯ ได้มีการลงทุนในการปรับปรุงพัฒนากระบวนการผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพที่สูงขึ้น ด้วยงบประมาณไม่น้อยกว่า 600 ล้านบาทต่อปี มีการส่งพนักงานไปดูงานต่างประเทศ เพื่อนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนากระบวนการผลิตยาขององค์การฯ ให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเป็นประจำทุกปี พร้อมส่งทีมไปคัดสรรหาแหล่งวัตถุดิบที่มีคุณภาพจากแหล่งวัตถุดิบในต่างประเทศอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีเช่นกัน องค์การเภสัชกรรมมีความมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนคนไทยได้เข้าถึงยาที่ดีมีคุณภาพอย่างทั่วถึง และเพียงพอ อีกทั้งยังเป็นเสาหลักความมั่นคงยั่งยืน ด้านยาให้กับประเทศ" ผู้อำนวยการกล่าว



นางศิรินุช ชีวันพิศาลนุกูล ผู้อำนวยการสำนักอำนวยการ องค์การเภสัชกรรมคว้ารางวัลนิสิตเก่าวิทยาศาสตร์ จุฬาฯ ดีเด่น ประจำปี 2559





นางศิรินุช ชีวันพิศาลนุกูล ผู้อำนวยการสำนักอำนวยการ องค์การเภสัชกรรม เข้ารับโล่ประกาศเกียรติคุณ จาก ศ.นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในโอกาสได้รับรางวัลนิสิตเก่าวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดีเด่น ประจำปี 2559 ณ อาคารมหามกุฎ คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2559

รางวัลดังกล่าวเป็นรางวัลที่ทางสมาคมนิสิตเก่าวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มอบให้กับผู้ที่ประสบความสำเร็จในวิชาชีพ และมีส่วนในการสร้างสรรค์สังคม ดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และประเทศชาติ โดยผลงานที่นางศิรินุชได้ดำเนินการจนเป็นผลงานที่ประจักษ์ จนได้รับรางวัลดังกล่าวนั้น ได้แก่ การต่อยอดผลงานวิจัยจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สู่การผลิตในระดับอุตสาหกรรม สำหรับงานนโยบายด้านความปลอดภัยของอาหาร และนโยบายปราบปรามยาเสพติด เช่น ชุดทดสอบบอแรกซ์ ฟอร์มาลิน สารฟอกขาว สารกันราซาลิซิลิก

นอกจากนี้ยังพัฒนาผลิตภัณฑ์ เป็นวิทยากรบรรยาย และร่วมกับภาครัฐ และเอกชน อาทิ สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สสจ. บริษัทจำหน่ายผักผลไม้ ร้านอาหาร ฯลฯ ในการร่วมพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตรวจสอบสารเคมีกำจัดแมลงตกค้างในผัก ผลไม้สด และธัญพืช ซึ่งตรวจได้ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มที่มีการใช้งานมากและมีอันตราย ได้แก่ ชุดทดสอบ GPO TM Kit (ตรวจยาฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมท กลุ่มออร์กาโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทอยด์) ชุดทดสอบ GPO TM/2 Kit (ตรวจยาฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์) และชุดทดสอบ GPO TM Kit (ตรวจยาฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมท) ทั้งนี้เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และติดตามการปนเปื้อนของสารเคมีตกค้าง อันเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน

“การพัฒนาผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่พนักงานองค์การเภสัชกรรมทุกคนได้ร่วมกันทุ่มเทแรงกาย แรงใจ ในการช่วยกันพัฒนาผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ เพื่อความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต่อไป” ผู้อำนวยการสำนักอำนวยการ กล่าว



เภสัชกร ดร.นิติ สันแสนดี เภสัชกรองค์การเภสัชกรรม ได้รับรางวัล "เภสัชกรอุตสาหการรุ่นใหม่ดีเด่น ปี 2559"



เภสัชกร ดร.นิติ สันแสนดี เข้ารับโล่รางวัล และการประกาศเกียรติคุณ **"เภสัชกรอุตสาหการรุ่นใหม่ดีเด่น ปี 2559"** จากสมาคมเภสัชกรการอุตสาหกรรม (ประเทศไทย) ในงานประชุมวิชาการ และประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2559 เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2559 ณ ห้องคอนเวนชั่นซี โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ สุขุมวิท 11

สำหรับรางวัลดังกล่าวเป็นรางวัลที่สมาคมเภสัชกรการอุตสาหกรรม (ประเทศไทย) ได้จัดให้มีการคัดเลือกเภสัชกรอุตสาหการดีเด่น และเภสัชกรอุตสาหการรุ่นใหม่ดีเด่น โดยคณะกรรมการฯ ได้มีมติคัดเลือกให้ **เภสัชกร ดร.นิติ สันแสนดี เป็นเภสัชกรอุตสาหการรุ่นใหม่ดีเด่น**

ทั้งนี้ **เภสัชกร ดร.นิติ** เป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่สมาคมเภสัชกรอุตสาหกรรม (ประเทศไทย) ได้กำหนดไว้ โดยเป็นเภสัชกรที่มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ด้านเภสัชอุตสาหการ และประยุกต์ใช้ความรู้ด้านเภสัช อุตสาหการ กับวิศวกรรมศาสตร์ทั้งวิศวกรรมอุตสาหกรรม และวิศวกรรมเคมี ดังมีบทความวิจัยระดับนานาชาติที่ใช้ความรู้ประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านวิศวกรรมศาสตร์ และเภสัชอุตสาหการ และผลงานที่ได้รับรางวัล เช่น รางวัลผลงานวิจัยดีเด่น ประเภทนิสิตดุษฎีบัณฑิต กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช ประจำปี 2556 และรางวัลดีเด่นอันดับ 2 โครงการความคิดริเริ่มทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2557) อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานด้านเภสัชกรรม อุตสาหการ มีความเข้าใจทั้งศาสตร์และศิลป์ในวงการเภสัชกรรม โดยสามารถดูได้จากประสบการณ์การทำงานที่เชี่ยวชาญทั้งทางด้านการผลิต การวิจัยและพัฒนา การควบคุมคุณภาพ การประกันคุณภาพ และสามารถนำความรู้ ความสามารถทางด้านวิศวกรรม การบริหารจัดการ มาใช้ในการทำงานในฝ่ายประกันคุณภาพ องค์การเภสัชกรรม ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลระบบประกันคุณภาพขององค์การเภสัชกรรม หน่วยงานรัฐวิสาหกิจหลักในการผลิตยาและเวชภัณฑ์ของประเทศไทย

นอกจากนี้ **เภสัชกร ดร.นิติ** ยังมีจิตวิญญาณแห่งความเป็นครู ทั้งการสอนงานให้แก่เพื่อนร่วมงาน ไม่ว่าจะเป็น เภสัชกร วิศวกร นักวิทยาศาสตร์ หรือพนักงานระดับปฏิบัติการ การสอนงานทุกครั้งเต็มเปี่ยมไปด้วยความเมตตา สอนให้รู้จริง โดยทำให้ดูเป็นตัวอย่างทุกขั้นตอน อธิบายชี้แจงอย่างละเอียด ทั้งยังได้รับเชิญเป็นวิทยากรบรรยายให้ความรู้แก่เภสัชกร วิศวกรและบุคลากรทั่วไปที่ปฏิบัติงานด้านเภสัชอุตสาหกรรม และอุตสาหกรรมใกล้เคียง ในเรื่องระบบคุณภาพและมาตรฐานวิธีการที่ดีในการผลิต ทั้งยังเป็นอาจารย์พิเศษผู้ทรงคุณวุฒิวิพากษ์รายวิชา และกรรมการวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอกในหลากหลายคณะ หลากหลายมหาวิทยาลัย เช่น คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยศิลปากร และสนับสนุนการศึกษา ดูงาน ฝึกงานของนิสิตนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์จากทุกมหาวิทยาลัย





ให้การต้อนรับ



ดร.ภญ.มุกดาวรรณ ประกอบไวทยกิจ รองผู้อำนวยการ ให้การต้อนรับทีมเจ้าหน้าที่ **บริษัท Mylan Laboratories Limited** ประเทศอินเดีย ในการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตยา อบรมให้ความรู้การใช้เครื่องมือการผลิต Transfer of Technology of Efavirenze Tablet 600 mg ให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงงานผลิตยารังสิต 1 ณ องค์การเภสัชกรรม โรงงานผลิตยารังสิต 1 อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เมื่อ 14 มค 59



องค์การเภสัชกรรม ให้การต้อนรับ **คณะผู้บริหารจาก School of Pharmacy, University of Ghana** ประเทศกานาในโครงการความร่วมมือของคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกับองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของเยอรมัน (GIZ) ในการเข้าศึกษาดูงานด้านการวิจัยและพัฒนา การผลิตยา และการประกันคุณภาพยาขององค์การเภสัชกรรม โดยมีผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เชี่ยวชาญขององค์การเภสัชกรรม ให้การต้อนรับและนำชมการดำเนินงาน เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2559

ขอบคุณ

พลเอกศุภกร สงวนชาติศรไกร ประธานกรรมการ พร้อมด้วย คณะกรรมการองค์การเภสัชกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิ **นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการ คณะผู้บริหารองค์การเภสัชกรรม** เลี้ยงขอบคุณและมอบของที่ระลึกในโอกาสที่ **นายอัษฎางค์ เชี่ยวธาดา กรรมการองค์การเภสัชกรรม** หมดวาระการดำรงตำแหน่งกรรมการองค์การเภสัชกรรม ณ หอประชุมกองทัพเรือ เมื่อวันที่ 26 มค.59



ผอ.อภ.บรรยายบริหารคลังยา



นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการ เป็นวิทยากรบรรยาย ในหัวข้อ Vendor and Supplier Managed Inventory for the Logistics and Distribution of High Cost, Essential Medicines ในบทบาทภารกิจขององค์การเภสัชกรรม รวมทั้งการบริหารยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบVMI ให้กับคณะผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ซึ่งเป็นผู้นำด้านสุขภาพในทุกภาคส่วนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอแนวทางการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญ ณ ห้องประชุม910 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี วันที่ 28 ม.ค.59



บรรยายวิชาการ



องค์การเภสัชกรรม จัดบรรยายวิชาการ Lunch Symposium เรื่องการพัฒนางานวิจัยสารสกัดพรมมิ โดย รศ.ดร.กรกนก อังคนินันท์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และร่วมออกบูธแนะนำผลิตภัณฑ์ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ ในงานประชุมวิชาการของสมาพันธ์นักเภสัชวิทยาแห่งเอเชียและแปซิฟิก เมื่อวันที่ 1-3 ก.พ. 59 ณ โรงแรม เดอะ เบอร์เคลีย์ กรุงเทพฯ

