



สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

เมื่อยามเจ็บป่วย แม้ทางเลือกในการรักษา จะมีได้หลายทาง หรือมีทางเลือกที่ดีกว่า อยู่ก็ตาม แต่ในเส้นทางชีวิตของชาวบ้านนั้น มีข้อจำกัดหลายด้าน ทางออกที่เปิดกว้างอยู่ เสมอสำหรับชาวชนบทก็คือ การซื้อยาหลากหลายที่มีอยู่ในร้านค้า ยาเหล่านี้เป็นทางเลือก ราคาถูกที่ทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการเผชิญกับความจำเป็นของชีวิตหลายๆ ด้าน เนื่องจากชาวบ้านในแต่ละชุมชน ต่างก็มีแบบแผนทางวัฒนธรรม ระบบความรู้ทักษะดั้งเดิมในชีวิตของตน ที่มาร่วมกำหนดความเป็นไปได้ในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพว่า จะเป็นแบบใด

ราคา 180 บาท

ISBN 978-974-13-3771-2



9 789741 337712



ยากับชุมชน

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ



ยากับชุมชน

.....
มิติทางสังคมวัฒนธรรม

ดร. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ • ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง • ดร.วิจิต เปานิล



ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม



ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม

ผู้เขียน

ดร. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง ดร.วิจิต เปานิล

บรรณาธิการ

ดร. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ดร.วิจิต เปานิล นางลักษณี่ ตรงศีลสัตย์

กองบรรณาธิการ

ประชาธิป กะทา วรรณญา เพ็ชรคง ธวัชกร อินอุตร ปารณัฐ สุขสุทธิ

ฝ่ายแผนงาน

ประชาธิป กะทา วีรวรรณ เสถียรกาล คณิศร เต็งรัง

ฝ่ายอำนวยการ

วรวรรณ ศรีเจริญ ภาวิณี สวัสดิ์มานนท์ หนึ่ง ใจบุญ

ฝ่ายประสานงานการผลิต

วรรณญา เพ็ชรคง สิริลักษณ์ เทียงธรรม

จัดพิมพ์โดย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (ศวสส.)

อาคารคลังพัสดุชั้น 3 ซอยสาธารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง

จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-5901352, 02-5901498 โทรสาร 02-5901498

E-mail Address: suksala@gmail.com Website: www.shi.or.th

สนับสนุนโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

องค์การอนามัยโลก

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.

ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม.--นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550.

248 หน้า.

1. ยา. 2. การใช้ยา. I. ลือชัย ศรีเงินยวง, ผู้แต่งร่วม. II. วิจิต เปานิล, ผู้แต่งร่วม.

III. ชื่อเรื่อง.

615.1

ISBN 978-974-13-3771-2

ที่มา: โครงการทบทวนสถานการณ์การใช้ยาในชุมชน

Situational Analysis: Review of Quality Drug Use in the Community

ผู้อำนวยการโครงการวิจัย: รศ. ดร.จรัสพรพรณ สงวนเสริมศรี

โครงการภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก

Action Plan on Essential Drug พ.ศ. 2543

พิมพ์ครั้งแรก : ธันวาคม 2550 จำนวนพิมพ์ 3,000 เล่ม

ได้รับการสนับสนุนในการจัดทำต้นฉบับและจัดพิมพ์ครั้งที่ 1

จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

พิมพ์ครั้งที่ 2 : มิถุนายน 2551 จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

แบบปก : บริษัท มีดี กราฟฟิค จำกัด

ออกแบบ, พิมพ์ที่ : บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด (d_one_books@yahoo.com)

ราคา 180 บาท

ยากับชุมชน



ดร. นพ.โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์

ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง

ดร.วิจิต เปานิล

กิตติกรรมประกาศ

ปัญหาการใช้ยาในชุมชนเป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อน และจำเป็นต้องศึกษาโดยทีมงานสหวิชาการจึงจะสามารถเข้าใจปัญหาได้อย่างรอบด้าน รายงานฉบับนี้เป็นผลจากความร่วมมือของหลายฝ่าย จากหลายสาขาวิชาการ และคงจะสำเร็จไม่ได้หากทุกฝ่ายที่ร่วมมือกันไม่เห็นคุณค่าของงานชิ้นนี้ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จร่วมกัน

ขอขอบคุณทีมนักมานุษยวิทยาการแพทย์จากศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ได้ทุ่มเทความรู้ความสามารถจนการทบทวนสถานการณ์การใช้ยาในชุมชนได้ผลลัพธ์เป็นรายงานฉบับนี้ ขอขอบคุณคณาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ได้เข้าร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตลอดการวิจัย และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ที่ให้ข้อคิดและความเห็นจนทำให้การศึกษาชิ้นนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ ทีมเลขานุการทั้งที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขได้ทุ่มเทแรงกายแรงใจช่วยให้การจัดประชุมต่างๆ และจัดพิมพ์รายงานสำเร็จลงได้อย่างดี ขอแสดงความขอบคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก โดย ศ. นพ.
จิตร สิทธิอมร ทั้งส่งเสริมให้กำลังใจและแนะนำ ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการวิจัย
นี้ ในนามของคณะวิจัยโครงการทบทวนสถานการณ์การใช้ยาในชุมชน
ขอขอบคุณอีกครั้งหนึ่งและหวังว่าหนังสือเล่มนี้จักเป็นประโยชน์สำหรับ
ผู้เกี่ยวข้องตามสมควร

รศ. ดร.จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้อำนวยการโครงการ

คำนำ

หนังสือเรื่อง “ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม” นี้ เป็นผลลัพธ์ของโครงการทบทวนสถานการณ์การใช้ยาในชุมชน ภายใต้ชื่อโครงการภาษาอังกฤษว่า Situational Analysis: Review of Quality Drug Use in the Community ซึ่งนอกจากการทบทวนการศึกษาแล้ว ยังมีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง และมีการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อปัญหาและทางออกเรื่องการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน หนังสือเล่มนี้ได้นำข้อเสนอแนะจากการจัดประชุมกับผู้เกี่ยวข้องทั้งนักวิจัย นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุข และผู้กำหนดนโยบายที่ได้ร่วมกันพิจารณาแสดงความคิดเห็นต่องานฉบับร่าง โดยหวังว่าผู้เกี่ยวข้องจะได้พิจารณานำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อไป

หนังสือเล่มนี้ แบ่งออกเป็น 5 บท บทที่ 1 การใช้ยารักษาตนเอง บทที่ 2 ผลิตภัณฑ์ยาสมัยใหม่ในชนบท บทที่ 3 แหล่งกระจายในชุมชน บทที่ 4 มาตรการทางกฎหมายกับการใช้ยาในชุมชน และ บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ

คณะวิจัยโครงการทบทวนสถานการณ์การใช้ยาในชุมชน
(Situational Analysis: Review of Quality Drug Use in the Community)

กุมภาพันธ์ 2543

สารบัญ

บทนำ	1
บทที่ 1 การใช้ยารักษาตนเอง	11
ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของคนไทย	14
• การใช้ยารักษาตนเองของคนไทย: แนวคิดหลัก	14
• สถานการณ์และแนวโน้มการใช้ยารักษาตนเอง	17
ส่วนที่ 2 บทวิเคราะห์บทเรียนการศึกษากฎพฤติกรรมการใช้ยา รักษาตนเองของคนไทย	29
• การใช้ยารักษาตนเองของประชาชน: ความจำกัด ของความรู้และกรอบความคิด	29
• การใช้ยารักษาตนเองของประชาชน: กรอบความคิด ที่ขาดพลวัต	37
บทที่ 2 ผลิตภัณฑ์ยาสมัยใหม่ในชนบท	49
รูปแบบของผลิตภัณฑ์ยาในพื้นที่ชนบท	52
• องค์ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาในชุมชน	53
• เกณฑ์ในการพิจารณาความรุนแรงของปัญหา การกระจายยาในชนบท	78
• วิธีการแก้ปัญหการกระจายยาไม่เหมาะสมที่ผ่านมา	85

• ข้อจำกัดของกรอบในการมองปัญหาและวิธีการ แก้ปัญหการกระจายยาในชนบท	90
• แนวทางการจัดการกับข้อจำกัดในการแก้ปัญหา การกระจายยา	99
บทที่ 3 แหล่งกระจายยาในชุมชน	103
• องค์ความรู้เกี่ยวกับแหล่งกระจายยา	105
• ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายยาในชนบท	139
• มุมมองทางวัฒนธรรมต่อแหล่งกระจายยาในชุมชน	153
บทที่ 4 มาตรการทางกฎหมายกับการใช้ยาในชุมชน	159
• ระบบการกำกับดูแลระบบยาของรัฐ	162
• สถานการณ์การกระทำฝ่าฝืนกฎหมายด้านยาในชุมชน	165
• เหตุผลของการไร้ประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย	168
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	187
• การประเมินทัศนะหลักและการมองปัญหาการใช้ยา	189
• ข้อจำกัดของการแก้ปัญหการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ในชุมชน	204
• ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	206
• สถานะงานวิจัยที่เป็นอยู่	219
• ข้อเสนอแนะด้านทิศทางการวิจัยในอนาคต	220
• ประเด็นการวิจัยที่สำคัญในแต่ละสาขาวิชาการ	221
บรรณานุกรม	225

บทนำ



ความเป็นมา

ในปี พ.ศ. 2540 การประชุม International Conference on Improving the Use of Medicines หรือ ICIUM ครั้งที่ 1 ได้ถูกจัดขึ้นเพื่อแสวงหาแนวทางที่จะยกระดับคุณภาพการใช้ยา การประชุมดังกล่าวมีนักวิจัย นักวิชาการ ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบด้านนโยบายมากกว่า 270 คน จาก 46 ประเทศเข้าร่วมประชุม ผลการประชุมได้ถูกตีพิมพ์ในวารสาร WHO Essential Drug Monitor และได้รับความสนใจจากผู้เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ได้มีการหยิบยกขึ้นมาอภิปรายในการประชุมดังกล่าว คือ เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษาตนเอง (Self-medication) แม้เป็นที่ทราบกันว่า การใช้ยาแผนปัจจุบันเพื่อการรักษาตนเองโดยมิได้ปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแพร่หลายในทุกประเทศทั่วโลก แต่ก็ยังมิได้มีความเข้าใจอย่างเพียงพอในแวดวงวิชาการทั้งในแง่กระบวนการการตัดสินใจและเลือกใช้วิธีการรักษาโรคของ

ประชาชน ทั้งในแง่ประเภทและชนิดของผลิตภัณฑ์ยาที่มีอยู่ในชุมชน ตลอดจนระบบการกระจายยาและพฤติกรรมของแหล่งกระจายยาต่างๆ ที่ทำให้ยาอันตรายต่างๆ มีอยู่โดยทั่วไป

หนังสือเล่มนี้ เป็นผลลัพธ์ของความพยายามที่จะทบทวนและประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาตนเองและการใช้ยาในชุมชนที่อยู่ในประเทศไทย ในการดำเนินงาน คณะผู้วิจัยจากหลายสาขาวิชาการ ได้ร่วมกันทำการรวบรวมและทบทวนงานศึกษาวิจัยและรายงานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมและมิติทางสังคมของการใช้ยารักษาตนเอง ยาและแหล่งกระจายยาในชุมชน และกฎหมายและการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย ที่มีผลต่อการใช้ยาในชุมชน โดยกำหนดขอบเขตของการทบทวนเฉพาะในกรอบต่อไปนี้

1. เป็นการทบทวนการใช้ยาในชุมชนชนบทเป็นด้านหลัก
2. เน้นเฉพาะยาแผนปัจจุบันในการรักษาตนเอง

ทั้งนี้คณะผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาที่มีความรุนแรงที่สุดประการหนึ่งของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมคือ การใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษาตนเองในชุมชนชนบทซึ่งดูจะเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่มีแนวทางการแก้ไขที่ชัดเจน ทั้งนี้เพราะปัญหาการใช้ยาในชนบทมีความรุนแรงสลับซับซ้อนโดยมีอิทธิพลจากปัจจัยเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและการเมืองมาเกี่ยวข้อง แม้จะปรากฏหลักฐานแสดงว่ามีปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอยู่เช่นกันในเขตเมือง แต่ปัญหาในภาคชนบทโดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรมและกลุ่มด้อยโอกาสมีความรุนแรงและต้องการความเอาใจใส่อย่างเร่งด่วนมากกว่า สำหรับปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากยาสมัยใหม่ เช่น ยาแผนโบราณ สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก็เป็นปัญหาที่มีมากขึ้นในชนบท แต่สถานการณ์มีความแตกต่างไปจากปัญหาการใช้ยาแผนปัจจุบันและต้องการการศึกษาวิเคราะห์แยกออกไปเป็นการเฉพาะ จึงมิได้รวมไว้ในบททบทวนครั้งนี้

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก(WHO) Action Program on Essential Drug ร่วมกับ International Network of Rational Use of Drugs (INRUD) โดยโครงการนี้เป็นหนึ่งในหลายโครงการในแผนงานดังกล่าวขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งประมวลและวิเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสมในบริบทต่างๆ ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาตนเองและการใช้ในชุมชนในประเทศไทย โดยเน้นความสำคัญของประเด็นต่อไปนี้

1. มุ่งประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชนในชนบท โดยเฉพาะวิถีคิดและการตัดสินใจเลือกใช้ยาแผนปัจจุบัน ทศนคติต่อยา รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาต่างๆ
2. มุ่งทบทวนความรู้และข้อมูลที่มีอยู่เกี่ยวกับชนิดและประเภทของยาแผนปัจจุบัน ที่กระจายอยู่ในชุมชนชนบท โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน
3. มุ่งทบทวนสถานการณ์การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยาและพฤติกรรมของแหล่งกระจายยาในชุมชนชนบทไทย

