



ความเป็นมาของปัญหา

ประเทศไทยมีพลเมืองที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ประเทชนั้นยอมมีกำลังการผลิตสูง การสร้างไว้ซึ่งสุขภาพและอนามัยของประชาชนเป็นเครื่องมืออันหนึ่งในการพัฒนาประเทศไทยบรรลุผลตามเป้าหมาย สำหรับประเทศไทยก็เช่นกัน การที่ประชาชนปราศจากโรคภัยเบียดเบียน มีสุขภาพสมบูรณ์ มีผลต่อเนื่องทำให้ประเทศมีกำลังการผลิตสูงขึ้น เป็นการป้องกันการเสียแรงงานและการสูญเสียทรัพย์สิน ตลอดจนการสูญเสียชีวิตของพลเมืองของชาติก่อนวัยอันสมควร การป้องกันโรคการกวางคกลางโรคช่วยพิทักษ์สวัสดิภาพและความปลอดภัยของประชาชน รัฐบาลโคพยายามส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน เพื่อให้ประชาชนโคมีการอยู่ดีกินดี มีสุขภาพอนามัยดีโดยทั่วถึง โดยโควางแผนพัฒนาสุขภาพอนามัยไว้ในแผนพัฒนาประเทศ และเพื่อที่จะให้ประชาชนได้รับบริการอนามัยอย่างทั่วถึง ¹

แต่ในปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่า บริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่ สามารถให้บริการถึงมือประชาชนโคเพียงประมาณร้อยละ 15 เท่านั้น ประชาชนประมาณร้อยละ 51 เมื่อเกิดเจ็บไข้โคป่วยจะต้องไปรับบริการจากเอกชน ตลอดจนแพทย์แผนโบราณและหมอทางไสยศาสตร์หรือไปซื้อยามาใช้เอง ซึ่งนับโคว่าการจัดบริการคานการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันยังไม่ถึงมือประชาชนโคส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท ²

¹ ทศานา มหานุภาพ, "สุขภาพอนามัย" รายงานการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะชุมชนในชนบทกับประสิทธิภาพในการพัฒนา, สำนักงานวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ สำหรับผู้เข้ารับการศึกษาปริญญาโททางสังคมศาสตร์ระดับหัวหน้าโครงการรุ่นที่ 1, 2520 หน้า 365.

² สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (กรุงเทพมหานคร : เรื่องแสงการพิมพ์, 2520), หน้า 20.

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2521 โรงพยาบาลระดับอำเภอทั่วประเทศ มีเพียง 317 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.4 ของจำนวนอำเภอทั้งหมด ในขณะที่สถานีอนามัยซึ่ง กำหนดให้มีในทุกตำบลหรืออำเภอหรือกิ่งอำเภอที่ยังไม่มีโรงพยาบาลนั้น มีเพียง 3,589 แห่ง หรือร้อยละ 60.2 ของเป้าหมาย 5,962 แห่ง ส่วนสำนักงานผดุงครรภ์ของรัฐบาลซึ่งควรจะมีในทุกตำบลคือ 5,602 แห่ง ก็มีเพียง 1,646 แห่ง หรือร้อยละ 29.4 เท่านั้น แม้แต่อัตรา ส่วนของแพทย์ต่อประชากรก็เช่นกัน เมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 3 ในปี พ.ศ. 2519 อัตรา เฉลี่ยของแพทย์ต่อประชากรทั้งประเทศเท่ากับ 1 : 6.800 โดยแยกออกเป็นแพทย์ 1 คน ต่อ ประชากรในกรุงเทพมหานคร 1,204 คน และประมาณแพทย์ 1 คน ต่อประชากรต่างจังหวัด 15,800 คน

ฉะนั้น การให้บริการด้านสาธารณสุขยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการชาวชนบทที่ห่างไกล ยังไม่ได้รับบริการโดยทั่วถึง ไม่ว่าจะเป็นการป้องกัน โรค หรือการรักษาพยาบาลก็ตาม ตลอดจนปัญหาการใช้จ่ายในทางที่ผิดของชาวชนบท ในที่นี้จะ ขอล่าวเฉพาะปัญหาการใช้จ่ายในทางที่ผิดของชาวชนบท

1. ปัญหาการใช้จ่ายในทางที่ผิดของชาวชนบท

ยาเป็นสิ่งที่ผูกพันกับชีวิตของมนุษย์มากจนถูกจัดเข้าเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ ซึ่งสำคัญ ต่อการดำรงชีวิต แต่การใช้จ่ายโดยปราศจากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องหรือใช้จ่ายในทางที่ผิด ก็ อาจนำไปสู่โรคภัยไข้เจ็บและความตายได้ ซึ่งในประเทศไทยการใช้จ่ายยังคงเป็นปัญหาใหญ่ เนื่องจากการที่ประชาชนชาวไทยได้รับเสรีภาพในการซื้อยาและขายยามากเกินสมควร จึงทำให้ การใช้จ่ายของประชาชนเ็นไปอย่างไม่ถูกต้อง และเป็นที่น่าห่วงใยในสวัสดิภาพของประชาชน เป็นอย่างยิ่ง เพราะประชาชนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่ยากจนต้องฝากชีวิตของตนไว้กับร้านขายยา ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย เนื่องมาจากการใช้จ่ายไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจเกิดได้จาก ¹

¹ กรุงไกร เจนพาณิชย์, ยาเพื่อชีวิต เล่ม 3 (กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2520) , หน้า 16.