อภ.สนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์



ภก.พิพัฒน์ นิยมการ รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ร่วมงานแถลงข่าวโครงการลดการติดเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง โดยการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนการสัมผัสเชื้อ หรือ **“โครงการ เพร็พ พระองค์โสมฯ”** เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในโอกาสที่ทรงเจริญพระชันษาครบ 5 รอบ ทั้งนี้องค์การเภสัชกรรมได้ให้การสนับสนุนยาต้านไวรัสสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมโครงการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งได้รับการศึกษาวิจัยทั่วโลกว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้สูงถึง 92% ที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

สร้างห้องอนามัย



องค์การเภสัชกรรม สนับสนุนเงิน จำนวน 10,000 บาท พร้อมยาและเวชภัณฑ์ ใน**โครงการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาห้องอนามัย** รร.วัดแสงมณี อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี โดยมี **นางวไลพร โต๊ะมั๊ะ หัวหน้าแผนกบริหารจัดการด้านความรับผิดชอบต่อสังคม** เยี่ยมชมการดำเนินงานโครงการ และเป็นตัวแทนมอบเงินสนับสนุนดังกล่าวโดยมี**นายกิตติ ปิตะศก ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดแสงมณี** เป็นผู้รับมอบ ณ รร.วัดแสงมณี จ.ปทุมธานี วันที่ 15 ม.ค. 59

ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา



ภญ.ศิรินทร์ทิพย์ ขวัญเมือง เภสัชกรร้านยาคุณภาพองค์การเภสัชกรรม ร่วมสัมภาษณ์ ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประเด็นเรื่อง การรับประทานวิตามินบีรวมอย่างถูกวิธี โดยทีมข่าวจากสถานีโทรทัศน์โมเดิร์นไนน์ ช่อง 9 Mcot ณ ร้านยาองค์การเภสัชกรรม วันที่ 20 มค.59

ร่วมมือ

ผู้แทนจาก 8 องค์กรเครือข่ายสุขภาพ นำโดย **นพ.วชิระ บถพิบูลย์ ชมรมแพทย์ชนบท**เข้าร่วมประชุมหารือกับ **นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม** และคณะผู้บริหาร ในการสอบถามความคืบหน้าการดำเนินงานวิจัยพัฒนาและผลิตยาสำหรับผู้ป่วยในการเข้าถึงยาจำเป็นเช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ ยารักษาไวรัสตับอักเสบซี เป็นต้น รวมทั้งการตอบข้อซักถามและเสนอแนะการดำเนินงานด้านต่างๆ ขององค์การเภสัชกรรม เพื่อร่วมกันพัฒนากระบวนการให้ผู้ป่วยได้รับยาจำเป็นอย่างต่อเนื่องและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ที่องค์การเภสัชกรรม เมื่อวันที่ 20 ม.ค.59





อภ.ช่วยผู้ป่วยวัณโรค

คุณศิรินุช ชีวันพิศาลนุกูล ผู้อำนวยการสำนักอำนวยการ องค์การเภสัชกรรม (อภ.) มอบยารักษาผู้ป่วยวัณโรค ให้กับ **คุณณรงค์ อภิชัย ผู้อำนวยการปฏิบัติการภาคสนาม มูลนิธิแม่ฟ้าหลวง ในพระบรมราชูปถัมภ์** เพื่อนำไปรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่ศูนย์หย่องข่า ต.ทะลาง จ.เมืองสาด ประเทศ เมียนมาร์ ซึ่งติดกับแนวชายแดนไทย จ.เชียงราย ทั้งนี้เป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เพื่อช่วยให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ในเรื่องสุขภาพ ที่องค์การเภสัชกรรม วันก่อน

ให้น้อง

ภก.นิพนธ์ อัตนวานิช รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม มอบตู้ยาพร้อมยาและเวชภัณฑ์ จำนวน 1 ชุด และยาตำราหลวง จำนวน 100 ชุด พร้อมอุปกรณ์การเรียน และปฏิทินองค์การฯให้กับสถานีโทรทัศน์ TNN เพื่อนำไปมอบให้กับ ร.ร.บรรพตวิทยา ต.ปอ อ.เวียงแก่น จ.เชียงราย ในโครงการ “TNN ส่งมอบความอบอุ่นช่วยน้องประสบภัยหนาว” ณ โถงอำนวยการ วันที่ 7 มค59



การพัฒนาความปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลตลาดเกรียบ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



สุทิมา ศุกรีเขตร, ภ.บ.
กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลบางปะอิน

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงด้านยาในชุมชนของตำบลตลาดเกรียบ ใช้วิธีวิจัยชิงพรรณนา ประเภท developmental studies ประชากรในงานวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ประกอบการร้านค้าของชำ ร้านขายยา และสถานพยาบาลเอกชน ครูและนักเรียนเทศบาล รวมทั้งประชาชน ดำเนินการระหว่างเมษายน 2553 ถึงกันยายน 2554 ใช้หลักบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1. **จัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง**
2. **พัฒนาศักยภาพผู้ที่ดูแลแหล่งกระจายยาในชุมชนโดยการอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุน ทรัพยากร และเสนอระบบที่จะลดความเสี่ยงตามบริบทของแต่ละแหล่ง**
3. **ให้กลุ่มเป้าหมายเฝ้าระวัง และบริหารจัดการ ความเสี่ยง ผลการสำรวจก่อนจัดการพบการจัดเก็บยาไม่เหมาะสม ยาลูกกลอนพบสเตียรอยด์ ยาหมดอายุในร้านชำ ร้านขายยา สถานพยาบาลเอกชน และยาขยะในครัวเรือน แต่ยาในศูนย์เด็กเล็กได้รับการจัดการอย่างดี**

ผลการดำเนินงานพบว่าคะแนนทดสอบความรู้เรื่องยาของเครือข่ายก่อน และหลังการอบรมเฉลี่ยร้อยละ50 และ 70 ตามลำดับ หลังการอบรมเครือข่ายสามารถดำเนินการเฝ้าระวังยาได้ถูกต้องร้อยละ70 แต่จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ90 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาได้เพิ่มขึ้น และนำอุบัติการณ์มาปรับระบบได้ร้อยละ 100 ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดซ้ำหลังปรับระบบ ไม่พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรืออันตรายในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ ตรวจพบสเตียรอยด์ จำนวน 1 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.1 ได้รับการประสานงานเพื่อดำเนินการต่อไป ร้อยละ 19.29 ของครัวเรือนได้รับการสำรวจ และกำจัดยาขยะ พบยาหมดอายุ

และเสื่อมสภาพ 22 ตัวอย่าง ยาเหลือใช้ 11 ตัวอย่าง และยาที่มีความเสี่ยง คือ ยาชุด 1 ตัวอย่าง ในแหล่งกระจายยาอื่น ได้แก่ ร้านขายยา สถานพยาบาลเอกชน โรงเรียน ร้านค้าของชำ พบยาหมดอายุ และเสื่อมสภาพในการสำรวจครั้งแรกเมื่อเริ่มโครงการ แต่ไม่พบหลังจากได้รับการอบรม และเฝ้าระวัง คะแนนการนิเทศงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยสูงขึ้นจาก 20 เป็น 56 คะแนนได้ตั้งศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในชุมชนเพื่อเป็นศูนย์ในการตรวจสอบสารปนเปื้อนเบื้องต้น รับเรื่องราวร้องทุกข์ รวมทั้งสื่อสารความเสี่ยงโดยจัดบอร์ด และเผยแพร่ปัญหาด้านยาที่พบไปพัฒนาเป็นบทเรียนการให้ชุมชนได้ร่วมทำประชาคม และจัดการความเสี่ยงด้านยาอย่างยั่งยืนต่อไป

บทนำ

ในชุมชนมีแหล่งกระจายยามากมาย และปัญหาคือบางแหล่งผู้ประกอบการไม่มีความรู้ด้านยา หรือขายโดยกฎหมายไม่อนุญาต ทำให้ขาดการบริหารจัดการยา รวมทั้งส่งมอบยาไม่ได้มาตรฐาน จึงมักพบยาที่หมดอายุ เสื่อมคุณภาพ หรือยาที่ไม่เหมาะสมอยู่ในชุมชน ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และความปลอดภัยของประชาชนในชุมชน เจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย และภารกิจมากมาย ไม่สามารถดูแล และจัดการปัญหาได้ครบถ้วน สะท้อนได้จากจำนวนยาที่ผู้ป่วยนำยามาคืนตามนโยบาย **“ยาเก่าแลกไข่”** ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2555 ถึง 37 ล้านเม็ด[1] จากการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ใหม่ทางสุขภาพ เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพเชิงรุก และเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน จึงมีแนวคิดในการสร้างระบบจัดการด้านยาโดยชุมชน โดยใช้หลักการบริหารความเสี่ยง[2]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยาในแหล่งกระจายยาของชุมชน
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยาในแหล่งกระจายยาของชุมชน
3. เพื่อพัฒนาการเฝ้าระวังและบริหารความเสี่ยงด้านยาในแหล่งกระจายยาของชุมชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ประกอบการ** หมายถึง ผู้ประกอบการร้านค้าของชำ ร้านขายยา และสถานพยาบาลเอกชน

2. **ยาขยะ** หมายถึง ยาที่หมดอายุ เสื่อมสภาพ มีฉลากไม่ครบถ้วน (อาทิ ไม่มีชื่อยา สรรพคุณและวิธีใช้ยา) หรือไม่มีฉลาก[3]

วิธีการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประเภท developmental studies**

2. **ประชากรในงานวิจัย** ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้ประกอบการร้านขายของชำ ร้านขายยา และสถานพยาบาล, ครู และนักเรียน, เทศบาล รวมทั้งประชาชน ดำเนินการระหว่างเมษายน 2553 ถึงกันยายน 2554 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างดังนี้

   2.1 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นผู้อำนวยการ 1 คน และผู้รับผิดชอบ มาตรฐานด้านยา 1 คน

   2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคน

   2.3 ผู้ประกอบการร้านขายของชำ ร้านขายยา และสถานพยาบาล แห่งละ 1 คน

2.4 ครู 1 คน และนักเรียน 1 คน ต่อ โรงเรียน 1 แห่ง

2.5 ตัวแทนเทศบาลตำบลตลาดเกรียบ 1 คน

2.6 บ้านของประชาชนที่จะรับการสำรวจยา ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างตามวิธีของ ยามาเน่ (Taro Yamane)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร

e คือ คลาดคลาดเคลื่อน

ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ระดับความเชื่อมั่น 90% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.10