แนวทางที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้

โดยที่ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมและมิติทางสังคมของการใช้ยาจำเป็นต้องอาศัยความรู้จากสหวิชาการ ในการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง

ใช้นี้จึงดำเนินการโดยทีมนักวิจัยจากหลายสาขาวิชาการซึ่งประกอบด้วย

1. เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผนสาธารณสุข และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ จากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. นักมานุษยวิทยาทางเภสัชกรรม จากศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. คณาจารย์ จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งมีประสบการณ์ด้านวิจัยเกี่ยวกับงานเภสัชสาธารณสุข

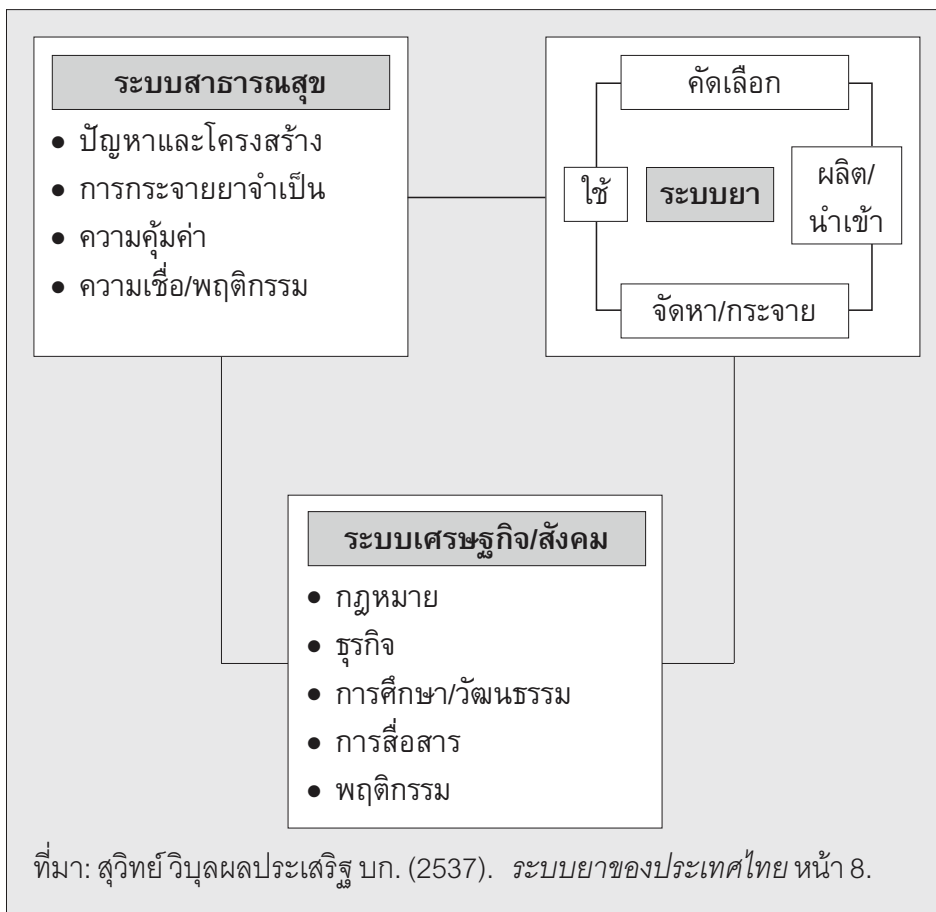
คณะผู้วิจัยทำการทบทวนองค์ความรู้โดยการรวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยรายงานโครงการและเอกสาร กฎระเบียบ และการดำเนินมาตรการทางกฎหมาย รวมทั้งเอกสารวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยได้เริ่มดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2541 มีการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อข้อค้นพบเบื้องต้นในเดือนมกราคม 2542 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมราว 40 คน ประกอบด้วยนักวิชาการ นักวิจัย ผู้ดำเนินการ ร้านขายยา เจ้าหน้าที่ และเภสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนองค์กรเอกชน และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนผู้บริหารในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ข้อเสนอแนะจากที่ประชุมถูกรวบรวมและใช้ในการปรับปรุงเป็นรายงานวิจัย และแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูลอีกครั้งในปี 2550 เพื่อพิมพ์เป็นหนังสือเล่มนี้

กรอบการวิเคราะห์

กรอบการวิเคราะห์ระบบยาที่เสนอโดยคณะทำงานเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทยได้เน้นอย่างชัดเจนถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของระบบยากับระบบอื่นๆ ได้แก่ ระบบเศรษฐกิจ/สังคม และ

ระบบสาธารณสุข กรอบการวิเคราะห์ระบบยาที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ที่ปรากฏในหนังสือระบบยาของประเทศไทย โดยคณะทำงานดังกล่าว เป็นดังภาพที่ 1

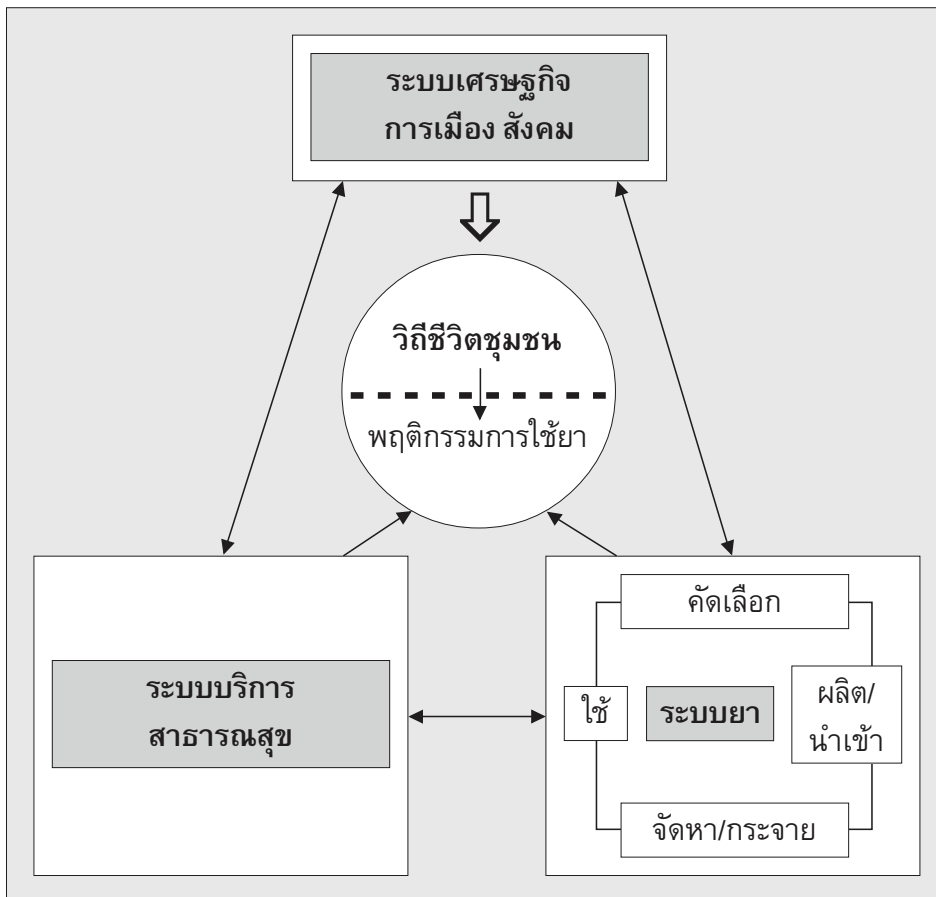
ภาพที่ 1 แสดงกรอบการวิเคราะห์ระบบยาที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ



แม้ว่ากรอบการวิเคราะห์ดังกล่าวจะช่วยให้เห็นความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ของระบบต่างๆ ที่มีผลต่อการคัดเลือก การผลิต/นำเข้า การจัดหา/กระจาย และการใช้ยาได้ดี แต่ทว่ากรอบการวิเคราะห์ดังกล่าวมีข้อจำกัดในการเข้าใจพฤติกรรมการใช้ยาในชุมชน เพราะเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ระบบ

ยาเป็นตัวตั้ง ในขณะที่การใช้ยาในชุมชนนั้นเป็นส่วนหนึ่งที่สัมพันธ์ใกล้ชิดอย่างยิ่งกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน การขาดการสนใจเกี่ยวกับวิถีชีวิตชาวบ้าน ทำให้การวิเคราะห์เรื่องการใช้ยาของประชาชนที่ผ่านมามีแนวโน้มที่เป็น การนำพฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้านมาวิเคราะห์ในกรอบและหลัก เหตุผลของระบบยา คำถามของการวิจัย/วิเคราะห์ที่ผ่านมาจึงมักวนเวียน อยู่ที่ว่า ทำไมพฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้านจึงผิดหรือเบี่ยงเบนไปจาก หลักการใช้ยาที่เหมาะสมที่ระบบยาต้องการให้เป็น ซึ่งมักนำไปสู่การ แสวงหามาตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของภาคประชาชนให้มีการใช้ยาที่ ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นมาตรการด้านการสุศึกษา หรือการรณรงค์ในรูปแบบ ต่างๆ กล่าวได้ว่าเป็นการเอาระบบยาที่เป็นอยู่เป็นตัวตั้ง และมุ่งปรับชาว บ้านให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับระบบยา แทนที่จะพิจารณาว่าระบบยา ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขชีวิตของชาวบ้านที่เป็นอยู่นั้น ควรจะเป็นอย่างไรจึง จะช่วยให้ชาวบ้านมีศักยภาพในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ ด้วยตนเองอย่างปลอดภัยและประหยัด การวิเคราะห์ในการทบทวน สถานการณ์ใช้ยาในชุมชนครั้งนี้จึงเสนอ Conceptual Framework ที่ใช้วิถี ชีวิตชุมชนเป็นตัวตั้ง ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 แสดงกรอบการวิเคราะห์ระบบยาที่มีวิถีชีวิตของชุมชนเป็นตัวตั้ง



การปรับเปลี่ยนกรอบวิธีคิดมาใช้วิถีชีวิตชุมชนเป็นตัวตั้งจะช่วยให้การวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาในชุมชนเป็นไปอย่างเข้าใจบริบทและเงื่อนไขชีวิตของผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยามากขึ้น ความเข้าใจจากการใช้ชุมชนเป็นฐานการมองจะทำให้เห็นได้ว่ายาสมัยใหม่มีฐานะและบทบาทหน้าที่อย่างไรในวิถีการผลิต ระบบวิธีคิด และระบบคุณค่าหรืออุดมคติที่ระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และระบบสาธารณสุข มีส่วนสำคัญในการขึ้นำกำหนด

หนังสือเล่มนี้ประกอบด้วยบทวิเคราะห์ 5 บท บทแรกเป็นเรื่องการใช้ยารักษาตนเอง โดยได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสมัย

ใหม่รักษาตนเองและมีทิศทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องไว้ บทที่ 2 เป็นการ
ประมวลความรู้เกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์สมัยใหม่ที่มีอยู่ในชุมชน บทที่ 3
นำเสนอข้อมูลและบทวิเคราะห์เรื่องแหล่งกระจายยาในชุมชน บทที่ 4 เป็น
เรื่องมาตรการทางกฎหมายกับการใช้ยาในชุมชน และบทที่ 5 เป็นการเสนอ
ภาพรวมและข้อเสนอแนะ



บทที่ 1

การใช้ยารักษาตนเอง



ข้อมูลการวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทยระบุว่า ราว 1 ใน 3 ของมูลค่าการบริโภคยาของประเทศไทยเป็นการใช้ยาโดยไม่ผ่านการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการซื้อยากินเองของประชาชน (Self-medication) (สุวิทย์ บก. 2537: 17) และพบว่าตัวเลขนี้ยิ่งสูงขึ้นหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศในปี พ.ศ. 2540 รวมทั้งมีการศึกษาพบว่ามีการนำยาหลายชนิดไปใช้ในทางที่ผิด (สุวิทย์ บก. 2545: 191) ตัวเลขการประมาณการดังกล่าวอาจถือได้ว่าค่อนข้างต่ำ หากเปรียบเทียบกับประเทศที่กำลังพัฒนาบางประเทศที่การซื้อยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาตนเองอาจสูงมากถึงร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วมีหลักฐานที่แสดงว่า ในทุกระยะเวลาใดๆ ก็ตาม มีประชากรราว 1 ใน 3 ใช้ยาในกลุ่มที่เรียกว่า OTC (over-the-counter) อยู่เสมอ (Helling-Borda, Margaretha & Jonathan D. Quick Nd.: 2000) การใช้ยารักษาตนเองหรือ Self-medication จึงเป็นปรากฏการณ์สากลและเป็นรูปแบบการจัดการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดอย่างหนึ่งในทุกสังคม

ตามการรับรู้โดยทั่วไป พฤติกรรมการซื้อยาเกินของประชาชน
เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของ
ประเทศ การวิเคราะห์นโยบายแห่งชาติด้านยาได้ระบุปัญหาการใช้ยารักษา
ตนเองไว้ว่า