- หรือไคยาหมคอายุ
- 1.1 ไครับยาไม่ถูกกับโรค ไครับยาปลอม ไคยาไม่ครบตามจำนวนที่ระบุไว้
 - 1.2 ไครับยาเพียงช่วยบรรเทาอาการ แต่ไม่ไครักษาสาเหตุของโรคนั้น ๆ
 - 1.3 ไคยาแต่ละครั้งมากหรือน้อยเกินไป
 - 1.4 ไคยาไม่ถูกวิธีหรือไม่ถูกทาง
 - 1.5 เปลี่ยนยาบ่อยมักก่อให้เกิดโทษมากกว่าคุณ
 - 1.6 การจัดขนาดยา บางขนานสำหรับแต่ละคน แต่ละเพศ วัย ควรคำนึงถึงอายุ ภาวะของร่างกาย เช่น ภาวะการตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด หรือระยะฟื้นไข้

ปัญหาการไคยาในทางที่ผิดนี้ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนในชนบทมากราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับประชาชนที่ยากจน ไม่มีเงินไครักษาพยาบาล เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นก็ต้องพึ่งพาอาศัยยาที่พอจะซื้อหามาได้โดยง่ายในราคาถูก แต่อาจเป็นอันตรายกับผู้ไคยานั้นได้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ

2. สาเหตุที่ทำให้เกิดการไคยาในทางที่ผิดของประชาชนในชนบท

สาเหตุสำคัญซึ่งทำให้เกิดปัญหาการไคยาในทางที่ผิดของประชาชนในชนบท โดยการหื้อยามาใช้เอง ซึ่งทำให้สุขภาพอนามัยของประชาชนในชนบทอยู่ในสภาพไม่แข็งแรงสมบูรณ์ เป็นเหตุให้คุณภาพของประชากรในประเทศไทยไม่ดีเท่าที่ควร อาจแบ่งได้ดังนี้คือ¹

- 2.1 การขาดความรู้ความเข้าใจ
- 2.2 บััจจยทางคานเศรษฐกิจ
- 2.3 ความทางไกลสถานบริกาทางคานอนามัยและการแพทย
- 2.4 ไม่มีการควบคุมอย่างจริงจัง

¹ สายใจ คุ่มขนาน, "ปัญหาประชากรกับการปฏิบัติทางคานอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย", วารสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์, ปีที่ 12 ฉบับที่ 11 เดือนพฤศจิกายน 2517, หน้า 97-104.

2.1 การขาดความรู้ความเข้าใจ เนื่องจากประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ มีการศึกษาน้อย คือระดับประถมศึกษา ซึ่งชัยวัฒน์ บุญพงษ์ และคณะกล่าวว่า¹ ประชากรระดับที่เป็นกำลังแรงงานของไทยเกินกว่าร้อยละ 70 มีความรู้ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่า

การศึกษามีความสำคัญมากต่อการปฏิบัติทางคานอนามัย เพราะประชาชนที่ได้รับ การศึกษาสูงย่อมจะมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันโรคได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการ ศึกษา น้อย หรือไม่ได้เรียนหนังสือเลย

นอกจากนั้น ชาวชนบทยังสนใจคอสูขุภาพอนามัยน้อย ปล่อยให้ชีวิตให้เป็นไปโดย ธรรมชาติ เมื่อเกิดเจ็บป่วยก็ไม่รีบไปหาแพทย์ ปล่อยให้หายเอง หรือไม่ก็พึ่งร้านขายยาที่ไม่มี เกสัชกรประจำ ฉะนั้น แทนที่จะหายขาดจากโรคกลับมีโรคใหม่แทรกซ้อนเข้ามาอีก ซึ่งจากการ สำรวจของคณะเภสัชศาสตร์ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2518² การสำรวจได้ทำใน 6 หมู่บ้านที่เป็นตัวแทนของหมู่บ้านชนบทภาคกลาง รวม ทั้งสิ้น 289 คน ผลปรากฏว่า การปฏิบัติตัวของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยแทบทุกราย ส่วนใหญ่จะรักษา เอง กล่าวคือ หายากินเองร้อยละ 31.75 ซื้อยาจากร้านขายยาร้อยละ 24.99 ไม่ทำการ รักษาเลยร้อยละ 5.76 ไปรักษากับหมอกกลางบ้านร้อยละ 6.73 และไปรักษากับแพทย์หรือ เจาหน้าที่ศูนย์การแพทย์และอนามัยร้อยละ 24.06

¹ ชัยวัฒน์ บุญพงษ์ และคณะ, ประชากรศึกษา (กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2521), หน้า 131.