ทั้งหมด 534 หลังคาเรือน เมื่อคำนวณแล้ว จะได้ตัวอย่าง จำนวน 84 หลังคาเรือน ใช้การสุ่มแบบ random sampling

3. ขั้นตอนการวิจัย

3.1 พัฒนาระบบฐานข้อมูล

เพื่อใช้วางแผนดำเนินงาน และติดตาม เฝ้าระวังปัญหา ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน (ผู้ประกอบการ, ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวกับยา, ข้อมูลอื่นๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงาน) และผลการดำเนินงานของกลุ่มข้างต้น

3.2 พัฒนาศักยภาพเครือข่าย

3.2.1 ส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน

3.2.1.1 ศึกษาเครือข่ายต่างๆ

3.2.1.2 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1.3 จัดอบรม,ประชุมเครือข่าย เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังยาในชุมชน

3.2.1.4 จัดทำคู่มือการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยด้านยา

3.2.1.5 มอบชีดีงานคุ้มครองผู้บริโภค แก่เทศบาลเพื่อเปิดให้ความรู้แก่ประชาชน

3.2.1.6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน

3.2.2 พัฒนาสถานประกอบการในชุมชนให้ได้มาตรฐาน

3.2.2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ

3.2.2.1.1 ยาที่มีความเสี่ยงสูง

- จัดระบบการจัดเก็บยาที่มีความเสี่ยงสูง
- จัดทำใบแทรกข้อมูลยาให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังตนเองระหว่างรอบรับยา

3.2.2.1.2 ความคลาดเคลื่อนทางยา

- จัดระบบแบ่งบรรจุยา
- ทบทวนรายการยาที่ต้องป้องกันแสง และมาตรฐานขนาดยาของเด็ก

3.2.2.1.3 การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- ทำบัตรเตือนเรื่องยากรณีประวัติแพ้ยาจากที่อื่น หรือเกิดอาการข้างเคียงจากยา

- ทำบัตรเตือนอาการเริ่มแรกของ Toxic epidermal necrolysis (TEN) และ Steven-Johnson syndrome (SJS)
- ทำบัตรเตือนอาการแพ้เริ่มแรกของยาปฏิชีวนะ

3.2.2.1.4 บริหารเวชภัณฑ์

- กำหนดสติ๊กเกอร์สีระบุปีที่ยาหมดอายุ
- แยกตู้เย็นเก็บวัคซีน และยาแช่เย็นทั่วไป
- จัดหาเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็นและห้องให้ครบ

3.2.2.2 โรงเรียน : มีการจัดระบบการจัดเรียง เก็บรักษา และตรวจสอบคุณภาพของยาในตู้ยา

3.3 การเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง

3.3.1 การเฝ้าระวังความเสี่ยง

3.3.1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ

3.3.1.1.1 ยาที่มีความเสี่ยงสูง

- ใช้แบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ

3.3.1.1.2 ความคลาดเคลื่อนทางยา

- บันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาและทบทวนอุบัติการณ์

3.3.1.1.3 การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- ส่งต่อข้อมูลแพ้ยาที่คัดกรองได้ที่โรงพยาบาลบางปะอินไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบเพื่อเฝ้าระวังต่อ

3.3.1.2 ร้านขายยา และสถานพยาบาล

3.1.2.1 สมุดตรวจสอบวันหมดอายุของยา

3.1.2.2 สติ๊กเกอร์สีปีที่หมดอายุ ใช้ติดเตือนที่ภาชนะบรรจุยา

3.1.2.3 ผังหรือวงรอบการตรวจสอบยา

3.1.2.4 การจัดสถานที่ตามนโยบาย(แยกโซน)

3.1.2.5 การจัดยาให้เป็นหมวดหมู่ มีป้ายภาษาไทย

3.3.1.3 การเฝ้าระวังในชุมชน

3.3.1.3.1 ตรวจสเตียรอยด์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3.1.3.2 สำรวจยาขยะโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3.2 การจัดการความเสี่ยง

3.3.2.1 ลดปัจจัยเสี่ยงโดยการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา

3.3.2.2 กำจัดความเสี่ยงโดยดำเนินการแก้ไขปัญหาให้หมดไป หากเกินศักยภาพต้องประสานงานหน่วยที่มีอำนาจดำเนินการต่อไป

3.3.3 การสื่อสารความเสี่ยง

รายงานสถานการณ์ยาในชุมชนที่ได้จากการเฝ้าระวัง รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลวิชาการและสื่อที่เกี่ยวกับปัญหาผ่านศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา

ผลการวิจัย

1. จัดอบรม,ประชุมเครือข่าย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังยา ในตำบลตลาดเกรียบ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้เข้ารับการอบรม ประชุม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ลำดับ	เป้าหมาย	จำนวน ผู้เข้ารับการอบรม (คน)	หมายเหตุ
1	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	20	
2	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้รับผิดชอบมาตรฐานด้านยา	20	
3	คณะกรรมการพัฒนาความปลอดภัยด้านยา	9	ประชุม 3 ครั้ง
4	เครือข่ายภาคประชาชน (ผู้ประกอบการร้านชำ ร้านขายยา, สถานพยาบาล, ครู นักเรียน,แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)	35	
5	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	41	อบรม 3 ครั้ง

1.2 ผลงานเชิงคุณภาพ

- คะแนนทดสอบความรู้เรื่องยาของเครือข่ายก่อน และหลังการอบรมเฉลี่ยร้อยละ 50 และ 70 ตามลำดับ
- หลังการอบรมเครือข่ายสามารถดำเนินการเฝ้าระวังได้ถูกต้องร้อยละ 70 แต่จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90

2. จัดทำคู่มือการปฏิบัติด้านยา 1 เล่ม และซีดีสื่องานคุ้มครองผู้บริโภคมอบให้เทศบาล 5 ชุด
3. พัฒนาสถานประกอบการในชุมชนให้ได้มาตรฐานตามวิธีการดำเนินงาน
4. ผลจากการเฝ้าระวังความเสี่ยง

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนการนิเทศงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ (ส่วนที่ทำวิจัย)

ลำดับ	รายการ	คะแนนเต็ม	ก่อนทำวิจัย	หลังทำวิจัย
1	คะแนนการนิเทศงาน	60	20	56

ตารางที่ 3 แสดงผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ

ลำดับ	รายการ	ปี 2553	ปี 2554
1	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ต้องระมัดระวังสูง	77	58
2	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่มีความเสี่ยงสูง	0	0

ตารางที่ 4 แสดงความคลาดเคลื่อนทางยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ

ลำดับ	ความคลาดเคลื่อน	จำนวนครั้งปี 2553	จำนวนครั้งปี 2554
1	ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา	7	20
2	ความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา	18	29
3	ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา	1	0
4	ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา	0	0

ตารางที่ 5 แสดงผลการบริหารเวชภัณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย	จำนวนรายการ ปี 2553	จำนวนรายการ ปี 2554
1	ยาเสื่อมสภาพ/ยาหมดอายุ	0	3	2
2	ยาขาดจ่ายแก่ผู้ป่วย	0	0	0
3	รายการยาแลกเปลี่ยนก่อนหมดอายุ	0	0	0

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และซักประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลบางปะอิน และส่งต่อไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (คน)
2553	52
2554	92

ตารางที่ 7 แสดงตัวชี้วัดการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จาการใช้ยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย	ปี 2553	ปี 2554
1	จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	0	0	0

ตารางที่ 8 แสดงรายการยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพในแหล่งกระจายยา

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย	ปี 2553	ปี 2554
1	โรงเรียน	0	2	0
2	ศูนย์เด็กเล็ก	0	0	0
3	ร้านค้าชำ	0	5	0
2	ร้านขายยา	0	3	0
3	สถานพยาบาลเอกชน	0	1	0

ตารางที่ 9 แสดงผลการตรวจสเตียรอยด์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลตลาดเกรียบ

จำนวนตัวอย่างที่ได้รับการตรวจ	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจพบสเตียรอยด์	ร้อยละ
32	1	3.1

ตารางที่ 10 แสดงผลการสำรวจยาขยะโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลตลาดเกรียบ

จำนวนครัวเรือนทั้งหมด	จำนวนครัวเรือนที่สำรวจยาขยะ	ร้อยละ	จำนวนรายการยาขยะ		
			ยาหมดอายุ	ยาเหลือใช้	ยาที่มีความเสี่ยง
534	103	19.29	22	11	1 (ยาชุด)

5. มีการจัดการปัญหา 2 เรื่อง คือ ยาที่มีสเตียรอยด์ และยาขยะ

6. จัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์ในการเผยแพร่สถานการณ์ ความรู้ ทดสอบเบื้องต้น รวมทั้งร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

สรุปและวิจารณ์ผล

การพัฒนาความปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้เป็นการนำร่องในบางประเด็นเท่านั้น ซึ่งสามารถใช้แนวคิดนี้ต่อยอดในประเด็นอื่นได้ ในส่วนของสถานบริการเน้นให้มีการพัฒนาให้ได้มาตรฐานด้านยา แต่มีการปรับตามบริบทของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ในชุมชนนั้นเน้นการจัดการยาขยะในชุมชน พบว่าการใช้แนวทางบริหารจัดการความเสี่ยง และเมื่อวางระบบประกอบกับพัฒนาศักยภาพแล้ว เครือข่ายสุขภาพสามารถดำเนินการได้ แต่จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนา และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสุภาวดี เปล่งชัย[4] ซึ่งใช้แนวคิดนี้ในการดำเนินงาน และได้ผลการดำเนินงานที่ดี

การดำเนินงานบางประเด็นได้ผลไม่เป็นไปตามเป้าหมายต้องพัฒนาต่อไป ได้แก่ ยาหมดอายุและเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการนิเทศงาน พบว่าเป็นยากลุ่มที่มีอัตราการใช้น้อย เสนอว่าควรเพิ่มการตรวจสอบการหมุนเวียนของยาให้มีความสม่ำเสมอ บันทึกรายการยาที่ใกล้หมดอายุเช่นเดียวกับร้านขายยา รวมทั้งแลกเปลี่ยนยาตามระบบ

การติดตามความปลอดภัยในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ดำเนินการเมื่อผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ไม่ได้ข้อมูลตลอดเวลาการใช้ยาของผู้ป่วย