“จากสภาพที่มีการใช้ยารักษาตนเองอย่างเสรี โดยไม่ได้
ผ่านการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ ภายใต้อ
สถานการณ์ที่การส่งเสริมการขาย การโฆษณา และระบบ
การกระจายยาของเอกชนผู้บริโภคมักมีประสิทธิภาพสูง ...
ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสาธารณสุขมากมาย ไม่เพียงแต่ปัญหา
การติดยา ดื้อยา และอันตรายจากการใช้ยา แต่ยังรวมถึง
ปัญหาการใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็นอีกด้วย”
(คณะทำงานย่อยเพื่อศึกษาวิเคราะห์นโยบายแห่งชาติด้าน
ยา 2537: 61)

เนื้อหาในบทนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการสรุป
สาระสำคัญของความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของคนไทย
จากงานวิจัยที่ผ่านมา และ ส่วนที่สอง เป็นการวิเคราะห์ วิจัยเพื่อชี้ให้
เห็นบทเรียนจากผลการวิจัยที่ผ่านมาและสิ่งที่ยังขาดไป เพื่อจะเป็นพื้นฐาน
ในการเสนอแนะด้านนโยบายและการวิจัยต่อไป

ส่วนที่ 1

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา รักษาตนเองของคนไทย

1. การใช้ยา รักษาตนเองของคนไทย: แนวคิดหลัก

การเห็นความสำคัญ และสนใจที่จะศึกษาทำความเข้าใจ พฤติกรรมการใช้ยา รักษาตนเองของชาวบ้าน อาจถือได้ว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นไม่นานมานี้ ในต่างประเทศการศึกษาวิจัยด้านมานุษยวิทยาทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical anthropology) ซึ่งเป็นการศึกษาแง่มุมทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยา โดยเฉพาะในภาคที่ไม่เป็นทางการ (Informal sector) เริ่มมีมากขึ้นในราวทศวรรษที่ 1980 (Hardon and le Grand 1993) ในประเทศไทย รายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพร รักษาตนเอง ดูเหมือนจะปรากฏเป็นครั้งแรกในงานของ Cunningham (1970) ที่ศึกษาเรื่องราวของหมอฉีดยาในจังหวัดเชียงใหม่ งานของสันทัต และไรลีย์ (2517) มีส่วนขยายภาพของการแพทย์สมัยใหม่ โดยเฉพาะยาที่กระจายสู่ชนบทให้เห็นชัดเจนขึ้น

งานของสำลี และคณะ (2519, 2523) และสารนิพนธ์ของนิสิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาฯ (วิสูตร และคณะ 2526) อาจถือได้ว่า เป็นความพยายามครั้งแรกๆ ในการทำความเข้าใจปัญหาการใช้ยาของชาวชนบท ในช่วงเวลาประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยา รักษาตนเอง และการใช้ยาในชุมชนที่ผ่านมา อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะตามแนวคิดที่ไข่มองปัญหา แต่ละแนวทางมีจุดเริ่มที่ต่างกันและให้ความสำคัญกับปัญหาการใช้ยาในชุมชนในแง่มุมที่แตกต่างกันด้วย แนวทางทั้งสามได้แก่

- 1) แนวคิดเรื่องการจัดหายาจำเป็น
- 2) แนวคิดเรื่องการใช้ยาที่เหมาะสม
- 3) แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ

1) แนวคิดเรื่องการจัดหายาจำเป็น

แนวคิดนี้ก่อกำเนิดขึ้นในช่วงที่กระแสนโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้รับความสนใจ สาระสำคัญของแนวคิดนี้คือ การมุ่งจัดหาจำเป็นไว้ใช้สำหรับการรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้นที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งถือเป็นแนวทางรูปธรรมของการพึ่งตนเองได้ในยามเจ็บป่วย แนวคิดการจัดหาจำเป็นถูกแปรสู่การปฏิบัติในรูปแบบของการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน โดยพื้นฐานแล้ว การดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวตั้งอยู่บนฐานคติที่มองว่าชุมชนมีความขาดแคลนยาจำเป็นที่จะใช้รักษาโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในชุมชน การศึกษาวิจัยเกี่ยวข้องกับแนวคิดนี้โดยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาบทบาทและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนยา และผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาชุมชน (เช่น จุไรรัตน์ และคณะ 2533; ธงไชย และคณะ 2534; พิมลพรรณ 2535; ยุพิน และคณะ 2533; สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน 2536ก; สุทธิสิทธิ์ 2534; และ ทวีทอง และคณะ 2536)

2) แนวคิดเรื่องการใช้ยาที่เหมาะสม

แนวคิดนี้มองปัญหาในชุมชนต่างไปจากแนวคิดแรก โดยให้ความสำคัญกับปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และอันตรายจากยาที่มีอยู่มากและขาดการควบคุมในชุมชน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดนี้มักดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาสุขภาพชุมชนซึ่งมุ่งประเมินสภาพปัญหา ความรุนแรง หรือระดับความยากของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในสภาพการณ์และบริบทต่างๆ (เช่น จริยาวัตรและคณะ 2527; โกศล และคณะ 2530; พงษ์พิสุทธิ์ และคณะ 2533; กนิษฐา และคณะ 2535; การุณ และคณะ 2535; สมจิตต์ และคณะ 2536; สมบัติ และคณะ 2537; มยุรี และคณะ 2538; สุกัญญา และคณะ 2539; บรรพต และคณะ 2540) งานวิจัยในระยะหลังให้ความสนใจกับมิติทางเศรษฐศาสตร์ของ

ปรากฏการณ์การใช้ยาจากชุมชนมากขึ้น (เช่น รุ่งเพชร 2541; พรเทพ และคณะ 2542)

งานวิจัยกลุ่มนี้บางชิ้นมีความพยายามที่จะพัฒนาทางเลือกใหม่ๆ ของการจัดหายาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม เช่น การพัฒนาร้านค้าที่มีคุณภาพ (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข 2539; สถิตพงศ์ และคณะ 2540; สุนัญญา และคณะ 2539; วิศิษฐ์ และคณะ 2540) การพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ของการจ่ายยา (นัดดา 2529; สมชาย และคณะ 2534; วิทยา และคณะ มปป.) การจัดหายาที่ปลอดภัยทดแทนยาอันตราย (ประทีป และคณะ 2534; ธงไชย 2534; ฉลอง 2536; สมนึก และคณะ 2537) และการพัฒนางานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา (มณฑนา 2525; ประสาท 2534; พรทิพย์ 2538; และ ชาญชัย และคณะ 2535)

3) แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดนี้มุ่งทำความเข้าใจการรักษาดตนเองและการใช้ยาของประชาชนในบริบททางสังคมของท้องถิ่น (เช่น พิมพวัลย์ และคณะ 2530; เพ็ญจันทร์ 2533; ลือชัย และคณะ 2534; สุพัตรา และคณะ 2533; สะอาดลักษณ์ 2538; บุษบา 2537; บุปผา 2540; ประสาท 2534; จิระ และคณะ 2537) อาจกล่าวได้ว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพยังสามารถแยกออกได้เป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มแรก สนใจศึกษาพฤติกรรมการรักษาดตนเองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการแสวงหาทางสุขภาพ (Health seeking behavior) โดยมุ่งที่จะเข้าใจกระบวนการเลือกและการตัดสินใจในการรักษาดตนเองของประชาชน งานวิจัยกลุ่มนี้สนใจศึกษา “ปัจจัย” ที่ “กำหนด” พฤติกรรมการใช้ยา โดยคาดหวังว่า ความเข้าใจถึงเหตุปัจจัยต่างๆ จะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้ งานวิจัยกลุ่มที่สอง มุ่งเน้นการเข้าใจพฤติกรรมในบริบททางเศรษฐกิจสังคมหรือเงื่อนไขการดำเนิน

ชีวิตที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการรักษาตนเองหรือการใช้ยารักษาตนเอง
ในชุมชน

นอกเหนือจากงานสำรวจขนาดใหญ่ของหน่วยงานเช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ โครงการวิจัยส่วนมากเป็นโครงการวิจัยขนาดเล็ก เฉพาะพื้นที่ และกระจายกระจาย รวมทั้งมักมุ่งไปที่การประเมินความ(ไม่)เหมาะสมของพฤติกรรมที่ได้มาและใช้ยารักษาตนเอง มีงานวิจัยจำนวนน้อยชิ้นที่เป็นความพยายามทำความเข้าใจพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองจากมุมมองของชาวบ้าน (เช่น งานของ สุพัตรา และคณะ 2532; ประสาท 2533; และ จิระ 2537) โดยเฉพาะงานที่ศึกษาด้วยการใช้กรอบทฤษฎีและวิธีการวิจัยเพื่อค้นหามิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยา ยังมีจำนวนน้อยมาก (เช่น พิมพวัลย์ และคณะ 2530; Le Grand and Luechai 1989; เพ็ญจันทร์ 2530; และ บุษบา 2537) (Luechai et al 1995; Luechai 1999; ลือชัย 2542)

2. สถานการณ์และแนวโน้มการใช้ยารักษาตนเอง

เพื่อให้ภาพของการทบทวนผลการวิจัยที่ผ่านมาชัดเจนขึ้น จึงจะแบ่งประเด็นเนื้อหาออกเป็น 5 ประเด็น คือ ความชุก โรคที่รักษาและยาที่ใช้ แหล่งที่มาของยา ความเชื่อและพฤติกรรมการใช้ยา และเหตุปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการใช้ยา

1) ความชุก

งานวิจัยที่ผ่านมา ให้ข้อสรุปสำคัญอยู่ 2 ประการ เกี่ยวกับความชุกของพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน คือ หนึ่ง การใช้ยารักษาตนเองเป็นพฤติกรรมที่พบบ่อยที่สุดในบรรดาพฤติกรรมการจัดการกับความเจ็บป่วย และ สอง การใช้ยารักษาตนเองมีแนวโน้มลดลง

เมื่อประชาชนมีฐานะดีขึ้น

ข้อสรุปประการแรกสามารถเห็นได้ชัดเจนจากข้อมูลในตารางที่ 1.1 จากผลการศึกษาทั้งหมด การใช้ยารักษาตนเองมีสัดส่วนสูงกว่าการใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ทั้งหมด (ยกเว้นของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่การใช้ยารักษาตนเองมีสัดส่วนต่ำกว่าการไปใช้โรงพยาบาลของรัฐ) ทั้งนี้ตัวเลขสัดส่วนการใช้ยารักษาตนเองจะแตกต่างกันมากพอสมควรในระหว่างการศึกษแต่ละชิ้น และงานวิจัยแต่ละชิ้นอาจจะมี ความแตกต่างกันในเรื่องคำจำกัดความของคำว่า การใช้ยารักษาตนเอง และระเบียบวิธีการวิจัยที่ใช้

ตารางที่ 1.1 ความแพร่หลายของการใช้ยารักษาตนเองจากการศึกษาสำคัญ ๆ

การศึกษา (ปี)	ขนาดตัวอย่าง	% การ รักษา ตนเอง
1. กองแผนงานสาธารณสุข (2513)	N.A.	51.4
2. กองแผนงานสาธารณสุข (2522)	N.A.	42.3
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2528)	2 หมู่บ้าน ; 1,254 episodes	28.8
4. พิมพ์วัลย์และคณะ (2533)	5 หมู่บ้าน ; 1,245 episodes	56.6
5. วีระพันธ์และคณะ (2533)	8 provinces ; 970 episodes	73.5
6. Thavitong & Suphachit (1991)	4 villages ; 1,753 episodes	39.4
7. Le Grand & Luechai (1989)	15 villages ; 1,463 episodes	70.5
8. Luechai (1999)		72.0

ที่มา:

1-2 กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2513, 2522). รายงานผลการสำรวจสถานะอนามัย การแสวงหาบริการและการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ.

3. Institute of Population and Social Research. (1988). *The Mobility and Mortality Differences*. Thailand.
4. พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. (2533). “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน”. ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ). *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 156–206.
5. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ (2533). “การเจ็บป่วยและการรักษาของสมาชิกครัวเรือนเกษตร”. ในทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. (บรรณาธิการ). *พฤติกรรมสุขภาพ*. ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หน้า 194–211
6. Thavitong H. and Supachit M. (1991). *A Baseline survey of Preference for Rural Health Insurance*. Center for Health Policy Studies, Mahidol University.
7. Le Grand and Luechai. (1989). *Herbal Drugs and Primary health Care in Thailand: The impacts of promotional activities on drug consumption, drug provision and self-reliance*. Royal Tropical Institute, The Netherlands.
8. Luechai. (1999). *Medicine Use and Distribution in Rural Thailand*. Ph.D. Thesis University of Amsterdam, The Netherlands.