² แวนทิพย์ น.สุวพร และจันทร์เพ็ญ วิวัฒน์, "การแก้ไขปัญหากการเจ็บไข้ด้วยตนเอง ของชาวชนบท" วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ตุลาคม - ธันวาคม 2520, หน้า 55-59.

เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดและอาจให้โทษเป็นอันตรายต่อชีวิตยังคงปรากฏอยู่เป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชาวนาชาวไร่ กรรมการแมกหาม มักจะซื้อยาแก้ปวดบอย ๆ และกินที่ละมาก ๆ วันละหลายสิบเม็ด โดยอ้างว่าถ้าไม่ได้กินยามักจะปวดเมื่อย และไม่มีแรงทำงาน บุคคลเหล่านี้มักมีอาการปวดกระเพาะในตอนเช้าที่ตื่นขึ้นมา ทั้งนี้สาเหตุเกิดจากการกินยาแก้ปวดเป็นประจำนั่นเอง ยาจะไปทำให้เกิดภาวะกรดในกระเพาะมากขึ้น ทำให้เกิดความระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะ อาจทำให้กระเพาะอาหารเป็นแผล และมีเลือดออกในกระเพาะหรือกระเพาะทะลุ เสียเลือดมาก ทำให้เกิดโรคโลหิตจางและอาจจะถึงแก่ความตายได้¹

สาเหตุอีกประการหนึ่งที่ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง เนื่องมาจากการโฆษณาชวนเชื่อที่เกินความเป็นจริง โดยผู้โฆษณามุ่งแต่ผลกำไร โดยไม่มีความรับผิดชอบต่อประชาชน และไม่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนที่หลงเชื่อเลย

การขายยาในปัจจุบันส่วนใหญ่มาในรูปแบบ "ยาชุด" ทั้งนี้เพราะร้านขายยาจะได้กำไรดีกว่า และผู้ใช้ก็นิยมโดยไม่คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการยากมากที่จะแก้ความเชื่อของประชาชน การจัดยาชุดที่ประกอบด้วยเม็ดยารูปต่าง ๆ สีต่าง ๆ นั้น ก็เพื่อให้เป็นเอกลักษณ์ของร้านตน ไทคนไขต้องกลับมหารซื้อที่ร้านตนเป็นประจำ โดยอาศัยหลักจิตวิทยาง่าย ๆ ว่า คนไข้เคยรับประทานยาเม็ดสีนี้ รูปรางเช่นนี้แล้วอาการดีขึ้น โรคหายไป ถ้าไม่สบายอีกและได้ยาที่มีหน้าตาแปลกไป ใจก็กังวลว่ายานี้จะไม่ดีเท่ายาเดิม ทั้ง ๆ ที่ก็เป็นตัวยาเดียวกันนั่นเอง ยาชุดมียาชุดแก้หวัด แก้ปวดเมื่อยหรือที่ประชาชนในชนบทเรียกว่ายาหมอนวด ซึ่งตามชนบทจะขายดีเป็นพิเศษ ยาชุดเหล่านี้ถ้าใช้เป็นระยะเวลานานจะทำให้มีพิษร้ายแรงมากต่อร่างกาย และจะทำให้ท้องกินยานี้ทุกวัน ขาดไม่ได้ กลายเป็นสิ่งเสพติดในที่สุด

¹ มาลี ศรีตังกุล, "ยาแก้ปวดแก้ไข้", ยาเพื่อชีวิตเล่ม 1 (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2518), หน้า 97.

นอกจากยาชุดก็มียาของซึ่งบรรจุมานะของไม่เป็นเม็ด ประชาชนสามารถซื้อได้ง่ายตามร้านทั่วไป และยาที่บรรจุมานะเป็นของนี้ให้โทษแก่ผูบริโภคน้อยมากเช่นเดียวกับยาชุด¹

จากการศึกษาของนายแพทย์สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ นายแพทย์ใหญ่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าชาวภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นโรคประสาทไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่ไปรักษาในโรงพยาบาล รายที่เป็นโรคประสาทรุนแรงคือหญิงวัยหมดประจำเดือน ทั้งนี้เพราะว่าคิดยาแก้ปวดทั้งหลาย เพราะเมื่อทำงานมากมีอาการปวดเมื่อยจะซื้อยามากินเองจนคิด เมื่อซายาจึงเกิดอาการวิงเวียน หงุดหงิด ประสาทหลอน²