การประเมินผลบางกิจกรรมยังไม่ชัดเจน ได้แก่ การสำรวจยาขยะ และการตรวจสเตียรอยด์ กล่าวคือ ประเมินจากผลงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้นำมาส่งว่าตัวอย่างยาตรงกับเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่ ไม่ได้ไปตรวจสอบความครอบคลุมยาขยะทั้งหมดหรือไม่ อีกทั้งจำนวนยาขยะ และยาชุดมีจำนวนไม่มาก ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของเอกพล กาละดี[5] ที่ผลการวิจัยพบว่าในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาชุด ร้อยละ 48.05

ในการวิจัยนี้ได้กำจัดยาขยะออกไปจากร้านค้าชำ และให้ความรู้เรื่องยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งผู้ประกอบการ ไม่มีความรู้ก่อนการทำวิจัย พบว่ามีจำนวนรายการยาลดลง จึงส่งผลให้ไม่พบยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพในปี 2554

ข้อเสนอแนะ

1. แนวคิดการบริหารความเสี่ยงในการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้กับผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นในชุมชน

2. ควรมีการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนเพิ่มขึ้น เพื่อให้เฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนด้วยตนเองได้

3. ควรค้นหาผู้นำโดยธรรมชาติในชุมชน เพื่อเป็นพลังสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายสุขภาพ

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ และเครือข่ายสุขภาพของตำบลตลาดเกรียบที่ได้ร่วมพัฒนาความปลอดภัยด้านยาของตำบลตลาดเกรียบ

หนังสืออ้างอิง

1. กลุ่มคลังข้อมูลสุขภาพ. รายงานสรุปการจำแนกยาหมดอายุ และยาไม่หมดอายุ. (2555). [online]. [วันที่สืบค้น 10 กันยายน พ.ศ. 2555]; เข้าถึงได้จาก: http://healthcaredata.moph.go.th/drug_egg/drug_sum_expire.php
2. คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553. หน้า 94-98.
3. บังอร ศรีพิชกุลชัย และคณะ. เภสัชกรห่วงใย รวมพล..ประชาชนคนใช้ยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551. หน้า 11.
4. สุภาวดี เปล่งชัย. งานเภสัชกรรมปฐมภูมิกับความปลอดภัยด้านยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน. สไลด์นำเสนอในการประชุมเรื่อง.ชี้แจงสิทธิประโยชน์ด้านยา จัดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 24-25 มิถุนายน 2557
5. เอกพล กาละดี. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยำชุดของประชาชนในตำบลนาฝาย อำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ : การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ. วารสารอาหารและยา ฉบับเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2557. หน้า 50.





ผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อพฤติกรรมใช้ยา และระดับความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ธิทัย สัจจาวงศ์วณิชย์, ภ.บ., ส.ม.
โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อพฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีรูปแบบการวิจัยแบบเชิงทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม โดยทดสอบ ก่อน-หลัง การดำเนินงานการบริบาลเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรูปแบบการศึกษา ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การติดตามการใช้ยา และการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการ การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และมีการประเมินผลระดับความดันโลหิต ก่อน-หลัง ดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 80 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ช่วงเวลา มกราคม 2557 ถึง ตุลาคม 2557 ผู้ป่วยแต่ละราย จะได้พบเภสัชกร เพื่อให้บริบาลเภสัชกรรม และติดตามผล จำนวน 4 ครั้ง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ผลตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 80 ราย ในครั้งที่ 1 เป็นความดันโลหิตสูง Hypertension Stage 1 และ Stage 2 จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 76.25) และ 19 ราย (ร้อยละ 23.75) ตามลำดับ และเมื่อประเมินค่าระดับความดันโลหิต เมื่อพบเภสัชกรในครั้งที่ 4 สามารถจัดแบ่งระดับความดันโลหิต Normal, Prehypertension, Hypertension Stage 1 และ Hypertension Stage 2 เป็น 9 ราย (ร้อยละ 11.25), 59 ราย (ร้อยละ 73.75), 10 ราย (ร้อยละ 12.50) และ 2 ราย (ร้อยละ 2.50) ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วย 68 ราย (ร้อยละ 85.00) สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษา และพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใช้สถิติ t-test ระดับ $p < 0.05$ โดย Systolic BP ก่อนเข้าร่วมโครงการ 153.09 ± 14.09 หลังเข้าร่วมโครงการ 133.39 ± 11.45 Diastolic BP ก่อนเข้าร่วมโครงการ 90.93 ± 3.62 หลังเข้าร่วมโครงการ 81.79 ± 4.90 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่า อุบัติการณ์การใช้ยาที่ไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่ง ในครั้งแรก

125 ครั้ง และพบว่าผู้ป่วยไม่ทราบข้อปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา มากที่สุด 26 ครั้ง (ร้อยละ 32.50) เมื่อพบเภสัชกรครั้งที่ 4 อุบัติการณ์การใช้ยา ที่ไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่ง ลดลงเหลือ 4 ครั้ง และผู้ป่วยไม่ทราบข้อปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ลดลงเหลือ 1 ครั้ง (ร้อยละ 1.25)

จากการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การให้บริบาลเภสัชกรรม สามารถทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ 68 ราย หรือร้อยละ 85 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[1] และพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งทุกชนิด ลดลงเหลือ 4 ครั้ง โดยเภสัชกร สามารถค้นหาปัญหา และให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในแต่ละราย แสดงให้เห็นว่าการให้บริบาลเภสัชกรรม มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่งที่จะมีผลต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยเอง

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบันและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจวาย โรคหัวใจขาดเลือด โรคเลือดสมอง โรคไตวาย และความพิการจากอัมพาต[2,3] โรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์สูงขึ้นมากในประชากรไทยอายุเกิน 40 ปี วัยกลางคน และโดยเฉพาะประชากรสูงอายุเกิน 65 ปี ซึ่งมีอัตราการเพิ่มอย่างรวดเร็ว มีอาการเพิ่มตัวอย่างรวดเร็ว เป็นกลุ่มที่พบอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเป็นทวีคูณ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเงียบและมักไม่ค่อยมีอาการ อาการแรกสุดอาจเป็นภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคหัวใจวายเฉียบพลัน หรือไตพิการ และมักเกิดร่วมกับภาวะโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ[3] การใช้ยาร่วมกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาจึงเป็นบทบาทของเภสัชกร เภสัชกรโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่หลักประการหนึ่ง คือ การให้การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems) ด้วยการติดตามดูแลผลการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วย (monitoring of drug therapy) รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย (drug counseling) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือต้องใช้ยารักษาเป็นระยะเวลานาน ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดโรคแทรกซ้อน หรือโรคอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องสั่งจ่ายยาเพื่อรักษาแต่ละโรค หรือแต่ละกลุ่มอาการ จำนวนหลายขนาน ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยามีอุบัติการณ์สูงกว่าผู้ป่วยประเภทอื่นๆ หากผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการบริการด้านบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการดูแลและติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้อง เป็นผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตจนได้เป้าหมายคือ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท หรือต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท (ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคไต) โดยใช้ยาน้อยขนาน รวมทั้งไม่กระทบกระเทือนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดอาการแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อพฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย

1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย หลังได้รับคำปรึกษาแนะนำ หรือการให้บริบาลเภสัชกรรม

2. ประสิทธิผลของการตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วย หลังได้รับคำปรึกษาแนะนำ หรือการให้บริบาลเภสัชกรรม

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม โดยทดสอบ ก่อน-หลัง การดำเนินงานการบริบาลเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย

2. กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย ที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าเป้าหมาย คือ ความดันโลหิตระบบ (Systolic Blood Pressure, SBP) เท่ากับหรือมากกว่า 140 mmHg หรือความดันโลหิตล่าง (Diastolic Blood Pressure, DBP) เท่ากับหรือมากกว่า 90 mmHg ระยะเวลา มกราคม 2557 ถึง ตุลาคม 2557 โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

3.1 โปรแกรม SPSS

3.2 แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยการใช้ยาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ภาคผนวก ก-จ)

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามรายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

4.1 คัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าเป้าหมายการรักษา คือ ความดันโลหิตบน (Systolic Blood Pressure; SBP) เท่ากับหรือมากกว่า 140 mmHg หรือความดันโลหิตล่าง (Diastolic Blood Pressure; DBP) เท่ากับหรือมากกว่า 90 mmHg ในครั้งแรกที่ทำการศึกษา โดยผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่สมัครใจจะได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้งต่อราย

4.2 บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย (Out Patient Department Card; OPD card) ใบสั่งยา และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย Hospital number (HN) อายุ เพศ น้ำหนัก อาชีพ การศึกษา เป็นต้น ลงในแบบบันทึกการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาคผนวก ก)

4.3 บันทึกข้อมูลการใช้ยา ค่าความดันโลหิต น้ำหนัก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย เมื่อได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมในแต่ละครั้งของการศึกษา ลงในแบบบันทึกการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ภาคผนวก ก)

4.4 เภสัชกรให้บริการด้านบริบาลเภสัชกรรม ในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายในการรักษาความดันโลหิตสูง
- แนวทางการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด
- ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญและความจำเป็นในการใช้ยา และแนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย
- ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจการออกฤทธิ์ของยารักษาความดันโลหิตสูง
- วินิจฉัย และตรวจหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา

- วินิจฉัยและตรวจหาปัญหาอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับยา
- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อลืมใช้ยาหรือขาดยา
- ให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรืออาการข้างเคียงในการใช้ยา
- ให้คำแนะนำการเก็บรักษายาที่ถูกต้องและเหมาะสม
- ติดตามและเฝ้าระวังการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

4.5 บันทึกรายละเอียดปัญหาที่เกี่ยวกับยา (ภาคผนวก ข) ปัญหาอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับยา ที่มีผลต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและความสำคัญในการควบคุมโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การแก้ไขปัญหา ผลการแก้ปัญหา ในแต่ละครั้งของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม หากพบปัญหาจะปรึกษาแพทย์ หรือ แนะนำวิธีแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย ลงในแบบบันทึก ปัญหาที่พบและการแก้ไข (ภาคผนวก ข) นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับยา และปัญหาอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับยา และบันทึกลงในแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวกับยา และปัญหาอื่นๆ (ภาคผนวก ค) และ (ภาคผนวก ง) ตามลำดับ โดยปฏิบัติเช่นนี้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นเวลา 4 ครั้งติดต่อกัน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2557 ถึงเดือน ตุลาคม 2557 ได้คัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตบน (Systolic Blood Pressure; SBP) เท่ากับหรือมากกว่า 140 mmHg หรือความดันโลหิตล่าง (Diastolic Blood Pressure; DBP) เท่ากับหรือมากกว่า 90 mmHg ในครั้งแรก โดยผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกเพื่อเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 4 ครั้ง จำนวน 80 ราย เป็นเพศชาย 29 คน และเพศหญิง 51 คน นับถือศาสนาพุทธ 63 คน และศาสนาอิสลาม 17 คน (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-69 ปี และมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง

กลุ่มผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะของโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียวจำนวนมากที่สุด และมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง (hypertension + hyperlipidemia) รองลงมา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค จะอยู่ในช่วงเวลาตั้งแต่ระยะเวลาไม่ถึง 1 ปี จนกระทั่งมากกว่า 10 ปี และผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะของโรคความดันโลหิตสูงในระยะ 6-10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 48.75)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) (n=80)
1. เพศ	
1.1 เพศชาย	29 (36.25)
1.2 เพศหญิง	51 (63.75)
2. ศาสนา	
2.1 พุทธ	63 (78.75)
2.2 อิสลาม	17 (21.25)
3. อายุ	
3.1 น้อยกว่า 40 ปี	1 (1.25)
3.2 40-49 ปี	11 (13.75)
3.3 50-59 ปี	16 (20.00)
3.4 60-69 ปี	34 (42.50)
3.5 70 ปีขึ้นไป	18 (22.50)
4. ระดับการศึกษา	
4.1 ประถมศึกษา	12 (15.00)
4.2 มัธยมศึกษา	42 (52.50)
4.3 ปวช./ปวส.	7 (8.75)
4.4 ปริญญาตรี	14 (17.50)
4.5 ปริญญาโท	1 (1.25)
4.6 ไม่ได้ศึกษา	4 (5.00)
5. อาชีพ	
5.1 แม่บ้าน พ่อบ้าน	17 (21.25)
5.2 ค้าขาย	10 (12.50)
5.3 รับจ้าง	45 (56.25)
5.4 รับราชการ	5 (6.25)
5.5 ข้าราชการบำนาญ	2 (2.50)
5.6 อื่น ๆ (ทำสวน, ทำไร่, ภิกษุ)	1 (1.25)
6. โรคของผู้ป่วย	
6.1 hypertension	34 (42.50)
6.2 hypertension + hyperlipidemia	21 (26.25)
6.3 hypertension + diabetes mellitus	15 (18.75)
6.4 hypertension + IHD	3 (3.75)
6.5 hypertension + CHF	2 (2.50)
6.6 hypertension + hyperlipidemia + MI	2 (2.50)
6.7 hypertension + hyperlipidemia + IH	3 (3.75)
7. ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย	
7.1 น้อยกว่า 1 ปี	1 (1.25)
7.2 1-5 ปี	15 (18.75)
7.3 6-10 ปี	39 (48.75)
7.4 มากกว่า 10 ปี	25 (31.25)

ตารางที่ 2 ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โดยแบ่งตามเกณฑ์ของ JNC-VII

Category	Systolic BP (mmHg)		Diastolic BP (mmHg)	จำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับการบริการด้านบริบาลทางเภสัชกรรม (ราย)	
				ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 4
Normal	<120	and	<80	0 (0.00)	9 (11.25)
Prehypertension	120 – 139	or	80 – 89	0 (0.00)	59 (73.75)
Hypertension, Stage 1	140 - 159	or	90 – 99	61 (76.25)	10 (12.50)
Hypertension, Stage 2	≥ 160	or	≥ 100	19 (23.75)	2 (2.50)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต	N	Mean	SD	t	df	P- value
Systolic BP						
ก่อน	80	153.09	14.09	22.69	79	.000
หลัง	80	133.39	11.45			
Diastolic BP						
ก่อน	80	90.93	3.62	14.06	79	.000
หลัง	80	81.79	4.90			



ตารางที่ 4 รายละเอียดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่ง ที่พบในผู้ป่วยจำนวน 80 ราย

พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	จำนวนปัญหา (ครั้ง)			
	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 4	ร้อยละ
1. หยุดยาเอง ขาดยาเป็นบางช่วงหรือบางมื้อ	24	30.00	1	1.25
2. ผู้ป่วยไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	8	10.00	0	0.00
3. ใช้ยาต่างขนาดจากที่สั่ง				
- ใช้มากกว่าสั่ง	5	6.25	0	0.00
- ใช้น้อยกว่าสั่ง	3	3.75	1	1.25
4. ใช้ยาในช่วงเวลาไม่เหมาะสม				
- รับประทานยาไม่เป็นเวลาที่แน่นอน	13	16.25	1	1.25
- รับประทานยาก่อน-หลังอาหาร	2	2.50	0	0.00
- รับประทานยา Aspirin หรือ ยากลุ่ม NSAIDs ขณะท้องว่าง	3	3.75	0	0.00
5. ใช้ยาจำนวนครั้งผิดจากที่สั่ง/วัน				
- ใช้มากกว่าสั่ง	20	25.00	0	0.00
- ใช้น้อยกว่าสั่ง	15	18.75	0	0.00
6. การเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง				
- รวมยาหลายชนิดไว้ในซองเดียวกัน	2	2.50	0	0.00
7. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้ หรือไม่มีข้อมูลยืนยันถึงข้อบ่งใช้นั้น	3	3.75	0	0.00
8. ผู้ป่วยไม่ทราบข้อปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา	26	32.50	1	1.25
9. เทคนิคการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น บด เคี้ยวยา	1	1.25	0	0.00
รวม	125	-	4	-



สรุปและวิจารณ์ผล

หลังจากผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตบน (Systolic Blood Pressure; SBP) เท่ากับหรือมากกว่า 140 mmHg หรือ ความดันโลหิตล่าง (Diastolic Blood Pressure; DBP) เท่ากับหรือมากกว่า 90 mmHg ในครั้งแรก จำนวน 80 ราย ได้รับการคัดเลือกเพื่อเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 4 ครั้ง สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับค่าความดันโลหิตตามเกณฑ์ของ JNC-VII ดังตารางที่ 8 และแผนภูมิที่ 1 พบว่าในครั้งแรกที่ผู้ป่วยพบเภสัชกร ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตแบ่งเป็นประเภท hypertension, stage 1 และ stage 2 จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 76.25) และ 19 ราย (ร้อยละ 23.75) ตามลำดับ และเมื่อประเมินค่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เมื่อพบเภสัชกรในครั้งที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งสามารถจัดแบ่งระดับความดันโลหิตเป็นประเภท normal และ prehypertension โดยมีจำนวนผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 11.25) และ 59 ราย (ร้อยละ 73.75) ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเพียง 10 ราย (ร้อยละ 12.50) และ 2 ราย (ร้อยละ 2.50) ที่มีระดับความดันโลหิตที่จัดอยู่ในประเภท hypertension, stage 1 และ stage 2 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยจำนวน 68 ราย (ร้อยละ 85.00) สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษา ค่าความดันโลหิต (ตาราง 2) ของผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยการบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า Systolic BP ก่อนเข้าร่วมโครงการ 153.09 ± 14.09 หลังเข้าร่วมโครงการ 133.39 ± 11.45 Diastolic BP ก่อนเข้าร่วมโครงการ 90.93 ± 3.62 หลังเข้าร่วมโครงการ 81.79 ± 4.90 ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic BP แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี เนตรนพรัตน์ และคณะ[6] ที่พบว่าค่าความดันโลหิตเฉลี่ยของผู้ป่วยหลังได้รับคำแนะนำลดลงจาก 156/89.77 mmHg เหลือ 148.52/84.98 mmHg

จากตารางที่ 4 รายละเอียดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่ง พฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ที่พบมากที่สุด คือผู้ป่วยไม่ทราบข้อปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ร้อยละ 32.50 รองลงมาผู้ป่วยหยุดยาเอง ขาดยาเป็นช่วงหรือบางมื้อ ร้อยละ 30.00 หลังจากได้รับการบริบาลเภสัชกรรมครบ 4 ครั้ง พบว่าลดลงเหลือร้อยละ 1.25 และ 1.25 ตามลำดับ และพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งทุกชนิด ลดลงอย่างชัดเจน จนเหลือ 4 ครั้ง จาก 125 ครั้ง ในครั้งแรก โดยพบว่าอุบัติการณ์ การเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่ง จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี เนตรนพรัตน์ และคณะ[6] พบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมลดลงจาก 136 ปัญหา เหลือ 52 ปัญหา และใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบอุบัติการณ์ในช่วง 17-84.60 %

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าระดับความดันโลหิตสูงกว่าเป้าหมาย เมื่อได้รับการบริบาลเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง และได้รับการแก้ไขปัญหาที่ตรวจพบโดยเภสัชกร ร่วมกับการที่ผู้ป่วยอาจมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตดีขึ้นตลอดจนมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น เช่น การมาพบแพทย์ตามนัด หรือมีความร่วมมือในการใช้ยา มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง สามารถควบคุมหรือทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. การให้บริการด้านบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถือได้ว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของเภสัชกร ในการรักษาผู้ป่วยด้วยยารักษาโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพ คือ การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นอย่างดี และหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาต่างๆ จากยา เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องโรค ยา และการปฏิบัติตัวควบคู่กันไปจะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการส่งเสริมให้เกิดการทำงานในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน โดยเภสัชกรร่วมมือกับบุคลากรในสาขาวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล โดยบุคลากรสาธารณสุขแต่ละสาขาวิชาชีพ มีความรับผิดชอบแตกต่างกัน ตามความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการปฏิบัติงานของตนเอง ในลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วย แสดงถึงการทำงานอันจะส่งผลให้การรักษามีคุณภาพยิ่งขึ้น และการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ สามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ **นายแพทย์รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้อย** ที่สนับสนุนให้ทำการศึกษา ขอบคุณ **แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคความดันโลหิต** ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ขอบคุณ **ดร.พรเลิส ชุมชัย** ที่สนับสนุนความรู้ในการทำวิจัย และ**เภสัชกรทุกท่านในโรงพยาบาลวังน้อย** ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

หนังสืออ้างอิง

1. Gourley, GA, et al. 1998. Humanistic outcomes in the hypertension and COPD arms of a multicenter outcomes study. J Am Pharm Assoc Wash. 38: 586-597.
2. พึงใจ งามอุโฆษ. 2541. ความดันโลหิตสูง ใน: วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). ตำราอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพมหานคร. โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์
3. Carter, BL, and Saseen, JJ. 2002. Hypertension, In: Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, et al. (eds). Pharmacotherapy: A Pathophysiology Approach. 5th ed. New York: McGraw-Hill.
4. สมาคมความดันโลหิตสูง. 2558. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. ฉบับปรับปรุง 2558: 1-3
5. Chobanian, AV, Bakris, GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. 2003. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure and National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. JAMA. 289: 2560-2572.
6. อัญชลี เนตรนพรัตน์และคณะ (2543). การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงที่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. รายงานการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 6 วันที่ 6-8 เมษายน 2543