กลุ่มในข้อสรุปประการที่ 2 นั้น ส่วนหนึ่งสะท้อนมาจากผลการสำรวจระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุข 2 ครั้ง (2513 และ 2522) และการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข (2528) ที่ดูเหมือนจะให้ข้อสรุปว่า เมื่อเวลาผ่านไปประชาชนจะรักษาตนเองลดน้อยลง ขณะที่การไปรับการรักษากับแหล่งบริการที่เป็นทางการเพิ่มขึ้น ข้อสรุปดังกล่าวนี้มีผู้วิจารณ์ว่าเป็นผลสืบเนื่องจากการใช้คำจำกัดความการวิจัยของคำว่าความเจ็บป่วยและแบบสัมภาษณ์ ที่มีความลำเอียงเข้าหาการใช้บริการที่เป็นทางการ ทำให้ภาพของการดูแลสุขภาพตนเองถูกลดความสำคัญลงไป (ดู ทวีทอง 2533: 26–27) อย่างไรก็ดี Bennett and Viroj (1994: 5) โดยอาศัยข้อมูลผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2524, 2526 และ 2531 ตีความและสรุปว่า ในช่วงปีทศวรรษ 2523 เป็นต้นมา คนไทยซื้อยากินเองน้อยลง ขณะที่มีการ

ใช้จ่ายกับการรักษาในสถานบริการโดยเฉพาะภาคเอกชนเพิ่มขึ้นตามลำดับ แนวโน้มดังกล่าวนี้ สอดรับกับการเพิ่มขึ้นของรายได้ของประชากรและการขยายตัวของบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ดังตารางที่ 1.2 ที่คัดลอกมาจากบทความของ Bennett and Viroj (1994: 6)

ตารางที่ 1.2 *Changing shares of household expenditure on health*

Types of expenditure	1981 (%)	1986 (%)	1988 (%)
Self-prescribed Drugs	31.9	26.5	21.7
Medical Care	68.1	73.5	78.3
Public hospital	NA	36.4	36.4
Private clinic/hospital	NA	29.5	35.7
Others	NA	7.6	6.3

ที่มา: Bennett and Viroj (1994: 6)

กระนั้นก็ดี ข้อมูลผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คือ ในอีก 2 ปีต่อมา ได้รายงานตัวเลขการใช้จ่ายเพื่อการซื้อยากินเองของประชาชนน้อยลงไปอีก คือ เหลือประมาณ 19% ของค่ารักษาพยาบาล โดยมีรายละเอียดเพิ่มเติมว่า ในผู้มีรายได้น้อย คือ กลุ่มลูกจ้างเกษตรกร กลุ่มลูกจ้างคนงานทั่วไป และกลุ่มคนที่อยู่นอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายดังกล่าวสูงสุดคือ 35.4%, 31.3% และ 24.1 % ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ **คนจนมีพฤติกรรมการซื้อยากินเองมากกว่าคนรวย** (สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างใน สุวิทย์ บก. 2537: 606)

2) โรคที่รักษาและยาที่ใช้

แม้ว่าอาการป่วยที่ทำให้ชาวบ้านซื้อยามกินเองจะครอบคลุมอย่างกว้างขวาง และยาที่ชาวบ้านสามารถหาซื้อได้ด้วยตนเองจะมีให้เลือกสารพัดชนิด แต่รายงานการวิจัยส่วนใหญ่ให้ข้อสรุปเหมือนกันว่า โรคหรืออาการป่วยสำคัญๆ ที่เป็นสาเหตุให้ประชาชนซื้อยามกินเองมากที่สุด คือ อาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ อันได้แก่ อาการปวดศีรษะ เป็นไข้ ไข้หวัด ไอ ปวดท้อง อาการของโรคกระเพาะอาหารอักเสบ และอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการที่สอดคล้องกับชนิดของยาที่พบว่าชาวบ้านนิยมซื้อเพื่อการรักษาตนเอง คือ กลุ่มยาแก้ปวดลดไข้ กลุ่มยาโรคทางเดินอาหาร และยารักษาโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (อุดม และคณะ 2526; จริยาวัตร และคณะ 2527; สุพัตรา 2533; วีระพันธ์ 2533; ปรีดา และสมควร 2533; สมบัติ และคณะ 2536; Luechai 1999) ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่ายาส่วนใหญ่ที่ประชาชนซื้อเพื่อการรักษาตนเอง คือ ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาแก้หวัด และยาแก้โรคกระเพาะ (สุวิทย์ บก. 2537: 542)

อย่างไรก็ดี ข้อสรุปดังกล่าวนี้ไม่ได้หมายความว่ายาอันตราย เช่น ยาชุดที่มียาสเตียรอยด์รวมอยู่ด้วย ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ท้องเสีย และกลุ่มยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) อื่นๆ จะไม่ปรากฏในรายงานการวิจัยทั้งหลาย เพียงแต่ด้วยสัดส่วนที่ไม่มากเท่ายากลุ่มต่างๆ ที่กล่าวมา

ในงานของ Luechai (1999) จากยา 1,072 รายการที่ชาวบ้านใช้รักษาตนเอง ประมาณร้อยละ 80 เป็นยาแก้ปวด ยาแก้หวัด และกลุ่มยาโรคกระเพาะ ขณะที่ร้อยละ 10 เป็นยาอันตรายที่ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่คือยาปฏิชีวนะและ NSAIDs ในส่วนของการใช้ยาในชื่อการค้า นั้นงานของลือชัย รายงานว่าพบยาแก้ปวด 25 ยี่ห้อ โดย 1 ใน 4 เป็นยาแก้ปวดลดไข้สำหรับเด็ก ร้อยละ 80 เป็นกลุ่มแอสไพริน ร้อยละ 19 เป็นพารา

เซตามอล ขณะที่อีกร้อยละ 1 ที่เหลือเป็นไดโไฟโรน ยาที่พบมากที่สุดคือ ทัมใจ บูรา และไพรานา ในขณะที่ยาปฏิชีวนะที่พบใช้มากที่สุด คือ เตตราไซคลิน (tetracycline)

สำหรับยาแก้ปวดลดไข้ นั้น พบว่านำมาใช้เพื่อการรักษาตนเองในสัดส่วนที่สูงกว่ายาประเภทอื่น คือประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนครั้งที่ซื้อยากินเอง (Le Grand & Luechai 1989) งานของสุพัตรา (2533: 33-34) พบว่าจากจำนวนการใช้ยาในช่วง 1 ปีย้อนหลังของชาวบ้านใน 4 หมู่บ้านของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งรวมทั้งสิ้น 3,611 ครั้ง เป็นการใช้อยาแก้ปวดลดไข้ถึง 1,673 ครั้ง หรือร้อยละ 46.3 ในทำนองเดียวกับของวีระพันธ์ (2533: 208) ที่รายงานว่า ใน 915 ครั้งของการรักษาตนเองในรอบ 1 ปี ของครัวเรือนเกษตรกร 40 ครอบครัว เป็นการใช้อยาแก้ไข้แก้ปวดมากที่สุดถึงร้อยละ 52.8

3) แหล่งที่มาของยา

แม้ว่าชาวบ้านในชนบทจะสามารถเข้าถึงยาได้หลายแหล่ง ทั้งที่ถูกต้อง เป็นทางการ และที่ผิดกฎหมาย แต่ข้อสรุปที่คล้ายกันในรายงานวิจัยส่วนมากก็คือแหล่งยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาตนเองของชาวบ้าน คือ ร้านชำ (วิสูตร 2526; สำลี 2519; สุพัตรา 2533; วีระพันธ์ 2533; เพ็ญจันทร์ 2533; พิมพ์วัลย์ 2530; le Grand and Luechai 1989; สมบัติและคณะ 2537; Luechai 1999) การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของชุมชน โดยสำลีและคณะ (2519) (8 หมู่บ้าน 236 ครอบครัว) พบว่าร้อยละ 80.5 ของชาวบ้านจะเลือกการซื้อยาจากร้านขายยา (รวมทุกประเภท) เป็นหนทางแรกในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย ในจำนวนนี้ร้อยละ 41.5 เลือกซื้อจากร้านชำ ในงานของลือชัย (1999; 1277 episodes) พบว่า ประมาณ 8 ใน 10 ครั้งของความเจ็บป่วย รักษาด้วยยาที่มาจากแหล่งยาที่อยู่ในชุมชนหรือที่มีเก็บไว้ในบ้าน เฉพาะที่เป็นยาจากร้านชำมีมากที่สุดคือร้อยละ 57.2

นอกจากนี้ยังพบว่า จากข้อมูลรายการยาที่บันทึกได้ จำนวน 2,000 รายการ ร้อยละ 57.4 หรือ 1,148 รายการ เป็นยาที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวซื้อมาเอง (ไม่ใช่ยาที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่ง)

4) ความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมในการใช้ยา รักษาตนเอง

ชาวบ้านคิดหรือเชื่ออย่างไรกับยาและแหล่งที่มาของยา มีพฤติกรรมในการซื้อและใช้ยารักษาตนเองอย่างไร ความคิด ความเชื่อ และการกระทำเหล่านั้น มีความถูกต้องเหมาะสม (ตามหลักวิชาการ) เพียงใด ฯลฯ เหล่านี้มักเป็นคำถามหลักของการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยเหล่านี้ มีที่น่าสนใจอยู่หลายประการ

■ ทิศนะต่อยา

ชาวบ้านมองยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร แตกต่างกัน ในภาพรวม ชาวบ้านมีความเชื่อมั่นในสรรพคุณของยาฝรั่งหรือยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร โดยเฉพาะกับการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือโรคที่มีใช้โรคพื้นบ้าน (ลือชัยและเลอแกรนด์ 2533: 218–232; เพ็ญจันทร์ 2534) ในทัศนะของชาวบ้าน ยาแผนปัจจุบันเป็นยาแรงที่ให้ผลเร็วแต่ไม่ได้รักษาที่ต้นเหตุของโรค (ลือชัย 2533: 141–147) ขณะที่ยาชนิดคือยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคสูงสุด (Reeler 1996: 57–61)

ในงานวิจัยเกี่ยวกับกองทุนยา และที่เกี่ยวข้องกับโครงการจัดหา ยาสามัญประจำบ้าน มักพบว่าชาวบ้านไม่นิยมใช้ยาสามัญประจำบ้าน มีความรู้จำกัดเกี่ยวกับยาดำรงหลวงหรือยาสามัญประจำบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับยาที่มีการโฆษณา (อนุเทพ และคณะ 2537: 79–80) ยาจากกองทุนยาถูกมองว่ามีประสิทธิภาพน้อยกว่า (แรงน้อยกว่า) ยาจากร้านค้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้กองทุนยาส่วนมากต้องล้มไป (อุดม

และคณะ 2526; ปัทมา 2534; Luechai et al 1995; Luechai 1999) ในงานของชนิษฐาและคณะ (2531) พบว่าชาวบ้านไม่แน่ใจเรื่องคุณภาพยาของกองทุนยาหรือคุณภาพของยาดำราหลวง เพราะเห็นว่าได้ผลช้า ขณะที่ในงานวิจัยบางชิ้นรายงานไว้ว่า ชาวบ้านเชื่อว่ายาจากร้านชำแรงกว่ายาที่สถานีอนามัย (สมจิตต์ และคณะ 2536: 30)

วิธีคิดที่ชาวบ้านใช้ในการประเมินสรรพคุณของยา นอกเหนือจากการเชื่อมโยงกับรูปแบบของยา (เช่น ยาฉีดแรงที่สุด) และยี่ห้อของยา ยังพบว่าชาวบ้านมีความเชื่อว่ายาแพงดีกว่ายาถูก ยามากดีกว่ายาน้อย เน้นผลการรักษาที่รวดเร็ว ในรายงานของประสาธ (2534: 22) สรุปว่า ชาวบ้านให้ความสำคัญกับการหาย ไม่สนใจโทษอื่นๆ ของยา เพราะระบบคิดของชาวบ้านจะให้ความสำคัญกับการหายซึ่งเป็นผลประโยชน์ ขณะที่โทษของยา เป็นเรื่องอนาคต ค่อยคิดภายหลัง นอกจากนี้ยังพบว่าชาวบ้านอาศัยแนวคิดกลางเนื้อชอบกลางยา หรือถูกกับยา หรือเวอร์กรรม มาอธิบายเมื่อเกิดกรณีที่ยารักษาไม่ได้ผลกับบางคนและได้ผลกับบางคน (ดูตัวอย่างใน ประสาธ 2534: 22)

ในภาพรวม กล่าวได้ว่าชาวบ้านมีทัศนคติในเชิงบวกกับยาที่วางขายในท้องตลาด การที่ในชีวิตจริงของชาวบ้านมียาให้เห็นอยู่มากมาย ประกอบกับความไว้วางใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐและบุคลากรทางการแพทย์ ดูเหมือนจะมีส่วนสำคัญของการเกิดทัศนคติเช่นนั้น ดังมีการรายงานไว้ว่า ชาวบ้านมักให้คำตอบว่า ยาที่หาซื้อจากร้านชำมาใช้คงไม่อันตราย เพราะถ้ายามีอันตรายรัฐคงไม่ปล่อยให้วางจำหน่าย (เช่น ดูใน ประสาธ 2534: 19 เป็นต้น) ในงานศึกษาของสมจิตต์ และคณะ (2536: 45) พบว่าชาวบ้านมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาน้อย ส่วนใหญ่ไม่สามารถบอกอันตรายจากการใช้ยาได้ถูกต้อง

■ พฤติกรรมการซื้อและใช้ยารักษาตนเอง

รูปแบบสำคัญของการซื้อยารักษาตนเองของชาวบ้านก็คือ การบอกซื้อยาที่ต้องการ การเล่าอาการให้ฟัง และการเอาตัวอย่างยามาเทียบจรรยาวัตร คมพยัคฆ์ (2527: 78) ได้รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของผู้ประกอบอาชีพถีบรถสามล้อ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า 76.2% และ 20.9% ของตัวอย่าง ซื้อยาโดยบอกซื้อยาที่ต้องการและบอกอาการที่เป็นตามลำดับ ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของโกศล และคณะ (2530) ที่ศึกษาพฤติกรรมการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยตนเองของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ในรายงานการศึกษาของลือชัย และคณะ (Luechai et al 1995: 22) พบว่าพฤติกรรมการซื้อยาในร้านชำในหมู่บ้าน ชาวบ้านจะรู้หรือมีการตัดสินใจไปล่วงหน้าว่าจะซื้อยาอะไร นัยหนึ่งก็คือรู้ว่าป่วยเป็นอะไร และจะต้องใช้ยาชนิดใด

สำหรับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองที่ปรากฏในรายงานผลการวิจัยส่วนมากคือ คิด เชื่อ และทำในแบบของตนเองที่สวนทางกับหลักทางการแพทย์ที่ควรจะเป็น เช่น เลือกใช้ยาตามชื่อการค้า โดยอาศัยประสบการณ์เดิม คำบอกเล่าหรือคำแนะนำ หรือจากการฟังโฆษณา มีการทดลองใช้ยา ไม่มีความรู้ที่ถูกต้อง ไม่สนใจกับข้อมูลในฉลาก มีการพลิกแพลงการใช้ด้วยตนเอง เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะชนิดเม็ด ทั้งกินและบดเป็นผงโรยแผล (ชนิดา และคณะ 2529; สมใจ และสัณยุชัย 2530; รุ่งศรี และคณะ 2531; โกศล และคณะ 2530; สุพัตรา และคณะ 2535; และ ประสาท 2534) หรือการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดไปใช้เพื่อรักษาอาการกระเพาะอาหารอักเสบ (จิระ และคณะ 2537; สุพัตรา และคณะ 2533) รายงานว่า ชาวบ้านมีรูปแบบการใช้ยาแบบ “ขี้มันบันได” คือ จากยาที่แรงน้อยไปหายาที่แรงมาก เมื่อรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

ข้อสรุปในรายงานอีกส่วนหนึ่งพบว่า ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่จำกัด หรือมีการปฏิบัติตนในการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เช่น

ในการศึกษาของบุปผา (2540) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการไ้ยา ปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม พบว่ามีประชาชนตัวอย่าง เพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่มีความรู้ระดับสูงเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องอันตรายของยาปฏิชีวนะ การทิ้งช่วงระหว่างการไ้ยากับมื้ออาหาร การดื้อยา และวิธีการผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงบรรจุขวดสำหรับเด็ก

การศึกษาแบบแผนทางสังคมวัฒนธรรมของการไ้ยา ยังสะท้อนให้เห็นถึงยาที่ถูกนำไปใช้ในบริบทหรือปัญหาอื่นๆ เช่น งานของลือชัย และคณะ (2534), บุษบา (2537) และ จรัสพรรณ และคณะ (2535) ที่รายงานว่า นอกจากยาแก้ปวดจะใช้เพื่อการบำบัดอาการปวดและลดไข้แล้ว ในบริบทของการทำงานหนัก ยาบางชนิดยังถูกใช้เพื่อหวังผลให้เป็นการกระตุ้นให้มีแรงในการทำงาน จนนำไปสู่การใช้ประจำ (ติดยา) ด้วยการไ้ยาในบริบทเฉพาะแบบนี้ ยังพบในรายงานอื่นๆ เช่นกัน (ดู จิระ (2537) เป็นต้น)

5) เหตุปัจจัยที่กำหนดการไ้ยารักษาตนเอง

กระบวนการตัดสินใจไ้ยาของชาวบ้านเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีการรายงานไว้ในงานวิจัยหลายชิ้น งานเหล่านี้หลายชิ้นให้ข้อสรุปที่คล้ายคลึงกันว่า แหล่งข้อมูลสำคัญของการตัดสินใจเลือกซื้อยาของชาวบ้านคือเพื่อนบ้าน การโฆษณา และประสบการณ์การรักษาในอดีต (ชนิดา และคณะ 2529; สมใจ และสัจชัย 2530; รุ่งศรี และคณะ 2531; โกศล และคณะ 2530; สุพัตรา และคณะ 2535; และ ประสาท 2534) งานของสุพัตรา (2533) และบทวิเคราะห์ของเจริญชัย (2534) สรุปว่า การตัดสินใจไ้ยารักษาตนเองเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีแหล่งข้อมูลจากหลายแหล่ง ที่สำคัญคือ บุคคล (เพื่อนบ้าน, ญาติ) ซึ่งจะให้คำแนะนำทั้งชนิดของยาสรรพคุณ และวิธีใช้ ข้อมูลจากสื่อวิทยุและโทรทัศน์ เป็นข้อมูลเบื้องต้นแต่

มีอิทธิพลระยะยาว โดยเฉพาะการทำให้เกิดความมั่นใจที่จะทดลองยาชนิดใหม่ๆ ข้อสรุปที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งของงานวิจัยดังกล่าว คือ การกล่าวถึงข้อมูลสถานะของยา ซึ่งหมายถึงความรู้ ความเชื่อ ที่แฝงซ่อนอยู่ในวิถีการดำเนินชีวิตของชาวบ้านในชุมชน จนไม่สามารถระบุที่มาหรือต้นตอของข้อมูลได้ แต่กลับเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเลือกใช้ยาของชาวบ้าน

ข้อสังเกต และบทวิเคราะห์ที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งก็คือ ข้อมูลที่ชาวบ้านได้รับเกี่ยวกับยา ส่วนใหญ่คือ ชื่อและสรรพคุณของยา ขณะที่ข้อมูลด้านขนาดที่ใช้และวิธีการใช้ยาจะได้รับน้อยมาก ยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายและข้อพึงระวังในการใช้ต่างๆ แทบจะไม่ปรากฏให้ชาวบ้านได้รับรู้ทางสื่อสาธารณะ ขณะที่ข้อมูลเหล่านี้ปรากฏข้างกล่องหรือในเอกสารกำกับยา ชาวบ้านก็มักไม่อ่าน

รายงานการวิจัยอีกจำนวนหนึ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อยาและใช้ยาของประชาชน ซึ่งมักให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น งานของชนิดา และคณะ (2529) (อ้างใน สุวิทย์ บก. 2537: 548–549) ที่มีการรายงานว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะเลือกซื้อยาจากร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรประจำและใช้ยาแผนโบราณ และสมุนไพรในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง อาการหวัดมีน้ำมูกใส และโรคติดเชื้อที่ผิวหนังเป็นโรคที่ประชาชนเลือกใช้บริการจากร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรประจำมากที่สุด ขณะที่วิธีการซื้อยาเพื่อรักษาอาการท้องเสีย ประชาชนจะใช้วิธีระบุชื่อยาเองมากที่สุด ผลการศึกษาที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มที่มีความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องน้อยที่สุด กล่าวคือรู้จักใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการจากโรคติดเชื้อเพียงร้อยละ 46.2 และมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะครบขนาดเพียงร้อยละ 18.3 เท่านั้น

การศึกษาของสมใจและสัญญาชัย (2530) (อ้างใน สุวิทย์ บก. 2537: 549) พบข้อมูลคล้ายคลึงกับงานของชนิดาที่กล่าวถึงข้างต้น ในประเด็นระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการใช้บริการในร้านยาที่ไม่มีเภสัชกรและการใช้ยาแผนโบราณ งานของโกศล และคณะ (2530) (อ้างใน สุวิทย์ บก. 2537: 550) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการรักษาโรคอุจจาระร่วงของประชาชน 426 ราย ที่ซื้อยาจากร้านขายยาในกรุงเทพมหานคร รายงานผลในลักษณะเดียวกัน คือประมาณครึ่งหนึ่งของประชาชนที่ศึกษา ซื้อยาด้วยการระบุชื่อยา รองลงมาคือเล่าอาการให้ฟัง ซื้อยาตามตัวอย่างที่นำติดตัวมา และซื้อยาตามใบสั่งแพทย์ ผู้ที่ใช้บริการโดยใช้วิธีเล่าอาการและรับการจ่ายยาร้อยละ 82.2 ไม่สนใจถามชื่อยาที่ตนได้รับ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ซื้อยาตามตัวอย่างที่นำมาไม่ทราบวิธีใช้และระยะเวลาในการใช้ยาเหล่านั้น ขณะที่ร้อยละ 88.5 ของกลุ่มที่ซื้อโดยบ่งชื่อยาไม่ทราบคำเตือนและข้อควรระวังของยาที่มาซื้อ ที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ ส่วนมากผู้ซื้อจะเปลี่ยนร้านหากร้านที่ซื้อร้านแรกไม่มียาที่ต้องการ

ส่วนที่ 2

บทวิเคราะห์บทเรียนการศึกษาพฤติกรรม การใช้ยารักษาตนเองของคนไทย

จากการบททวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชนที่ผ่านมา จะนำเสนอบทวิเคราะห์ใน 2 ประเด็นหลัก เพื่อเป็นพื้นฐานในการเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์และการวิจัยในอนาคต ได้แก่ ประเด็นการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน: ความจำกัดของความรู้และกรอบความคิด และประเด็นกรอบความคิดการวิจัยที่ขาดพลวัต

ประเด็นที่ 1 การใช้ยารักษาตนเองของประชาชน: ความจำกัดของความรู้และกรอบความคิด

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ยาในชุมชนที่บททวนมาข้างต้น หากมองจากมุมมองของคนในวงการสาธารณสุข สามารถสรุปเป็นความรู้ได้ 3 ประการคือ

- หนึ่ง การใช้ยารักษาตนเอง เป็นรูปแบบการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่แพร่หลายที่สุดของชาวบ้าน และเป็นที่มาของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม
- สอง ชาวบ้านนิยมซื้อยารักษาตนเองจากแหล่งที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ร้านชำ และมักมีพฤติกรรมในการซื้อยาที่ไม่ถูกต้อง
- สาม ชาวบ้านมีความรู้จำกัด หรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในการเลือกซื้อและใช้ยา ไม่เห็นด้านที่เป็นอันตรายของการใช้ยา มีกระบวนการตัดสินใจที่ซับซ้อนโดยได้รับอิทธิพลจากแหล่งข้อมูลที่เสี่ยงต่อการส่งเสริมให้มีการใช้ยาที่ไม่

เหมาะสม เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และข้อมูลจากการ
โฆษณา มีการใช้ยาตามวัฒนธรรมความเชื่อเดิมที่มักก่อ
ให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น เชื่อมโยงความแรงของ
ยากับยี่ห้อ รูปแบบของยา และแหล่งที่มาของยา มีการ
พลิกแพลงวิธีการใช้ยาตามตรรกะที่คิดค้นขึ้นเอง หรือใช้ยา
ตามประสบการณ์และคำบอกเล่า

ข้อสรุปทั้ง 3 ประการนี้ บ่งบอกถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหา
การใช้ยามากกว่าจะทำให้รู้สึกอย่างอื่น อย่างไรก็ตาม มีข้อน่าสังเกตว่า
สมมติฐานที่อยู่เบื้องหลังข้อสรุปทั้ง 3 ข้อข้างต้น และอยู่เบื้องหลังงาน
วิจัยจำนวนมาก คือความเชื่อที่ว่าการรักษาตนเองของชาวบ้านไม่น่า
จะเป็นสิ่งที่เหมาะสม เพราะเป็นสภาวะที่ทำให้เกิดการใช้ยาที่ผิด ไม่
สมเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความเข้าใจ
เรื่องคุณ โทษ วิธีใช้ยา พฤติกรรมในการซื้อยา ฯลฯ เหล่านี้ล้วนพบว่ามี
ปัญหา คือ ไม่เป็นไปตามหลักการที่ควรจะเป็น ความวิตกกังวลดังกล่าว
ทำให้มีความพยายามที่จะแก้ปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การใช้ยาของชาวบ้าน โดยถือว่าการซื้อยามาใช้รักษาตนเองเป็นปัญหา
โดยตัวของมันเอง และหากสามารถทำให้การใช้ยาของประชาชนเป็นไป
โดยผ่านการควบคุมดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ได้น่าจะดีกว่า คือทำให้
มั่นใจได้ว่าปัญหาความไม่เหมาะสมในการใช้ยาจะลดน้อยลงหรือหมดไป

กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ องค์ความรู้จากการวิจัยที่ผ่านมาชี้นำไป
ในทิศทางเดียวคือ มุ่งจับจ้องดูว่าชาวบ้านมีพฤติกรรม ความคิด ความ
เชื่อในการใช้ยา ที่เป็นปัญหามากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบ
พฤติกรรมของชาวบ้านว่าผิดไปจากหลักวิชาการอย่างไร ในส่วนของการหา
คำอธิบายสาเหตุที่ทำให้ชาวบ้านมีพฤติกรรมผิดไปจากหลักวิชาการ
ดังกล่าว ก็จะมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยระดับบุคคลคือเรื่องความรู้ ความเข้าใจ

ใจเกี่ยวกับยา อายุ เพศ ระดับการศึกษา และสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยคาดหวังว่าการได้รู้และเข้าใจเหตุปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้พบวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชาวบ้านที่ได้ผลมากขึ้น

ข้อเท็จจริงที่ไม่มีใครปฏิเสธก็คือ ประชาชนส่วนมากเลือกที่จะรักษาตนเองโดยใช้ยาจากร้านขายของชำใกล้บ้าน โดยปรึกษาหาข้อมูลจากเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง แทนที่จะเป็นแพทย์หรือเภสัชกร และใช้ยาตามประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิดของตนเอง แม้ว่าสถานการณ์เช่นนี้ในทางวิชาการเห็นว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องไม่สมเหตุผล แต่พฤติกรรมดังกล่าวก็ยังคงปฏิบัติกันทั่วไป และไม่ได้มีอยู่เฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น แต่เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกสังคมทั่วโลก

กล่าวได้ว่า ทั้งกระบวนการวิจัยและความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยารักษาตนเองที่ผ่านมามีลักษณะวนอยู่กับที่และไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้ ทั้งนี้เพราะเริ่มต้นด้วยโจทย์ที่ว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามหลักวิชาการทางการแพทย์หรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น และจะหาทางเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดเหล่านั้นได้อย่างไร โจทย์ปัญหาและกระบวนการตอบปัญหาวนเวียนเช่นนี้มาตลอด สาเหตุเป็นเพราะกรอบการวิจัยที่ผ่านมามีตั้งอยู่บนฐานคติของการมองออกไปจากระบบ หรือเป็นการเอาระบบเป็นตัวตั้ง เอาประชาชนเป็นตัวแปรตาม ทิศทางการวิจัยและพัฒนาการใช้ยาที่เหมาะสมจึงมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนให้เป็นไปตามที่ระบบยาตั้งไว้ แทนที่จะมุ่งปรับระบบยาให้เหมาะสม