และจากการวิจัยของอาจารย์สวัสดิ์ ใจดี และคณาจารย์แผนกวิชาสรีรวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าชาวชนบทร้อยละ 97 ซื้อยาแก้ปวดและยาลดไข้รับประทานเอง บางรายถึงขั้นเสพยา ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพอย่างยิ่ง³

สรุปคือ ประชาชนในชนบทยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาว่าควรจะใช้ยามากน้อยเพียงใดหรือเวลาใด จึงจะเป็นประโยชน์แก่ร่างกายและสามารถรักษาได้ และมักจะใช้มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น และยังใช้ไม่ถูกวิธีอีกด้วย ซึ่งทำให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์ ดังนั้นประชาชนในชนบทควรได้รับถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และรัฐควรส่งเสริมให้ประชาชนในชนบทเพิ่มความสนใจในสุขภาพของตนเองให้มากกว่าที่เป็นอยู่

¹ อิศา นิงสานนท์, สารพัดยา (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บรรณกิจ, 2521), หน้า 13-29.

² นายแพทย์สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ, สยามรัฐรายวัน, (17 ตุลาคม 2521):3.

³ คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ฉบับที่ 197, พศจิกายน 2521, หน้า 17.

2.2 ปัจจัยทางค่านเศรษฐกิจ ประชากรในชนบทของไทยประมาณร้อยละ 85.90 ของประชากรทั้งสิ้นยังประสบกับภาวะความยากจนอยู่ จากการคาดหมายของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดว่า จำนวนประชากรที่ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่ายากจน เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 จะมีอยู่ประมาณเกลาานคน ประชากรเหล่านี้อยู่ในชนบททั้งสิ้น และเมื่อเทียบกับคนที่อยู่ในเมืองแล้ว ชาวชนบทมีสภาพทางเศรษฐกิจต่ำกว่าชาวเมืองมาก จังหวัดที่มีรายได้เฉลี่ยของประชากรต่ำสุดต่อคนต่อปีของประเทศไทยสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2519 คือจังหวัดศรีสะเกษ มีรายได้เฉลี่ยต่อคน 1,892 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลของประเทศไทยคือ 7,237 บาท ¹

ในระดับประชาชนที่ยากจนครั้งเกิดเจ็บป่วยเป็นโรคขึ้นมา ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาลก็หาวิธีรักษาเองหรือไม่รักษากับหมอกกลางบ้าน เพราะถูกกว่า ไม่เสียเวลาและค่าเดินทางเพิ่มอีก ซึ่งสิ่งนี้กลายเป็นเครื่องมือหากินให้กับพวกนักฉวยโอกาสบนความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของประชาชนเหล่านั้นควยการนำยาปลอม ยาไม่เข้ามาตรฐานหรือยาที่หมดอายุแล้วไปเร่ขายในราคาถูก โดยไม่คำนึงถึงอันตรายใด ๆ ที่จะเกิดแก่ผู้ที่ซื้อยาไปใช้ทั้งสิ้น ตัวอย่างที่พบจากการออกปฏิบัติการรื้อยาประจำหมู่บ้าน โครงการรื้อยาสู่ชนบทของชมรมเภสัชเพื่อชุมชน สโมสรนิสิตเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ตำบลหนองเจกสร้อย อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี พบว่าปกติชาวบ้านใช้ยาที่มีผู้นำมาขายเป็นชุด ๆ เช่น ยาชุดหมอนวด ยาชุดกระบังประสาธ ยาชุดแก้ไขหวัด ยาชุดแก้ปวดเมื่อย เป็นต้น ชุดหนึ่งมีประมาณ 3-4 เม็ด จากการสังเกตของผู้ออกปฏิบัติการพบว่า ยาเหล่านี้บางชุดเป็นยาที่เสื่อมคุณภาพแล้วและขายราคาถูกมากประมาณชุดละ 1.50-2.00 บาท ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์เทคนิคของยาเหล่านี้ดูแล้ว ปรากฏว่า หากจัดกันจริง ๆ โด่ใช้ยาที่เข้ามาตรฐานแล้ว ยอมจะขายในราคานี้ไม่ได้

นั่นปัจจัยทางค่านเศรษฐกิจจึงเป็นสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้การใช้จ่ายของประชาชนในชนบทยังไม่ถูกคอง

¹ อภิศักดิ์ โสมอินทร์, ภูมิศาสตร์ชนบท (มหาสารคาม : อภิศาศึกการพิมพ์, 2522), หน้า 238-240.