การสร้างและพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง ในชุมชน : กรณีศึกษาตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด



The establishment and development of consumer protection network on cosmetics in Community : A CASE STUDY OF TAMBON Had Lek, Klongyai District, Trat Province

นายปรีชา รัตนพรสมปอง
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

Mr.Preecha Rattanapornsompong
Consumer protection and pharmacy division, Trat Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยผู้วิจัยใช้กลยุทธ์ 3 ประการ คือ การชี้นำด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง และเสริมสร้างชุมชนหรือเครือข่ายให้เข้มแข็ง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาเสริมพลังความเข้มแข็งและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน คือกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) ขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือน (จปฐ1) แบบบันทึกการสังเกต และแบบบันทึกภาคสนาม ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 รวมระยะเวลา 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นก่อตัวหรือทำความเข้าใจ ขั้นการสร้างพันธะหรือการดำเนินการ และขั้นการพัฒนา สำหรับปัจจัยภายในที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม และโครงสร้างลักษณะทางสังคมที่เป็นแบบระบบเครือญาติ มีการรวมกลุ่มต่างๆ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่ การที่มีหน่วยงานองค์การภาครัฐและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคประชาชน ให้การสนับสนุน

คำสำคัญ เครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภค เครื่องสำอาง การสร้างและพัฒนา

บทนำ (Introduction)

ปัญหาของระบบสุขภาพในปัจจุบัน คือ มีการลงทุนไปมาก แต่ได้รับผลตอบแทนทางสุขภาพน้อย ตัวเลขค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นมาก แต่ผลตอบแทนทางสุขภาพยังไม่คุ้มค่า[1] กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย สังคมและจิตใจ เพื่อให้ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมั่นมาดปรารถนาของตนเอง ที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม[2] และจากการประชุมนานาชาติ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ที่ประชุมได้ประกาศ **"กฎบัตรออตตาวา"** เพื่อเสนอกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ คือ การชี้นำ (Advocacy) ด้านสุขภาพ การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้ทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ และการไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development) ในชุมชนต่อไป

ประกอบกับปัจจุบันเครื่องสำอางได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของมนุษย์ตั้งแต่อดีตกาลจนถึงปัจจุบันเนื่องจากเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดความสะอาด ความสวยงาม นำไปสู่การมีสุขภาพจิตและสุขอนามัยที่ดี[3] ระบบตลาดใหม่ๆ เปิดโอกาสให้มีการซื้อขายสินค้าได้มากขึ้น รวมถึงกลยุทธ์ในการโฆษณาประชาสัมพันธ์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริโภคอย่างไร้ขีดจำกัด[4] ถึงแม้ว่าเครื่องสำอางจะเป็นผลิตภัณฑ์ใช้ภายนอก และมีความจำเป็นระดับ **"ใช้ก็ได้ ไม่ใช้ก็ได้"** แต่ผลกระทบจากการใช้เครื่องสำอางที่ผสมสารอันตรายนั้นมีผลกระทบทั้งต่อร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้บริโภคใช้เครื่องสำอางแล้วอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้เครื่องสำอางได้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้รวบรวมผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางระหว่างปี 2551-2552 จำนวน 2,076 ตัวอย่าง พบสารห้ามใช้ในเครื่องสำอางร้อยละ 23.80 ฉลากไม่ถูกต้องหรือไม่มีฉลากภาษาไทย ร้อยละ 0.07[5] และพบปัญหาสารห้ามใช้ในเครื่องสำอางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[6] และจากผลการดำเนินงานความไม่ปลอดภัยด้านเครื่องสำอางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดระหว่างปีงบประมาณ 2553-2555[7] พบว่าอำเภอที่พบตัวอย่างเครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัยในการใช้มากที่สุดในพื้นที่จังหวัดตราด คือ อำเภอคลองใหญ่ ประกอบกับพื้นที่อำเภอคลองใหญ่เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีอาณาเขตติดกับประเทศกัมพูชาสามารถลักลอบนำเข้าเครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัยเข้ามาได้ ทั้งทางบกและทางน้ำ ทำให้มีความยากต่อการควบคุมดูแลมากขึ้น กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จึงเห็นว่าการที่จะดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางตามแนวทางโครงการความปลอดภัยด้านเครื่องสำอาง (Cosmetic Safety) ภายใต้พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 ให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายเป็นเครื่องมือเพื่อร่วมกันเฝ้าระวัง เพราะการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบ **"ประสานพลัง"** (synergy) และการมีเครือข่ายจะช่วยให้เจ้าหน้าที่รับรู้ปัญหาด้านการบริโภคที่ไม่ปลอดภัย และแก้ไขปัญหาได้ทันเหตุการณ์[8]

ดังนั้นการสร้าง และพัฒนาเครือข่ายจึงน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งนี้เพราะสมาชิกเครือข่ายมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานร่วมกัน เริ่มด้วยการกำหนดเป้าประสงค์ กำหนดกฎเกณฑ์ให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมและแบ่งบทบาทหน้าที่กันทำและทำบางอย่างร่วมกัน[9] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการสร้างและพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน: กรณีศึกษาตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนและมีปัญหาเครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัยในการใช้มากที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิคกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างพลังและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผสมผสานกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ คือ การชี้นำด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง และเสริมสร้างชุมชนหรือเครือข่ายให้เข้มแข็ง เพื่อให้เกิดกระบวนการการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางตามแนวทางโครงการความปลอดภัยด้านเครื่องสำอาง (Cosmetic Safety) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษาครั้งนี้เป็น**การวิจัยและพัฒนา** (Research and Development) ในรูปแบบ**การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม** (Participatory Action Research : PAR) โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ คือ **การชี้นำ** (Advocacy) ด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาองค์ความรู้ให้ชุมชนในเรื่อง**การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม** (PAR) **ทักษะเทคนิคกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม** PRA, FSC, AIC และการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน **การเพิ่มความสามารถ** (Enabling) ให้ทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ โดยเทคนิคกระบวนการเรียน ประกอบด้วย**กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม** (Participatory Rural Appraisal : PRA) **กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน** (Future Search Conference : FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) และการไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วยการเตรียมพื้นที่และการเตรียมทีมวิจัยในพื้นที่

2. ขั้นดำเนินการ ประกอบด้วย ขั้นทำความเข้าใจปัญหา การจัดตั้งเครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง

3. ขั้นประเมินผล

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือน (จปฐ1) แบบบันทึกการสังเกต และแบบบันทึกภาคสนาม

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล จากบันทึกผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ข้อมูลจากแบบสำรวจความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือน (จปฐ1) การสังเกต และแบบบันทึกภาคสนาม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย นำข้อมูลมาจัดระเบียบตามวัตถุประสงค์ วิเคราะห์และสรุปในแต่ละประเด็นย่อย แล้วนำมาเขียนเรียบเรียงเพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ค้นพบในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย

7. พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา : กรณีศึกษาพื้นที่ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

8. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัย และเก็บข้อมูลในช่วง 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ผลการศึกษา (Result)

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. กระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1.1 ขั้นก่อตัวหรือทำความเข้าใจปัญหา ประกอบด้วย กระบวนการย่อย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาสภาพการณ์ ประสานหาแนวร่วมรับรู้ บูรณาการงาน ค้นหาความต้องการ และหาจุดร่วมในการพัฒนา แสวงหาแนวทาง และสร้างระบบความสัมพันธ์

1.2 ขั้นการสร้างพันธะหรือการดำเนินการ ประกอบด้วย กระบวนการย่อย 5 ขั้นตอน ได้แก่ กำหนดวัตถุประสงค์และข้อตกลงเครือข่าย มอบหมายหน้าที่ พัฒนาผู้นำ จัดทำระบบสื่อสาร และการติดตามประเมินผล

1.3 ขั้นการพัฒนา ประกอบด้วย กระบวนการย่อย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ทบทวนกระบวนการทำงานและการจัดการเครือข่าย

ในแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยใช้กลยุทธ์ 3 ประการ คือ การชี้นำด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง และเสริมสร้างชุมชนหรือเครือข่ายให้เข้มแข็งโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาเสริมพลังความเข้มแข็งและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนจำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก สำหรับปัจจัยภายในที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม และโครงสร้างลักษณะทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนที่เป็นแบบระบบเครือญาติ มีความเอื้อเฟื้อ มีการรวมกลุ่มต่างๆ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ได้แก่การที่มีหน่วยงานองค์การภาครัฐและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคประชาชน ให้การสนับสนุน

3. ผลการดำเนินงานของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่าสมาชิกที่เหมาะสมที่ควรจะเข้ามามีส่วนร่วมในเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง ได้แก่ ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ตัวแทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาคประชาชน กระบวนการทำงานของเครือข่าย มุ่งเน้นการจัดการปัญหาด้านเครื่องสำอางในชุมชน โดยร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านเครื่องสำอางในชุมชน แล้วนำมากำหนดกิจกรรม และวางแผนการดำเนินงานของเครือข่าย โดยกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลให้สมาชิกสามารถประสานงานกันได้ตรงบทบาทหน้าที่ โครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางที่เกิดขึ้นนี้ เป็นเครือข่ายที่เป็นทางการ คือ มีโครงสร้างการประสานงานอย่างเป็นทางการ ซึ่งจัดเป็น **“เครือข่ายแบบทุกช่องทาง”** (all-channel network) สำหรับปัญหาความไม่ปลอดภัยด้าน

เครื่องสำอางในชุมชน พบว่าผลงานจากการดำเนินงานเฝ้าระวังด้านเครื่องสำอางในชุมชนหลังจากมีการดำเนินงานเครือข่าย ปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านเครื่องสำอางมีแนวโน้มลดลง

อภิปรายผลการศึกษา (Discussion)