ดังนั้น ทิศทางและกระบวนการวิจัยที่ผ่านมาก็คือ มุ่งประเมินความ(ไม่)เหมาะสมของพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของชาวบ้าน โดยมีได้มองการใช้ยาเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตจริงๆ ของชาวบ้าน แต่กลับพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้านอย่างแยกส่วนเป็นปรากฏการณ์เฉพาะตน

หรือเฉพาะท้องถิ่นที่ไม่สัมพันธ์กับโครงสร้างระบบยา ทำให้นักวิจัยมุ่งเน้นที่การค้นหาความเชื่อ หรือพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีเหตุผลของชาวบ้าน แล้วนำไปสู่ข้อสรุปเรื่องปัญหาความไม่เหมาะสมในการใช้ยา แนวคิดดังกล่าวมีข้อจำกัดอย่างยิ่งในการตัดสินใจและแก้ปัญหา เพราะเน้นไปที่การจัดการกับชาวบ้านในระดับปัจเจกบุคคล หรือท้องถิ่น มากกว่าการปรับแก้ที่ระบบ

ความจำกัดของกรอบความคิดในการวิจัยเรื่องการใช้ยารักษาตนเองที่ผ่านมา จึงปรากฏอยู่อย่างน้อยใน 2 ด้านคือ การใช้กรอบความคิดที่เอาระบบยาเป็นศูนย์กลาง และกรอบความคิดที่ขาดพลวัต

1) Rational Use of Drugs: Rationality ของใคร

ความเหมาะสมในการใช้ยาตามหลักวิชาการที่มักนำมาใช้อ้อยเสมอคือหลัก 5 ถูก ได้แก่ ถูกโรค ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี และถูกเวลา ด้วยเกณฑ์เช่นนี้ทำให้พบว่า การใช้ยาของชาวบ้านในชีวิตจริงนั้นน้อยนักที่จะเป็นไปอย่างมีความสมเหตุสมผล (Rationale) เมื่อเป็นดังนี้จะหมายความว่าชาวบ้านไม่มีเหตุผลในการใช้ยาเสียทั้งหมดหรือ? หรือแท้ที่จริงแล้วชาวบ้านเองก็มีตรรกะหรือหลักวิธีคิดที่เป็นเหตุเป็นผลเช่นกัน ถ้าเช่นนั้นจะวิเคราะห์พฤติกรรมเหล่านี้ได้อย่างไร

ชาญชัย จารุภาชน์ และคณะ (2535) ศึกษาผลกระทบจากการถอนคาเฟอีนในยาแก้ปวด โดยติดตามดูพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเป็นเวลา 1 ปี หลังจากนั้น พบข้อมูลที่น่าสนใจว่า มีเพียงร้อยละ 12.8 ของผู้ที่เคยใช้ยาแก้ปวดประจำเท่านั้นที่เลิกการใช้ยา ส่วนที่เหลือไม่มีการเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเปลี่ยนไปในทางที่เป็นปัญหามากขึ้น เช่น กินมากขึ้น กินควบกับยาชุด หรือเปลี่ยนไปติดยาพาราเซตามอลแทน สิ่งที่น่าสนใจของข้อค้นพบของชาญชัยและคณะ คือ เหตุผลที่ชาวบ้านให้กับการเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยนพฤติกรรม มีดังนี้

- ร้อยละ 96.3 ของผู้ที่ยังคงใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำเหมือนเดิม ให้เหตุผลว่า จำเป็นต้องใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดจากการทำงาน
- กลุ่มที่ใช้ยาเพิ่มขึ้นหรือกินยาแก้ปวดร่วมกับยาชุดหรือยาอื่นเกือบทั้งหมดเห็นว่า เพราะยาเดิมไม่สามารถบรรเทาอาการได้ และต้องทำงานมากกว่าปีที่แล้ว

จากกรณีศึกษาข้างต้นนี้ คงบอกไม่ได้ว่าชาวบ้านใช้ยาโดยไม่มีเหตุผล หรือใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ประเด็นที่สำคัญกว่านั้นคือ หลักเหตุผลที่ชาวบ้านใช้ เป็นคนละชุดกับหลักเหตุผลที่ใช้ในทางวิชาการ

2) หลักเหตุผลแบบชาวบ้านกับหลักเหตุผลแบบวิชาชีพ

การกระทำใด ๆ ย่อมเป็นผลที่เกิดโดยมีเหตุนำมาก่อนทั้งสิ้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าไม่มีพฤติกรรมใดของชาวบ้านที่เกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลรองรับ เพียงแต่ความสมเหตุสมผลของการกระทำหนึ่ง ๆ นั้น ไม่สามารถตัดสินได้ด้วยเกณฑ์สำเร็จรูปเพียงแบบใดแบบเดียว แต่จะต้องพิจารณาควบคู่ไปกับบริบทแวดล้อมของพฤติกรรมนั้น ๆ ในชีวิตจริงของชาวบ้านนั้น การดำรงชีวิตเป็นการรักษาดุลยภาพระหว่างเงื่อนไข 3 ประการคือ ปัญหาเฉพาะหน้า (What's at stake?) สิ่งที่สามารถหามาได้ (What's available?) และทางเลือกที่เป็นไปได้ (What's possible?) พฤติกรรมที่แสดงออกมาจึงเป็นผลลัพธ์ของการสร้างดุลยภาพระหว่างเงื่อนไขและเหตุปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ซึ่งการเข้าใจพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องอาศัยทัศนะแบบองค์รวม และให้ความสำคัญกับบริบทที่เป็นเงื่อนไขของพฤติกรรมนั้นๆ

ในวิถีชีวิตของชาวบ้านนั้นมีสิ่งที่จะต้องจัดการหลายอย่างนอกเหนือจากจัดการกับตนเองให้หายป่วยเมื่อมีเหตุให้ต้องล้มหมอนนอนเสื่อลงไป คนที่มีวิถีชีวิตแตกต่างกันแม้จะเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างเดียวกัน

ก็เลือกที่จะให้ความสำคัญกับสิ่งต่างๆ ไม่เหมือนกัน สำหรับคนหาเช้ากินค่ำ การดิ้นรนหาเงินเลี้ยงปากเลี้ยงท้องย่อมสำคัญกว่าอันตรายของยาที่ยังไม่แน่ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด การตัดสินใจที่จะกินยาชุดเพื่อระงับอาการปวดหลังเพื่อให้สามารถทำงานต่อไปได้ ถือว่าเป็นการจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญหน้าอย่างมีเหตุมีผลอย่างยิ่ง

เมื่อยามเจ็บป่วย แม้ทางเลือกในการรักษาจะมีได้หลายทาง แต่ในเส้นทางชีวิตของชาวบ้านนั้นมีข้อจำกัดหลายด้าน ทางออกที่เปิดกว้างอยู่เสมอสำหรับชาวชนบทก็คือ การซื้อยาหลากหลายชนิดที่มีอยู่ในร้านค้า ยาเหล่านี้เป็นทางเลือกราคาถูกที่ทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการเผชิญกับความจำเป็นของชีวิตหลายๆ ด้าน ในขณะที่ทางเลือกที่ดีกว่า แม้จะมีอยู่เช่นในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ปัจจุบันแม้แต่ค่าบริการ 30 บาท ก็ยังได้รับการยกเว้นไม่ต้องชำระ แต่กว่าจะเข้าถึงบริการได้ก็ไม่ใช่ว่าเรื่องง่ายสำหรับทุกคน โดยเฉพาะคนหาเช้ากินค่ำ ที่การเดินทางไปโรงพยาบาลนอกจากจะต้องเสียค่าอาหารและค่าเดินทางแล้ว รายได้ที่จะเกิดขึ้นในวันนั้นก็ต้องสูญเสียไปด้วย นอกจากนี้ชาวบ้านในแต่ละชุมชนต่างก็มีแบบแผนทางวัฒนธรรม ระบบความรู้ ทักษะดั้งเดิมในชีวิตของตน ที่มาร่วมกำหนดความเป็นไปได้ในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพว่าจะเป็นอย่างใด

การที่ผู้หญิงในหมู่บ้านอีสานมีความเชื่อเรื่องมดลูกอักเสบและอาการผิดกบูน ซึ่งเป็นชุดของความคิดที่ใช้อธิบายปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตพวกเขา ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถให้คำอธิบายที่ชัดเจนและไม่สามารถเยียวยารักษาการเจ็บป่วยดังกล่าวได้ การดิ้นรนซื้อหายาที่เพื่อนบ้านบอกว่าแก้ผิดกบูนได้ หรือที่โฆษณาว่าเป็นยารักษามดลูกอักเสบมาใช้ จึงเป็นภาพสะท้อนการแก้ปัญหาอย่างสมเหตุสมผลอย่างยิ่งเมื่อมองผ่านกรอบวิธีคิดของชาวบ้านซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นในการแก้ปัญหาจากเหตุปัจจัยที่มีอยู่ (Luechai

กล่าวโดยสรุปก็คือ **ความสมเหตุสมผลในการใช้ยามากกว่าที่กำหนดโดยหลักเกณฑ์ของนักวิชาชีพ และเป็นเรื่องที่สัมพันธ์ผันแปรไปตามสถานการณ์และเงื่อนไขแวดล้อมทางสังคม** ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชาวบ้านนั้น **หลักความสมเหตุสมผลดังกล่าวของชาวบ้านจึงเป็นผลผลิตของการสร้างดุลยภาพระหว่างเงื่อนไขที่เผชิญหน้า ทางเลือกที่มี และความเป็นไปได้**

สิ่งที่ต้องย้ำก็คือ ดุลยภาพของเงื่อนไขทั้งสามประการในชีวิตของชาวบ้านที่อยู่ในชุมชนนั้น ไม่ได้ล่องลอยในสุญญากาศ หากแต่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับเงื่อนไขทางโครงสร้างด้วย เงื่อนไขเชิงโครงสร้างเป็นสิ่งที่กำหนดว่า ปัญหาในวิถีชีวิตที่ชาวบ้านต้องเผชิญเป็นอย่างไร และกำหนดว่าทางเลือกที่ชาวบ้านมีอยู่นั้นเป็นอย่างไร (เช่น การมียานยนต์ใดให้เลือก) รวมทั้งกำหนดความเป็นไปได้ที่ชาวบ้านจะเลือกทางออกต่างๆ ของปัญหาอีกด้วย (นโยบายในการจัดบริการหรือให้สวัสดิการสังคมให้กับประชาชน) ข้อจำกัดในชีวิตชาวบ้านเหล่านี้ล้วนถูกกำหนดจากเงื่อนไขเชิงโครงสร้างทั้งสิ้น

มองในเชิงบริบทเช่นนี้ **พฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้าน คือภาพสะท้อนของพฤติกรรมของระบบ ความไม่สมเหตุสมผลที่ปรากฏในพฤติกรรมของประชาชน** (หากจะถือตามเกณฑ์ทางวิชาการ) **จึงเป็นภาพสะท้อนของความไม่สมเหตุสมผลของระบบยาทั้งระบบ**

- เพราะระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ยังเน้นการใช้ยาเป็นทางออกหลักในการแก้ปัญหา ยังขาดการส่งเสริมการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่ไม่ต้องพึ่งยา หรือแม้กระทั่งการเน้นพิษภัยของยาให้เป็นที่ตระหนักในวงการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

- เพราะระบบยาของประเทศยังมีความฟุ่มเฟือย มียาไม่จำเป็น อยู่เต็มท้องตลาด ระบบยาและการใช้ยาที่เป็นอยู่มีผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นแรงขับเคลื่อนหลักของระบบ (ศึกษารายละเอียดใน วิชัย บก. 2549) กลไกต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาทำงานอย่างไรประสิทธิภาพ
- เพราะระบบเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมผลิตความเหลื่อมล้ำให้เกิดขึ้นในสังคม ก่อให้เกิดปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน เกิดการล่มสลายของสถาบันครอบครัวและชุมชน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมถูกทำลายไปอย่างรวดเร็ว ปัญหาความทุกข์ยากของชาวบ้านถูกแปลงโฉมจนกลายเป็นเรื่องที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มาเยียวยารักษา

การใช้ยาในชีวิตจริงของชาวบ้านจึงมีเกณฑ์ของความสมเหตุสมผลที่ต่างจากเกณฑ์แบบวิชาชีพอย่างสิ้นเชิง และมีใช้เรื่องที่ผิดปกติ เพราะชาวบ้านเรียนรู้และปรับตัวจากการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดบนความเป็นจริงของระบบเศรษฐกิจสังคมที่ไม่สามารถให้หลักประกันกับชีวิตเกษตรกรได้ การพยายามกล่าวถึงความมีเหตุมีผลในการใช้ยาโดยปราศจากการพิจารณาถึงบริบทแวดล้อมต่างหากที่เป็นสิ่งที่ขาดเหตุผลและล่องลอยอยู่ในสูญญากาศ