นอกจากความห่างไกลแล้ว จำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากร แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ส่วนใหญ่จะรวมกันอยู่ในเมือง มีแพทย์พยาบาลจำนวนน้อยมากที่ไปประจำอยู่ตามชนบท สัดส่วนของแพทย์ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขและเทศบาลในส่วนกลาง มีอัตราแพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,621 คน แต่ในชนบทมีอัตราแพทย์ 1 คนต่อประชากร 30,863 คน¹ เมื่อประชาชนในหมู่บ้านห่างไกลเจ็บป่วย และเดินทางเข้ามารักษาที่อำเภอหรือจังหวัด ก็ต้องรอให้แพทย์ตรวจเสียเวลาไปเกือบทั้งวัน ทำให้เขาขาดรายได้ที่จะหาเลี้ยงชีพในวันนั้นไป จึงทำให้ชาวชนบทพยายามใช้เองและใช้ในทางที่ผิด ทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกาย

2.4 ไม่มีการควบคุมอย่างจริงจัง สภาพปัจจุบันของเมืองไทย ผู้ใดมีเงินทุนก็สามารถเปิดโรงงานและตั้งร้านขายยาได้ไม่จำกัดจำนวนและสถานที่ เพียงแต่มีผู้ควบคุมตามกฎหมายเท่านั้น พระราชบัญญัติยาฉบับล่าสุดเริ่มเข้มงวดกับโรงงานผลิตยา แต่ก็ยังทำไม่ได้เต็มที่ เพราะยังคงมีแพทย์บางคนหรือร้านขายยาบางแห่งส่งบีมเมคยาหรือแคปซูลตามใจตนเองไม่เป็นไปตามรูปแบบที่จดทะเบียนไว้ เพื่อให้ลูกค้าต้องมาหาซื้อที่ตนเองจะไปซื้อที่อื่นไม่ได้ ยกเลิกการขายยาเร็วแต่ไม่ได้ผล ยังคงขายกันอยู่ทั่วไป

ส่วนการโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณยาต่าง ๆ จนเกินความเป็นจริงก็ยังควบคุมไม่ได้ ยายังคงถูกทำให้เป็นสินค้าในระบบทุนนิยมตลอดมา และมีกฎแสงหากำไรกันอย่างเต็มที่ทุกรูปแบบ ตั้งแต่การผลิต การขายส่งและขายปลีกให้แก่ประชาชน ฉะนั้นการที่ประเทศไทยยังขาดมาตรการในการควบคุมการขายยา เพื่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยของประชาชนอย่างแท้จริง ปัญหาการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องจึงเป็นปัญหาเรื้อรังที่รัฐและประชาชนควรร่วมมือกันแก้ไขอย่างจริงจังและเฝ้าระวัง คังปรากฏว่า

¹ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (กรุงเทพมหานคร : เรื่องแสงการพิมพ์, 2520), หน้า 280.

"ร้านขายยาที่มีใบอนุญาตทั้งหมดในเมืองไทยเมื่อ พ.ศ. 2517 มี 12,988 ร้าน ควบคุมโดยเภสัชกร 1,779 ร้าน ซึ่งเท่ากับ 13.4% เท่านั้น และนอกจากนี้ ยังมีร้านขายยาเถื่อนที่ไม่ได้ขออนุญาตอีกไม่น้อยกว่าห้าหมื่นแห่ง เช่น ร้านคาของชำ หรือร้านกาแฟในหมู่บ้าน ปิ่นนํ้ามัน รถเร เรือเร หมอกกลางบ้าน หมอเถื่อน มักขายยาอันตรายเกือบทุกชนิด สภาพร้านขายยาในเมืองไทยจริง ๆ ไม่เป็นไปตามกฎหมายกำหนด ทุกร้านมักจะขายยาทุกชนิดตลอดจนอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ เช่น เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา ชูตไ้หน้าเกลือ สายยางสวนทวาร ฯลฯ

คนใช้ส่วนใหญ่เมื่อเขาร้านขายยามักจะปรึกษาอาการกับพนักงานขายยา 40-80% ทางร้านจะจ่ายยาชุดให้ตามต้องการ ส่วนคนไข้ที่มีความรูปร่างหรือชอบฟังโฆษณา มักจะรักษาตนเองโดยบอกชื่อยาที่ต้องการมีประมาณ 15-40% พวกสุดท้ายมักเก็บเอาตัวอยุ่ของยาที่เคยใช้มาดู ประเภทนี้ดูร้านขายยานั้นไม่มี ก็จะไม่เอาชนิดอื่น ๆ ที่ใกล้เคียงให้ พร้อมทั้งโอ้อวดสรรพคุณว่าดีเสียยิ่งกว่ายาตัวอย่างนั้นเสียอีก" ¹

เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ที่กล่าวแล้วข้างต้น รัฐบาลจำเป็นต้องหาวิธีป้องกันและแก้ไขอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) มุ่งดำเนินการให้บริการต่าง ๆ ในการพัฒนาสาธารณสุข กำหนดไว้ดังนี้ ²