1. การสร้าง และพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชนที่ได้จากการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องความเป็นอยู่ของชุมชน มิได้เน้นมิติด้านสุขภาพเพียงด้านเดียว สอดคล้องกับแนวคิดของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี[11] ที่กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง วิถีชีวิตทั้งหมดของมนุษย์ และจากแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ว่ามนุษย์จะมีความสุขจะต้องอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อสุขภาพและการให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังทุกขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูล โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ ลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ การเมือง ความเป็นมาและสภาพความเป็นอยู่ของชุมชน ทำให้ชุมชนรับรู้ข้อมูลสภาพความเป็นจริงของชุมชนด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบต่อชุมชนและตนเอง และสามารถค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา หาสาเหตุของปัญหาได้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง และความต้องการของชุมชน ดังนั้นวิธีการเสริมพลังการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สำคัญ คือ การให้ชุมชนได้รับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกระบวนการ สอดคล้องกับแนวคิดของอริศรา ชูชาติและคณะ[12] และประพนธ์ ปิยรัตน์[13] ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาที่ก่อให้เกิดความยั่งยืน และมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

สำหรับกระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางกรณีศึกษาตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ในแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยใช้กลยุทธ์ 3 ประการ คือ การชี้นำด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง และเสริมสร้างชุมชนหรือเครือข่ายให้เข้มแข็งโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาเสริมพลังความเข้มแข็งและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน คือกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC)[14,15,16] ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในกรณีที่ต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ปัญหาที่ใหญ่โตและซับซ้อนเกินกว่าที่ใครจะเผชิญได้โดยลำพังคนเดียว การสร้างเครือข่ายหรือทำงานเป็นเครือข่ายเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดผลกระทบที่มากกว่าในระดับภูมิภาค ระดับชาติและระดับนานาชาติ เพราะการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบ “ประสานพลัง” (synergy)[9] ประโยชน์ของเครือข่ายก่อให้เกิดผลบางอย่างที่ใครคนเดียวทำให้เกิดไม่ได้ ทำการรณรงค์ได้กว้างกว่าและมีประสิทธิภาพมากกว่า ส่งอิทธิพลต่อคนอื่นในเครือข่ายและนอกเครือข่าย ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องหรือประเด็นหนึ่ง หรือการต่อสู้หนึ่งชัดเจนมากยิ่งขึ้นเพราะมีแง่มุมหลายแง่มุมจากหลายคนหลายองค์กร ร่วมมือกันทำแบ่งงานกันทำลดงานที่ซ้ำซ้อนลง และลดการสิ้นเปลืองทรัพยากรและทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์แรงบันดาลใจ และทำให้เกิดความสามัคคี สอดคล้องกับภานุโชติ ทองยัง[8] กล่าวถึงเครือข่ายว่าการมีเครือข่ายจะช่วยให้เจ้าหน้าที่รับรู้ปัญหาด้านการบริโภคที่ไม่ปลอดภัยและแก้ไขปัญหาได้ทันเหตุการณ์ เพราะปัญหาด้านการบริโภคที่ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นรอบๆตัวเรามากมาย ในขณะที่ปริมาณเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานมีน้อย และสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ**พระมหาสุทิตย์ อาภากโร**[17] กล่าวถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่ายว่ามีความจำเป็น 3 ประการ คือ สถานการณ์ปัญหาและสภาพแวดล้อม ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนหลากหลาย และขยายตัวเกินความสามารถของกลุ่มหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง ที่จะดำเนินการแก้ไขได้ จำเป็นต้องมีการรวมพลังหรือมีกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ดังนั้นในการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง การสร้างเครือข่ายการทำงานจึงเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนและมีระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัยในการใช้เข้ามาจำหน่ายในชุมชนได้ เนื่องจากปัญหาด้านเครื่องสำอางนั้นเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และการคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยจากการบริโภคเครื่องสำอางนั้นไม่สามารถดำเนินงานได้สำเร็จด้วยองค์กรเดียว จึงจำเป็นต้องมีการร่วมมือกันระหว่างบุคคล กลุ่มหรือองค์กรหรือสร้างเครือข่ายในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลยุทธ์หลักในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน ได้แก่ การชี้นำด้านสุขภาพ การเพิ่มความสามารถให้บุคคลบรรลุศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ การไกล่เกลี่ยผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ และการสร้างพลังการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแต่ละเทคนิคมาผสมผสานกัน 3 กระบวนการ มาประยุกต์เพื่อให้มีความเชื่อมโยงง่ายและสอดคล้องกับศักยภาพของชุมชน พบว่ากระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PRA) ทำให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลโครงสร้างพื้นฐาน ลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ การเมืองของชุมชน และทราบสถานการณ์ สภาพปัญหาความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมรอบตัว ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยมของชุมชน ส่งผลทำให้เกิดความรัก ตระหนักในคุณค่า และหวงแหน เกิดความรู้สึกอยากร่วมพัฒนาและข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการสร้างและพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (FSC) โดยให้ชุมชนชนบทบทวนสภาพความเป็นอยู่ของชุมชนในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ส่งผลให้ชุมชนทราบถึงสถานการณ์ความเป็นมาและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของชุมชนตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ก่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชนและผลกระทบต่อชุมชนและตนเอง การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) ทำให้ชุมชนสามารถค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และค้นหาสาเหตุของปัญหาอย่างมีระบบ กำหนดภาพลักษณ์ที่พึงปรารถนาของชุมชน และการสร้างและพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของนักการศึกษาหลายท่าน[14,15,16] ที่สรุปว่าเทคนิคการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนมีเทคนิคสำคัญหลักๆ ได้แก่ คือ **กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม** (Participatory Rural Appraisal : PRA) **กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน** (Future Search Conference : FSC) และ **กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์** (Appreciation Influence Control : AIC) สำหรับกระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นก่อตัวหรือทำความเข้าใจปัญหา ขั้นการสร้างพันธะหรือการดำเนินการ และขั้นการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของ**นฤมล นิราทร**[18] ที่จำแนกกระบวนการสร้างเครือข่ายออกเป็นขั้นตอนต่างๆ คือ ขั้นการตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย ขั้นการติดต่อกับองค์กรที่จะเป็นเครือข่าย หรือ**ขั้นตอนการเตรียมการ หรือเตรียมเครือข่าย** (Pre-Group) ขั้นตอนการสร้างพันธกรณี และขั้นตอนการพัฒนา

ความสัมพันธ์, ขนิฏฐา กาญจนรังสีนนท์[19]

สรุปว่าขั้นตอนของการสร้างเครือข่าย นักพัฒนาและทีมงานจะต้องดำเนินการสำรวจชุมชน เพื่อทราบสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชนว่าวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชนนั้นเป็นอย่างไร มีปัญหา และการสร้างเครือข่ายองค์กรชุมชนควรให้องค์กรชุมชนที่จะมาเป็นเครือข่ายกันเป็นผู้ตัดสินใจ และร่วมกันออกแบบให้มากที่สุด ทีมงานนักพัฒนามีหน้าที่เพียงเอื้ออำนวยกระบวนการเรียนรู้และตัดสินใจร่วมกันของคนกลุ่ม/องค์กรที่จะมาเป็นเครือข่ายกัน การพัฒนาเครือข่าย และการสนับสนุนการบริหารงานของเครือข่าย พระมหาสุทิตย์ อาภากโร[17] ศึกษาพบว่าการก่อตัวหรือการเกิดขึ้นของเครือข่ายนั้นมีการก่อตัวที่หลากหลายทั้งเกิดจากการจัดตั้งของภาคส่วนต่างๆ เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการเรียนรู้ร่วมกันและเกิดขึ้นเพราะสถานการณ์ ซึ่งวงจรชีวิตของเครือข่าย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ ขั้นตระหนักและการก่อตัวของเครือข่าย ขั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารเครือข่าย ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์และการใช้ประโยชน์ และขั้นการรักษาความสัมพันธ์และการต่อเนื่อง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสกุลวิชย์ พูนนวล[20] ได้ทำการวิจัยการสร้างเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน : กรณีศึกษาตำบลบางโกระ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ผลการวิจัย พบว่าการสร้างเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนมี 5 ขั้นตอน คือการสร้างบรรยากาศการยอมรับของชุมชน การสร้างความตระหนักถึงปัญหาโรค การสร้างเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน การดำเนินงานของเครือข่าย และการประเมินผลการดาเนินงานของเครือข่าย, ประชาสรรค์ แสนภักดี[21] ทำการศึกษาเรื่องการจัดการความรู้ของเครือข่ายทางสังคมเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพสรุปว่ารูปแบบการจัดการความรู้ของเครือข่ายทางสังคมเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การสร้างผังเครือข่าย (network mapping) การจัดทำแผนที่ความรู้ (knowledge mapping) การบริหารความรู้ (knowledge administration) และการสรุปบทเรียนร่วมกันของเครือข่าย (knowledge sharing) สุจินดา สุขกำเนิดและคณะ[22] ได้ถอดบทเรียนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของเครือข่าย อสม.จากพื้นที่ 11 จังหวัด พบว่าแม้ว่าจะมีทิศทางและแนวทางการพัฒนาที่หลากหลายแตกต่างกัน แต่ในหลักการนั้นพบว่ามุ่งสู่จุดหมายเดียวกัน คือ การสร้าง กระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้บริโภค และสร้างกลไกการเฝ้าระวังติดตามตรวจสอบสินค้า และบริการที่มีในแต่ละพื้นที่ กระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นในพื้นที่ พบว่ามีขั้นตอน การดำเนินงานสำคัญ 4 ระยะ คือ การค้นหา วิเคราะห์สถานการณ์งานคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกันในชุมชน การสร้างคน เพื่อสร้างแนวคิดการพึ่งตนเอง กับงานทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค การสร้างกลุ่ม เครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภค และการสร้างความต่อเนื่องให้ยั่งยืนในชุมชน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนจำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ได้แก่ปัจจัยด้านสังคม และโครงสร้างลักษณะทางสังคมที่เป็นแบบระบบเครือญาติ มีความเอื้อเฟื้อ มีการรวมกลุ่มต่างๆ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ได้แก่การที่มีหน่วยงานองค์กรภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคประชาชน ให้การสนับสนุนหลากหลาย สอดคล้องกับการศึกษาของทวีคูณ สวรรค์ตรานนท์และคณะ[23] ที่ศึกษาการสร้างเครือข่ายภาคประชาชน

เพื่อสนับสนุนการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่[10] พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างหรือจัดตั้งเครือข่าย สามารถแบ่งได้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในที่มีความสำคัญต่อการสร้างและพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย การกระจายอำนาจภาคประชาชน ได้แก่ ลักษณะชุมชนที่เอื้อต่อการสร้างเครือข่าย สภาพสังคมวัฒนธรรมของชุมชน จิตสำนึก แกนนำหรือผู้นำที่มีจิตวิญญาณ อุดมการณ์ในการทำงาน ความรู้ความซื่อสัตย์ องค์ความรู้ของเครือข่าย ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน การสร้างภูมิความรู้และการมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง และปัจจัยภายนอก ได้แก่ นโยบายรัฐบาล กฎหมายรองรับสถานะเครือข่าย สภาพเศรษฐกิจ การส่งเสริมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านกองทุน ดังนั้น จึงชี้ให้เห็นว่าปัจจัยระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับองค์การ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างเครือข่ายและพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย

3. ผลการดำเนินงานของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่า องค์ประกอบและกระบวนการของเครือข่ายที่เหมาะสมที่ควรจะเข้ามามีส่วนร่วมในเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง ประกอบด้วย ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ตัวแทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาคประชาชน ซึ่งเป็นลักษณะเครือข่ายพื้นที่ที่มุ่งเน้นในเชิงประเด็นกิจกรรม[17] การสื่อสารภายในเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในแต่ละกิจกรรม มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมของเครือข่ายให้สมาชิกเครือข่ายและชุมชนมีส่วนร่วมกับกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ กระบวนการของเครือข่าย มุ่งเน้นการจัดการปัญหาด้านเครื่องสำอางในชุมชนโดยร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านเครื่องสำอางในชุมชน แล้วนำมากำหนดกิจกรรม และวางแผนการดำเนินงานของเครือข่าย ส่วนโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเป็นแบบโครงสร้างการประสานงานอย่างเป็นทางการ ซึ่งจัดเป็น **“เครือข่ายแบบทุกช่องทาง”** (all-channel network) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีคูณ สวรรค์ตรานนท์และคณะ[23] กล่าวว่าระบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อเครือข่าย



สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

สรุป กระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางกรณีศึกษาตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ในแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยใช้กลยุทธ์ 3 ประการ คือ การชี้นำด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง และเสริมสร้างชุมชนหรือเครือข่ายให้เข้มแข็งโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาเสริมพลังความเข้มแข็งและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) โดยกระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นก่อตัวหรือทำความเข้าใจ ขั้นการสร้างพันธะหรือการดำเนินการ และขั้นการพัฒนา สำหรับปัจจัยภายในที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ได้แก่ปัจจัยด้านสังคม และโครงสร้างลักษณะทางสังคมที่เป็นแบบระบบเครือญาติ มีความเอื้อเฟื้อมีการรวมกลุ่มต่างๆ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน ตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ได้แก่ การที่มีหน่วยงานองค์การภาครัฐและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคประชาชนให้การสนับสนุน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยเรื่องการสร้างและพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานศึกษาวิจัยในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ผู้วิจัยหวังว่ารายงานการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะยังประโยชน์แก่หน่วยงานที่สนใจนำแนวทางการพัฒนาไปใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. ประเวศ วะสี. บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพอภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน 2541.

2. พิสมัย จันทวิมล. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันระบบสาธารณสุข 2541.

3. กองควบคุมเครื่องสาอาง. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2545). แนวทางปฏิบัติงานเกี่ยวกับพระราชบัญญัติเครื่องสาอาง พ.ศ. 2535. กรุงเทพมหานคร : สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

4. วิชิต เปานิล, มาโนช เหมสมิติ และผณินชิสา มุสิกะไชย. (2550). การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ : บทเรียนจากชุมชน. กรุงเทพมหานคร : อุษาการพิมพ์.

5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2552). รายงานประจำปี 2552 สำนักงานคณะกรรมการ

อาหารและยา. กรุงเทพมหานคร : สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

6. กองควบคุมอาหาร. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2552). สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย (ผลการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นด้านเคมีและจุลินทรีย์ ปีงบประมาณ 2552). กรุงเทพมหานคร : สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. (2556). รายงานประจำปี 2556 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด.

8. ภานุโชติ ทองยัง. (2552). ถักทอเครือข่าย ขยายพลัง งานคุ้มครองผู้บริโภคบทเรียนงานเครือข่ายของเหล่าสหายปลาทูแม่กลอง. กรุงเทพมหานคร : อุษาการพิมพ์.

9. เสรี พงศ์พิศ. (2554). แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่างเครือข่ายชุมชนและประชาสังคม. เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม. เข้าถึงได้จาก http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/1585

10. ประสิทธิ์ ลีระพันธ์. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. เอกสารประกอบคำบรรยาย พฤษภาคม 2544.

11. ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ 2543.

12. อริศรา ชูชาติ และคณะเทคนิคเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วม สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม, 2538.

13. ประพนธ์ ปิยรัตน์ บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล โครงการสาธารณสุขระดับตำบล นนทบุรี, 2543.

14. ดุสิต ดวงสา และคณะคู่มือการใช้ PRA ในการทำงานด้านเอดส์ในชุมชน. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2535.

15. วีระ นิยมวัน. การประชุมทำงานอย่างมีส่วนร่วมความคิดสร้างสรรค์ AIC. นนทบุรี โครงการตำรา สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย 2542.

16. ทวีศักดิ์ นพเกสร. เวทีประชาคมสร้างสรรค์สุขภาพเด็กไทย. กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 2544.

17. พระมหาสุทิตย์ อาภากโร (อบอุ่น). (2548). เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิสิษฐ์ ไทย ออฟเซต.

18. นฤมล บัวระบัดทอง. (2549). **“ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อเครื่องสาอางบำรุงผิวหน้าในสถานประกอบการที่มีตรายี่ห้อไทยของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร.”** วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

19. ขนิฏฐา กาญจนรังสีนนท์. (2547). การบริหารงานเครือข่าย. เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม. เข้าถึงได้จาก www.northphc.org/doc/mananet.doc

20. สกุลวิชย์ พูนนวล. (2550). **“การสร้างเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน : กรณีศึกษาตำบลบางโกระ อาเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี.”** วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

21. ประชาสรรค์ แสนภักดี. (2549). **“การจัดการความรู้ของเครือข่ายทางสังคมเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ.”** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

22. สุจินดา สุขกำเนิดและคณะ. (2552). ถอดบทเรียน หมู่บ้านต้นแบบด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน. เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม เข้าถึงได้จาก www.phcblog.net/school/doc/sum-km-11prov.doc

23. ทวีคูณ สวรรค์ตรานนท์, สมหมาย ชินนาคและสิริพัฒน์ ลาภจิตร. (2552). **“การสร้างเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อสนับสนุนการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่ 10.”** Veridian E – Journal Silpakorn University 2, 1 (สิงหาคม) : 50.

บางคำถาม...เกี่ยวกับพรมมิ พืชสมุนไพรบำรุงความจำ

การศึกษาวิจัย โดยทีมวิจัยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จากการสนับสนุนทุนวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พบว่า พรมมิ มีประสิทธิภาพในการบำรุงความจำ ป้องกันสมองเสื่อม

ถาม: *พรมมิมีกลไกในการป้องกันสมองเสื่อมได้อย่างไร*

ตอบ: 1. เพิ่มความหนาแน่นของเซลล์ประสาทในสมองซึ่งเกี่ยวกับการเรียนรู้ และการเก็บข้อมูล
2. เพิ่มความหนาแน่นของเซลล์ประสาททำให้มีปริมาณสารสื่อประสาทมากขึ้น ได้แก่ การตื่นตัวการเรียนรู้และความจำ ควบคุมการเคลื่อนไหว
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: พรมมิมีความปลอดภัยเนื่องจากมีการใช้มายาวนานทั้งในตำรับยาไทยและตำรับอายุรเวทของอินเดีย อีกทั้งคณะผู้วิจัยก็มีการศึกษาพิษเฉียบพลัน การศึกษาพิษกึ่งเรื้อรังและการศึกษาพิษเรื้อรัง รวมทั้งการศึกษาในมนุษย์ ก็ไม่พบพิษหรืออาการข้างเคียง

ถาม: *พรมมิสามารถให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมทานได้หรือไม่*

ตอบ: คณะผู้วิจัยฯ กล่าวว่า พรมมิเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่ใช่ยา ใช้ชะลอการเสื่อม หรือป้องกันการเสื่อมของสมอง แต่ไม่ใช่การรักษา

ถาม: *พรมมิสามารถให้เด็กรับประทานได้หรือไม่*

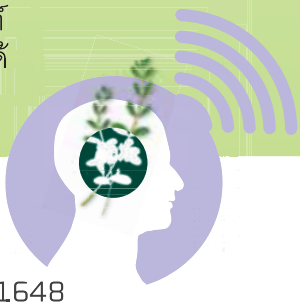
ตอบ: คณะผู้วิจัยฯ ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์พรมมิในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 14 ปี เนื่องจากอายุที่น้อยกว่านี้อาจยังมีกระบวนการในการกำจัดยาออกจากร่างกายไม่เต็มที่ และยังไม่สามารถที่จะมีความสามารถในการกำจัดยาออกจากร่างกายได้เท่าผู้ใหญ่

ถาม: *การรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพรมมิชนิดเม็ด ร่วมกับยาอื่นๆมีโอกาสเกิดผลเสียหรือเปล่า*

ตอบ: คณะผู้วิจัยฯ ได้มีการศึกษาผลของสารสกัดพรมมิต่อการทำงานออกเอนไซม์ในตับหนูและในมนุษย์พบว่า สารสกัดพรมมิมีผลต่ำในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ และจึงประเมินได้ว่ามีโอกาสน้อยที่สารสกัดพรมมิในขนาดปกติจะก่อให้เกิดอันตรกิริยากับยาแผนปัจจุบันที่อาศัยเอนไซม์ดังกล่าวในการเปลี่ยนแปลงเพื่อการขจัดออกจากร่างกาย

ถาม: *ต้องรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพรมมิชนิดเม็ดนานเท่าไรจึงจะเริ่มเห็นผลในการป้องกันการเสื่อมของสมอง*

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



GPO องค์การเภสัชกรรม

สารสกัดพรมมิชนิดเม็ด ผลิตภัณฑ์คุณภาพขององค์การเภสัชกรรม
วางจำหน่ายแล้วที่ ร้านขายยาองค์การเภสัชกรรมและร้ายขายยาทั่วไป
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
ศูนย์ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ องค์การเภสัชกรรม โทร. 02 203 8291-92, Call Center 1648

GPO
ผลิตเพื่อคุณภาพ
ของชีวิตคนไทย

มหัศจรรย์แห่งการดูแลผิว

CURMIN Lift
Anti-aging Serum
เคอร์มิน ลิฟท์ แอนตี้ เอจจิ้ง เซรั่ม





เพิ่มประสิทธิภาพในการบำรุง
กระชับผิวหน้า และลดเลือนริ้วรอย ซึมซาบไว ไม่มัน ไม่เยิ้ม

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

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

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

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