ประเด็นที่ 2 การใช้ยารักษาตนเองของประชาชน: กรอบความคิดที่ขาดพลวัต

ข้อจำกัดในงานวิจัยที่ผ่านมาๆ มากก็คือ การมองว่ายาเป็นเพียงแค่ Therapeutic substances ที่ถูกใช้เพื่อรักษาโรคและเกี่ยวเนื่องกับสุขภาพเท่านั้น อันที่จริงแล้ว สิ่งทำงานวิจัยในหลายประเทศพบก็คือ ข้อเท็จจริงที่ว่า ยาเป็นผลิตภัณฑ์ทางวัฒนธรรมอย่างหนึ่งที่สามารถก่อให้เกิดสำนึกแบบใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ ยาเปลี่ยนแปลงรูปแบบความสัมพันธ์ในการรักษาโรคให้มีลักษณะเป็นปัจเจกมากขึ้น นอกจากนั้นยายังถูกให้ความหมายใหม่เมื่อนำเข้ามาใช้ในวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งเป็นที่มาของปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่เรียกว่า Cultural reinterpretation สิ่งเหล่านี้ล้วนไม่เคยปรากฏอยู่ในกรอบความคิดในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในสังคมไทย

1) ยาแผนปัจจุบันกับกระแสพานิชยานวัตกรรม

(Commodification): ปรากฏการณ์ระดับจิตสำนึก

ความแพร่หลายของพฤติกรรมการรักษาตนเองเป็นเรื่องธรรมชาติ และเป็นกลไกพื้นฐานที่สุดในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในทุกวัฒนธรรม ทั้งนี้เพราะการรักษาตนเองเป็นส่วนประกอบสำคัญของสิ่งที่เรียกว่าระบบการดูแลสุขภาพแบบชาวบ้าน (Popular health sector) (Kleinman 1980; Geest 1987, 1996) ในความเจ็บป่วยธรรมดาๆ (Self-limiting diseases) ที่เป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ในชีวิตของคน การรักษาตนเองเป็นทางเลือกที่สะดวก ประหยัด และเป็นไปได้ (pragmatic) มากกว่าการไปรักษากับแพทย์ การรักษาตนเองเป็นปรากฏการณ์ปกติของสังคม แนวคิดในการจำกัดบทบาทของประชาชนในการรักษาตนเอง นอกจากจะเป็นแนวคิดที่ผิดพลาดแล้วยังเป็นสิ่งที่ไม่เคยปรากฏว่า

สามารถทำให้เป็นจริงได้

เพื่อพิจารณาในมุมมองวัฒนธรรมสุขภาพ พฤติกรรมการรักษาตนเองด้วยยาแผนปัจจุบันของชาวบ้านคือรูปแบบของการเผชิญหน้ากันระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพเดิมกับวัฒนธรรมสุขภาพใหม่ การเผชิญหน้าดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ลึกซึ้งและกว้างไกลกว่ารูปแบบที่เห็นได้กล่าวคือ นอกเหนือจากพฤติกรรมการบำบัดรักษาโรคที่มีการใช้ยามากขึ้นยังมีการเปลี่ยนแปลงในระดับจิตสำนึก ความเชื่อ โลกทัศน์ และอุดมการณ์ทางด้านสุขภาพด้วย โดยผลของการเปลี่ยนแปลงในระดับจิตสำนึกดังกล่าวก็คือเหตุผลที่ใช้อธิบายความแพร่หลายของการใช้ยาสมัยใหม่รักษาตนเอง

ในมุมมองของนักมานุษยวิทยา ยามีใช่เป็นเพียงแค่สารที่มีฤทธิ์เปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะหรือกลไกการทำงานในร่างกายของสิ่งมีชีวิตเท่านั้น แต่ยาคือผลิตภัณฑ์และตัวสร้างวัฒนธรรมยาสมัยใหม่เป็นผลพวงของวัฒนธรรมการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ที่ผสมรวมกับวิถีการผลิตและอุดมการณ์แบบบริโภคนิยมที่เน้นการค้าและอุตสาหกรรม ยาจึงเป็นทั้งสื่อและสัญลักษณ์ของระบบคิดและระบบคุณค่าแบบตะวันตก ที่เน้นความก้าวหน้าทางวัตถุ เน้นการเอาชนะและควบคุมธรรมชาติ รวมทั้งยายังเป็นตัวแทนทางวัฒนธรรมสุขภาพที่มีภาพพจน์ของความเจริญก้าวหน้า และความทันสมัยที่แฝงไว้ด้วยอคติที่ถือว่ายาสมัยใหม่มีความเหนือกว่า (Superiority)

ในสังคมปัจจุบัน สำนึกที่ว่าสุขภาพก็คือยาได้แผ่ซ่านไปทั่ว ในกระแสสำนึกเช่นนี้ สุขภาพคือสินค้าหรือโภคภัณฑ์ (Commodity) ที่ซื้อหามาใช้ได้ตามใจ เมื่ออยากหายป่วยหรืออยากมีสุขภาพดีก็ใช้เงินซื้อ ยาและบริการทางการแพทย์ทั้งหลายก็คือรูปแบบของสินค้าสุขภาพนั่นเอง นี่เป็นปรากฏการณ์ที่ในทางวิชาการเรียกว่า พาณิชยานุวัตน์ทางด้านสุขภาพ (Health commodification) (Nichter 1996; Hardon 1990: 6) ในโลกยุคบริโภคนิยมเช่นปัจจุบัน สินค้า (Commodity) มีบทบาท

ต่อทุกเสี้ยวนาที่ของชีวิตประจำวัน ผู้คนบริโภคและเกี่ยวข้องกับสินค้าที่เป็น วัตถุมากขึ้น ตลาดมีการผลิตคิดค้นสินค้าใหม่ๆ ควบคู่ไปกับการกระตุ้นให้ คนเกิดความรู้สึกหรือเชื่อว่าสินค้าเหล่านั้นเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิตอยู่ตลอดเวลา ชีวิตประจำวันของคนนับตั้งแต่ลืมตาตื่นจนถึงเข้านอน หรือแม้กำลัง หลับล้วนมีสินค้าเข้ามาเกี่ยวข้อง การบริโภคกลายเป็นศาสนาใหม่ของคน คือต้องบริโภคจึงจะมีความสุข โลกทัศน์ทำนองนี้ได้รวมถึงเรื่องสุขภาพด้วย

2) ยาในฐานะที่สร้างความเป็นรูปธรรมในการรักษาโรค และส่งเสริมความเป็นปัจเจกชน

สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งที่อธิบายความแพร่หลายของการบริโภทยา สำเร็จรูป คือ**ความเป็นรูปธรรมของยา** เมื่อเทียบกับการบำบัดอาการเจ็บ ป่วยด้วยวิธีการอื่นๆ แล้ว ยาเป็นวิธีการที่มีความเป็นรูปธรรมมากที่สุด ยา ทำให้การแพทย์เป็นสิ่งที่สัมผัสจับต้องได้ ทำให้ประสิทธิภาพของการรักษา ที่ส่งผ่านจากมือหมอสู่ร่างกายผู้ป่วยเป็นสิ่งที่รับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัส และ ด้วยความเชื่อว่า ภายในตัวยาเองมีฤทธิ์ในการบำบัดโรคอยู่แล้ว ยากับ ทักษะและความสามารถของหมอจึงสามารถแยกจากกันได้ (Geest and Whyte 1988: 3–4) ดังนั้น ในหลายสถานการณ์ แค่ว่าก็เพียงพอที่จะทด แทนกระบวนการรักษาทั้งหมด โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจ รักษา หรือคำแนะนำใดๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ เพราะยาคือการ รักษาอยู่แล้ว

ด้วยฐานะของเครื่องมือรักษาโรคที่ทรงประสิทธิภาพ ยาจึงเป็น สัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม (Cultural symbol) ที่ทรงไว้ซึ่งฐานะและอำนาจ ในสังคม ด้วยการเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาจึงเป็นทั้ง**ผลิตภัณฑ์ (Product)** และ**ตัวการผลิต (Producer)** วัฒนธรรมสุขภาพ ยาจึงกลายเป็น พาหนะทางอุดมการณ์ (Vehicles of ideology) ชนิดหนึ่ง ที่เอื้อความ สะดวกให้กับการรักษาตนเอง และกำหนดความคิด พฤติกรรม และ

มีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคน ยามีผลกระทบต่อรูปแบบและวิธีการที่แพทย์และคนไข้จะจัดการกับปัญหาสุขภาพ ยาทำให้คนสร้าง หลีกเลียง หรือแหวกกฎเกณฑ์หรือแบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมได้ (Geest et al. 1996: 156–157)

ยาทำให้รูปแบบความสัมพันธ์ในการจัดการกับความเจ็บป่วยเปลี่ยนไป เมื่อเทียบกับวิธีการรักษาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นหมอ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือขึ้นกับข้อกำหนดทางพิธีกรรมต่างๆ **ยาทำให้ผู้ป่วยมีอิสระที่จัดการกับปัญหาด้วยตนเอง** ในกรณีของนักมานุษยวิทยา ปรากฏการณ์ทำนองนี้ถูกมองว่ายาคือพลังแห่งการปลดปล่อย (Liberating force) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากพันธนาการทางสังคม และกรอบพิธีการต่างๆ ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาแบบเดิมๆ กล่าวอีกแบบหนึ่งก็คือ ยาสมัยใหม่ ส่งเสริมความเป็นปัจเจกชนนิยม (Individualism) ในการจัดการกับความเจ็บป่วย

กล่าวโดยสรุป ในความเจ็บป่วยหลายๆ กรณี การใช้ยารักษาตนเอง จึงมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ที่จะเป็นกระบวนการรักษาโรค การที่ยาทำให้อาการป่วยไข้ และการรักษา มีความเป็นรูปธรรม และเป็นเสมือนสิ่งของที่จับต้องได้ ส่งเสริมอิสรภาพในการจัดการกับตนเอง จึงสอดคล้องอย่างกลมกลืนกับโลกทัศน์ของการบริโภคนิยมในฐานะโภคภัณฑ์แห่งสุขภาพ (Health commodity) ซึ่งเป็นทั้งต้นเหตุและผลลัพธ์ของความแพร่หลายของการรักษาตนเองด้วยยาสมัยใหม่

3) ยากับจิตสำนึกใหม่ทางสุขภาพ

ในยุคปัจจุบัน คนพึ่งยามากขึ้นไม่ต่างกับการพึ่งสินค้าวัตถุอื่นๆ **สังคมเดินไปถึงจุดที่ไม่รู้ตัวว่ากำลังมองคำว่า “ยา” กับคำว่า “สุขภาพ” เป็นสิ่งเดียวกัน** ความเชื่อที่ว่าโรคไม่มีทางหายได้ ถ้าไม่กินยา (No cure of disease is possible unless drugs are taken) ได้แพร่กระจายกลาย

เป็นสามัญสำนึกของคน การแพทย์เชิงพาณิชย์และธุรกิจยามีส่วนสำคัญมากในการก่อให้เกิดกระแสความคิดดังกล่าว ด้วยการทำให้สังคมเกิดมายาคติ (ทั้งที่จริงใจและไม่จริงใจ) ว่า ยา (และบริการสุขภาพหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์) สามารถไขคำตอบให้กับทุกๆ ปัญหาของชีวิต โดยเฉพาะกับอาการเจ็บป่วยทั้งหลาย ซึ่งแท้ที่จริงแล้วความเจ็บป่วยต่างๆ อาจเป็นเพียงอาการของวิกฤตทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจที่ไม่อาจอาศัย “ยา” เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาได้ (Hardon 1991: 8)

การที่ตลาดมียาให้เลือกมากมาย ย่อมมีผลต่อแนวคิดและพฤติกรรมในการเผชิญกับความเจ็บป่วยของคนได้อย่างลึกซึ้ง สิ่งที่คุณเรียนรู้จากโฆษณาาก็ดี จากประสบการณ์ตรงในการใช้ยาที่ดี อาจทำให้คนเปลี่ยนแปลงความคิดและวิธีการในการเผชิญปัญหา ยังมีเกสรชัณห์ใหม่ๆ ออกสู่ท้องตลาดมากขึ้น ยิ่งโน้มนำให้คนเชื่อว่าความเจ็บป่วย ความผิดปกติ หรือความบกพร่องต่างๆ ในร่างกายที่สามารถรักษาให้หายได้มีจำนวนเพิ่มขึ้น (Nichter and Vuckovic 1994: 1510) การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจฐานะ มักสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวิธีคิดในการประเมินสถานะสุขภาพของคน เมื่อฐานะดีขึ้นคนอาจรู้สึกสนใจกับสุขภาพตนเองมากขึ้น ทำให้ดูเหมือนว่ามีการพบสิ่งผิดปกติง่ายขึ้น ยาที่มีให้เลือกนานาชนิดทำให้ความอดทนต่อปัญหาสุขภาพหรือความรู้สึกไม่สบายของคนลดน้อยลง (ทั้งๆ ที่ปัญหาเหล่านั้นเดิมเคยถือว่าเป็นสิ่งปกติธรรมดาหรือเคยทนได้) ในขณะเดียวกันคนก็จะไวกับการสังเกตเห็นหรือรับรู้ต่ออาการผิดปกติเล็กๆ น้อยๆ มากขึ้น ซึ่งสิ่งที่จะเนื่องกันมาคือมีพฤติกรรมการรักษาง่ายและบ่อยขึ้น

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ผลิตภัณฑ์ยา และการบริการทางการแพทย์สามารถส่งผลให้การรับรู้เกี่ยวกับธรรมชาติและการทำงานของร่างกายจิตใจ ตลอดจนความหมายของคำว่าสุขภาพของคนเปลี่ยนไป อาจมีผลให้คนใช้เกณฑ์ในการประเมินสถานะทางสุขภาพ หรือการตัดสินใจอะไรปกติ