1. ให้บริการสาธารณสุขด้วยวิธีการอนามัยแบบผสมผสาน เพื่อให้การรักษาพยาบาลเข้าถึงประชาชนในชนบท ควบคุมไปกับการป้องกันโรคต่าง ๆ ตลอดจนจัดตั้งหน่วยอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลขั้นต้นประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้จะสนับสนุนการจัดหน้าสะอาดเพื่อการบริโภค ให้เพียงพอแก่ความต้องการครบทุกหมู่บ้าน

¹ สำลี ใจดี, "ร้านขายยา", ความรู้เรื่องยาสำหรับประชาชนเล่ม 3 (กรุงเทพฯ : โอเคียนการพิมพ์, 2518), หน้า 114-130.

² สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สรุปสารสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สี่ (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2522), หน้า 39-40.

2. ในเขตเมืองนั้นจะให้ความสำคัญแก่การพัฒนาสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะในแง่สาธารณสุข สนับสนุนการจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชน และริเริ่มโครงการประกันสุขภาพของคณงาน
3. ให้มีการกระจายอำนาจไปยังหน่วยราชการส่วนภูมิภาคให้มากขึ้น ทั้งในด้านการวางแผน การปฏิบัติงาน การตัดสินใจ การจัดสรรงบประมาณ และการบังคับบัญชา
4. ปรับปรุงและขยายบริการคานการรักษายาบาลที่ให้แก่ผู้มีรายได้น้อย
5. ดำเนินงานวางแผนครอบครัวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเป็นไปอย่างทั่วถึง
6. ปรับปรุง และควบคุมการผลิต การจำหน่าย การใช้ และการกระจายยารักษาโรค ให้ประชาชนได้ยาที่มีคุณภาพและในราคาอันสมควร

แต่จนถึงปัจจุบันโลกจะสิ้นสุดแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 4 แล้ว ประชาชนส่วนใหญ่ก็ยังคงไม่ได้รับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างทั่วถึง ดังนั้น ตาม(ร่าง) แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) จึงเน้นถึงการที่จะขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรในชนบทให้ได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจำเป็นที่จะต้องนำเอาประชาชนมามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ที่มีอยู่อย่างจำกัดควยวิธีการหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทั้งนี้โดยประสานความคิดและความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างใกล้ชิด ในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาคของรัฐให้การสนับสนุนคานต่าง ๆ ตลอดจนให้ความรู้คานสาธารณสุขที่จำเป็นแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชนของตนเอง แนวความคิดในลักษณะนี้เรียกว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน"

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่แต่เดิม การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการบริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งทางคาน

การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเองในระดับตำบลและหมู่บ้าน¹ โดยเป้าหมายของสาธารณสุขมูลฐาน คือ การพัฒนาสาธารณสุขในชนบทหรือการทำให้ชาวชนบทมีความอยู่ดีกินดี โดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานนั้นทำให้หลายรูปแบบ รูปแบบหนึ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา คือ รูปแบบการพัฒนาสาธารณสุขที่เรียกว่า "สหกรยา" (Health Cooperative Project) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อจัดหายาที่จำเป็นสำหรับหมู่บ้าน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินการและสามารถหาร้อยยาในราคาถูกและไม่เป็นอันตรายได้

หัวใจของการจัดตั้งสหกรยาขึ้นอยู่กับสมาชิกในสังคมเป็นสำคัญ เพราะสหกรยาจะจัดตั้งขึ้นได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของชุมชน ซึ่งชุมชนจะเป็นผู้ทำให้การดำเนินงานของสหกรยามีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ด้วยเหตุนี้ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจสมาชิก ให้ร่วมกันจัดตั้งสหกรยา จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยวิทยานิพนธ์นี้จะทำการศึกษาเฉพาะสหกรยาบ้านเก่า ตำบลบ้านหม้อ อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

เป็นที่คาดหมายว่า ผลของการวิจัยครั้งนี้ อาจนำไปสู่การจัดตั้งสหกรยาในเขตอื่น ให้มีความสัมฤทธิ์ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นโยบายของการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ ให้ดำเนินตรงตามเป้าหมายที่วางไว้

¹ กระทรวงสาธารณสุข, (ร่าง)แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2525-2529), หน้า 1-2 (เอกสารอัครสำเนา).

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์สำหรับการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจสมาชิก ให้รวมกันจัดตั้งสหกรษายานเถา มีดังนี้คือ

1. เพื่อทราบทัศนคติของสมาชิกสหกรษายานเถา
2. เพื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจสมาชิกให้รวมกันจัดตั้งสหกรษายานเถา
3. เพื่อทราบถึงความสำคัญของปัจจัยแต่ละตัวที่ร่วมกันอธิบายความแตกต่างของความสัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจสมาชิก ให้รวมกันจัดตั้งสหกรษายานเถา
4. เพื่อศึกษาปริมาณหรือขอบเขตที่ปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันอธิบายความแตกต่างของความสัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจว่ามีมากน้อยเพียงใด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเฉพาะผู้ที่เป็สมาชิกสหกรษายานเถา ตำบลบ้านหม้อ อำเภอรพรมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี เท่านั้น ภายเหตุผลที่ว่า

สหกรษายานเถา ตำบลบ้านหม้อ อำเภอรพรมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ได้เริ่มดำเนินการมาไม่นานจนเกินไป คือเริ่มเมื่อประมาณเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2523 ดังนั้น การวิจัยที่สหกรษายานเถานี้ จึงสามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการโน้มน้าวใจสมาชิกในการรวมกันจัดตั้งสหกรษายานเถา ปัจจัยใดมีความสำคัญที่ทำให้การจัดตั้งสหกรษายานเถาประสบความสำเร็จ เพราะสมาชิกสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้คัดสินใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกสหกรษายานเถานี้ได้ดี และแน่นอนกว่าสมาชิกสหกรษายานเถาแห่งอื่นที่ได้ดำเนินการมาก่อนสหกรษายานเถา

นิยามศัพท์

ปัจจัย ในที่นี้หมายถึง องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสมาชิกสหกรรยาบ้านเก่า ไ้ร่วมกันจัดตั้งสหกรรยา ซึ่งประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพยายามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพยายามของผู้นำท้องถิ่น เพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัว การประชุมกลุ่ม สื่อสิ่งพิมพ์ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในที่นี้หมายถึง แพทย์ เจ้าหน้าที่อนามัยอำเภอ เจ้าหน้าที่อนามัยตำบล พยาบาลและผดุงครรภ์ ซึ่งการศึกษาความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัดได้จาก

ก. ความเป็นผู้รู้ (Expertise) ว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในเรื่องการจัดตั้งสหกรรยาคือมากน้อยเพียงใด

ข. ความน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) ว่าเจ้าหน้าที่มีความจริงใจต่อชาวบ้านหรือไม่

ความพยายามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัดได้จาก ความบ่อยครั้งในการพบปะประชาชนในหมู่บ้านบ้านเก่า และวิธีการเข้าถึงประชาชน

ความพยายามของผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น ในที่นี้หมายถึงบุคคลที่สามารถเป็นผู้นำในชุมชนได้ ซึ่งอาจเป็นผู้นำอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ประกอบด้วย กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข พระ ครู ความพยายามของผู้นำท้องถิ่นวัดได้จากความบ่อยครั้งในการพบปะประชาชน การให้ความร่วมมือในการเผยแพร่และชักชวนให้เข้าเป็นสมาชิกสหกรรยา และวิธีการเข้าถึงประชาชน

เพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัว วัดได้จาก การพูดคุยเรื่องสหกรรยา และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกสหกรรยา

การประชุมกลุ่ม ก่อนที่จะมีการจัดตั้งสหกรรยาบ้านเก่าได้สำเร็จ มีการประชุมกลุ่มระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน 5 ครั้ง ดังนั้นจึงวัดจากความบ่อยครั้งในการเข้าร่วมประชุม

สื่อสิ่งพิมพ์ ในที่นี้หมายถึง หนังสือหรือเอกสารที่เกี่ยวกับการจัดตั้งสหกรรยา
วัดไค้จาก ความบ่อยครั้งในการ เปิดรับสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวกับการจัดตั้งสหกรรยา

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วัดจากความพอใจในเงินปันผล และความ
สะดวก

ความสัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจ วัดไค้จาก

ก. ระยะเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นสมาชิก

ข. การมีส่วนร่วมในงานของสหกรรยา

สมาชิก ในที่นี้หมายถึง ผู้ที่ใดตัดสินใจเข้าร่วมถือหุ้นเป็นสมาชิกสหกรรยบ้านแก
จำนวนทั้งหมด 89 คน

สหกรรยา ในที่นี้หมายถึง สหกรรยาหมู่บ้านบ้านแก ตำบลบ้านหม้อ
อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี เท่านั้น

สมมติฐานในการวิจัย

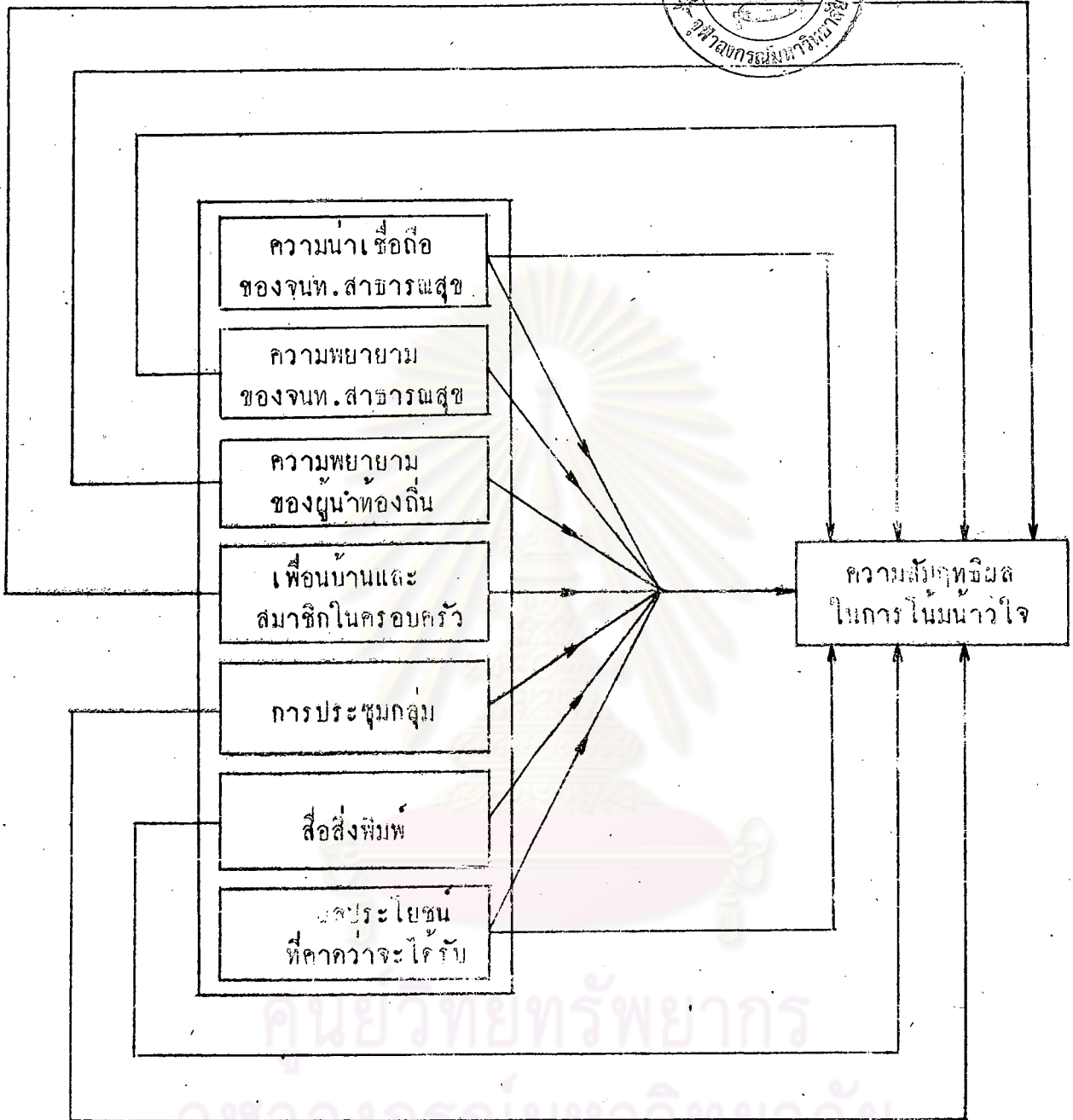
1. ความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพยายามของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ความพยายามของผู้นำท้องถิ่น เพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัว
การประชุมกลุ่ม สื่อสิ่งพิมพ์ ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ มีความสัมพันธ์กับความ
สัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจสมาชิกให้ร่วมกันจัดตั้งสหกรรยบ้านแกในทิศทางเดียวกัน
2. ความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพยายามของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ความพยายามของผู้นำท้องถิ่น เพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัว
การประชุมกลุ่ม สื่อสิ่งพิมพ์ ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เป็นปัจจัยที่รวมอธิบายความ
แตกต่างของความสัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจสมาชิกให้ร่วมกันจัดตั้งสหกรรยบ้านแกได้

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ผลการวิจัยนี้ อาจนำไปประกอบการพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงในการจัดตั้ง สหกรรมาแห่งอื่น ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตใกล้เคียงซึ่งมีสภาพทางสังคม การ คำนวณชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจที่คล้ายคลึงกัน ซึ่ง จะทำให้การพัฒนาสาธารณสุขบรรลุจุดหมายได้ดียิ่งขึ้น
2. เป็นการขยายขอบเขตงานวิจัยสาขาวิทยาศาสตร์พัฒนาการในประเทศไทย ให้กว้างขึ้น



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิสรุป ตัวแปร ในกรรวิจัยเรื่อง มีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจสมาชิก ให้ร่วมกันจัดตั้งสหกรณ์บ้านเก่า.