อะไรไม่ปกติเปลี่ยนไป คนอาจจะตีความสิ่งปกติเป็นความไม่ปกติง่ายและไวขึ้น มั่นใจในตนเองน้อยลง และมีความวิตกกังวลกับการแปรเปลี่ยนของร่างกายเพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของสังคม ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง ชีวิตทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มีผลกระทบต่อท่าทีของมนุษย์ในด้านสุขภาพในหลายๆ ด้าน ที่เห็นได้ชัดอย่างหนึ่งก็คือ คนทุกวันนี้มีระดับของความอดทน (Threshold) ต่อความไม่สบายทางกายและใจลดน้อยลงกว่าสมัยก่อน คนมีการใช้ยาเพิ่มขึ้น บ่อยขึ้น เพื่อบรรเทาหรือขจัดความรู้สึกไม่สบายที่เกิดจากความเครียด ซึ่งมีสาเหตุมาจากการใช้ชีวิตท่ามกลางสภาวะสังคมที่เต็มไปด้วยการแก่งแย่งแข่งขัน เน้นการบริโภควัตถุ ครอบครองสิ่งเครียด แตกร้าว และสภาพแวดล้อมที่กลายเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพมากขึ้น ฯลฯ โลกทัศน์ของคนยุคใหม่ที่มองชีวิตเป็นการแข่งขันกับเวลา ทำให้ความสามารถที่จะอดทน อดกลั้น และรอคอยผลของการกระทำของตนมีน้อยลง ผู้ป่วยจะตัดสินใจรับการรักษาเร็วขึ้น หรือเปลี่ยนแหล่งรักษาหรือเปลี่ยนไปใช้ยาตัวใหม่เร็วขึ้น อีกนัยหนึ่งก็คือ ระยะเวลาที่ใช้เพื่อประเมินผลการรักษาของยาหรือหมอในแต่ละครั้งว่าได้ผลหรือไม่จะสั้นลง เกิดมีค่านิยมว่ายาหรือการรักษาที่ดีจะต้องให้ผลรวดเร็วทันใจและเด็ดขาด (Nichter and Vuckovic 1997: 5)

ค่านิยมการบริโภคของคนในสังคม ที่ให้คุณค่ากับความทันสมัย สะดวกสบายเพิ่มขึ้น ยังมีอิทธิพลต่อวิถีคิดในการเลือกใช้ยาและบริการทางการแพทย์อีกด้วย ในการใช้ยาหรือบริการทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน ผู้บริโภคมักคำนึงถึงประสิทธิภาพที่แฝงอยู่กับคุณสมบัติด้านอื่น เช่น รูปแบบที่ทันสมัย ใช้ง่าย สะดวก บ่งบอกถึงความก้าวหน้า ความเป็นวิทยาศาสตร์ หรือความเป็นของนอกไปพร้อมๆ กัน

สรุปก็คือ นอกจากความเป็นรูปธรรมและเป็นสินค้าสุขภาพ ยายังมีผลกระทบต่อการเกิดโลกทัศน์และระบบคุณค่าใหม่ทาง

สุขภาพที่มีลักษณะพึ่งพาและบริโภคนวัตกรรมเทคโนโลยีมากขึ้น วิธีชีวิตแบบใหม่ทำให้คนป่วยง่ายและบ่อยขึ้น อันเป็นปรากฏการณ์ที่มองได้ทั้งด้านอัตวิสัย (Subjectivity) และภาวะวิสัย (Objectivity) คนเชื่อมั่นตนเองน้อยลง แต่มั่นใจในเทคโนโลยีมากขึ้น

ทั้งหมดล้วนเป็นเหตุปัจจัยที่ส่งเสริมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ต่อความแพร่หลายของพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน

อย่างไรก็ดี ในสภาวะที่สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเช่นที่ผ่านมา การรักษาตนเองของประชาชนที่เคยเป็นวัฒนธรรมระดับท้องถิ่นได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขในระดับมหภาคมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับอุตสาหกรรมยาสมัยใหม่ ในปัจจุบันวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของชาวบ้านมีการพึ่งพาจากอุตสาหกรรมยามากขึ้น ยาสมัยใหม่ในฐานะเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้กลายเป็นศูนย์กลางของการรักษาตนเองของประชาชน และเป็นรูปแบบหลักของระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system) ของทุกประเทศทั่วโลก ทั้งนี้ด้วยคุณสมบัติหลายๆ ประการที่มีอยู่ในความเป็นเครื่องมือในการรักษาโรคที่ทรงประสิทธิภาพ เช่น การทำให้โรคและกระบวนการทำให้โรคหาย กลายเป็นสิ่งที่จับต้องได้ (Concreteness) ไม่ลึกลับหรือขึ้นกับอำนาจที่มองไม่เห็นอีกต่อไป คุณค่าทางสังคมอื่นๆ ที่แฝงมากับความเป็นยาสมัยใหม่ เช่น การเป็นตัวแทนทางวัฒนธรรมของเทคโนโลยีขั้นสูง ความทันสมัย หรือความเป็นตะวันตก ซึ่งล้วนเป็นคุณค่าที่ชาวบ้านให้การยอมรับ เชื่อถือ และพร้อมที่จะรับมาปฏิบัติ

การรักษาตนเองด้วยยาแผนปัจจุบันจึงทำให้เกิดภาวะทวิลักษณ์ คือช่วยให้เกิดทั้งการพึ่งตนเองและการพึ่งคนอื่นในเวลาเดียวกัน (Geest and Whyte 1988: 340) การส่งเสริมให้เกิดการพึ่งตนเอง ด้วยการชื้อยากินเองทำให้การจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยเป็นเรื่องส่วนบุคคล (Individualistic) ผู้ป่วยมีอำนาจจัดการกับตนเอง และ

เป็นอิสระจากอิทธิพลของแพทย์และครอบครัวหรือเครือญาติ สิ่งเหล่านี้จะเห็นได้ชัดในกรณีของผู้ป่วยที่เกิดจากโรคที่เป็นที่ติฉินนินทาหรือน่ารังเกียจ (เช่น โรคทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น) ในอีกด้านหนึ่ง การพึ่งยาแผนปัจจุบันในการรักษาตนเองย่อมทำให้ประชาชนสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง และต้องพึ่งอุตสาหกรรมยาไปพร้อมๆ กัน

4) ยา: วัฒนธรรมสองกระแส

ยาได้เป็นแค่สารตามธรรมชาติที่มีคุณสมบัติเฉพาะทางด้านเคมีหรือฟิสิกส์เท่านั้น หากแต่ยาเป็นผลิตผล (Artifact) ของวัฒนธรรมการแพทย์ตะวันตกอีกด้วย ยาแต่ละเม็ดแต่ละขวดจะถูกสังคมกำหนดคุณค่า (Social value) และความหมาย (Social/cultural meaning) ไว้ให้ คุณค่าและความหมายดังกล่าวจะแตกต่างและเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมตามยุคตามสมัย โดยเฉพาะเมื่อเกิดการหิบบั้ม ถ่ายทอด หรือถูกนำไปใช้ในสังคมอื่น การทำหน้าที่ของยาในระบบการดูแลสุขภาพจึงมิได้เป็นสิ่งที่แยกออกมาทำงานโดยอิสระ แต่จะทำงานภายใต้ระบบวัฒนธรรมการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ที่กำหนดว่า โรคคืออะไร เกิดจากอะไร จะหายได้อย่างไร และยาจะเข้ามามีบทบาทอย่างไร

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในเรื่องนี้ก็คือ การมีค่านิยมหรือความเชื่อที่ว่า ยานอกหรือยาต่างประเทศดีกว่ายาในประเทศ หรือยาราคาแพงดีกว่ายาราคาถูก แม้ว่าโดยเนื้อแท้แล้วเป็นยาที่มีสารออกฤทธิ์ตัวเดียวกัน หรือการที่ชาวบ้านใช้ยาปฏิชีวนะแบบไม่ต่อเนื่อง เพราะชาวบ้านมีแต่ภาพของยาแก้แค้นที่เป็นแนวคิดแบบพื้นบ้าน แต่ไม่มีกรอบทฤษฎีในเรื่องกลไกและกระบวนการของการติดเชื้อ เป็นต้น

ในอีกด้านหนึ่งนั้น ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนก็มีได้ดำรงอยู่ในสุญญากาศหรือโดยเอกเทศ หากแต่อยู่ภายใต้บริบททางประวัติศาสตร์ทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเฉพาะหนึ่งๆ มีปัญหา วิถีปฏิบัติ

และแบบแผนความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บเฉพาะ
ตนที่เรียกว่าระบบการแพทย์ท้องถิ่น การใช้ยาสมัย์ใหม่ของชาวบ้านจึง
ไม่ใช่เป็นกระบวนการทางกายภาพหรือทางชีววิทยาที่เกิดขึ้นและ
จบอยู่ที่เพียงการได้ดื่ม กิน หรือฉีดเภสัชสารเข้าสู่ร่างกายเท่านั้น
หากแต่เป็นปรากฏการณ์ของการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมที่ชาว
บ้านในฐานะตัวแทนจากวัฒนธรรมหนึ่งเผชิญหน้ากับอีกวัฒนธรรม
หนึ่ง ในกระบวนการดังกล่าวเกิดการตีความหมายของยาใหม่ด้วยกรอบ
วัฒนธรรมดั้งเดิมของท้องถิ่นเอง

ผลการวิจัยในหลายประเทศมีข้อค้นพบในเรื่องนี้สอดคล้องกันคือ
ชาวบ้านใช้กรอบวัฒนธรรมเดิมของตนในการเลือกใช้ยา (จะใช้ยาอะไร
จะใช้อย่างไร จะใช้มากน้อยแค่ไหน ฯลฯ) และใช้ในการประเมินว่ายาที่
ตนใช้ได้ผลหรือไม่ หรือได้ผลมากน้อยเพียงใด งานของ Logan (1973) ถือ
เป็นงานชิ้นแรกๆ ที่รายงานว่าชาวบ้านในประเทศกัวเตมาลารักษาสุขภาพ
และเลือกใช้ยาสมัย์ใหม่ด้วยแนวคิดแบบทฤษฎีร้อน-เย็น (Hot-cold theory)
อันเป็นแนวคิดการแพทย์พื้นบ้านที่พบในหลายภูมิภาคของโลกโดยเฉพาะ
ละตินอเมริกา เอเชีย เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือแม้กระทั่งในการแพทย์
กรีกโบราณ ภายใต้แนวคิดทฤษฎีร้อน-เย็น คุณภาพของร่างกายเป็นบ่อเกิด
สำคัญของสุขภาพ ชาวบ้านจะหลีกเลี่ยงสภาวะที่เย็นหรือร้อนเกินไป (ทั้ง
ในแง่ประเภทของอาหาร สภาพอากาศ และอื่นๆ) เพื่อป้องกันมิให้ล้มป่วย
ขณะที่การเลือกวิธีรักษาเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยเฉพาะการเลือกใช้ยา
ก็จะใช้แนวความคิดเดียวกัน คือใช้ยาเย็นเพื่อรักษาอาการที่เกิดจากความ
ร้อน และใช้ยาร้อนเพื่อรักษาอาการป่วยที่เกิดจากความเย็น งานของ
Mitchell (1983 อ้างใน Hardon 1991: 7) ในจาไมก้าพบว่าชาวบ้านมีการ
เลือกใช้ยาด้วยหลักทฤษฎีร้อน-เย็นเช่นเดียวกัน ในการรักษาอาการป่วยที่
มีสาเหตุจากความเย็นชาวจาไมก้าจะเลือกยาที่มีคุณสมบัติในการตัดความ
เย็น โดยยาที่มีคุณสมบัติเช่นนี้ตามความเข้าใจของคนในท้องถิ่น ได้แก่ ยา

ถ่าย ยาแก้ไอ และยาต้ม เป็นต้น นอกจากนี้ในงานศึกษาของ Nichter (1989) ในอินเดียพบว่า ยาฉืดและยาที่มีสีแดง เป็นยาที่มีฤทธิ์ร้อน (Heating effect) ในสายตาของชาวบ้าน

รูปลักษณะภายนอกและคุณสมบัติบางอย่างของยา เช่น รูปแบบ (เม็ด น้ำ แคปซูล ยาฉืด) สี กลิ่น รส ฯลฯ เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ชาวบ้านใช้เป็นเกณฑ์ในการเลือกและอธิบายประสิทธิภาพของยา Bledsoe & Goubuad (1988: 253–273) รายงานผลการศึกษาในกลุ่มชาว Mende ในประเทศ Sierre Leone โดยพบว่า ชาวบ้านเห็นว่ายาสมัยใหม่ เป็นยาแรงเกินไปสำหรับเด็กๆ ขณะที่ยาพื้นบ้านมีฤทธิ์ทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่ดุลยภาพ นอกจากนี้ในสายตาของชาวบ้าน ยาเม็ดเป็นยาอ่อนเมื่อเทียบกับยาฉืด ขณะที่ยาสีแดงเหมาะสำหรับการเป็นยาเพิ่มเลือดหรือการทำให้เลือดเสียกลับดีขึ้น และยาที่มีรสขมเป็นยาเย็นช่วยลดอาการไม่สบายที่เกิดเนื่องจากร่างกายร้อนเกินไป

ประสิทธิภาพในการรักษาของยาเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มักขึ้นอยู่กับการศึกษาทางวัฒนธรรม งานศึกษาของ Nichter (1989) ในอินเดีย และ Hardon (1989) ในฟิลิปปินส์ พบปรากฏการณ์ทำนองนี้คือ ชาวบ้านอธิบายผลของการรักษาโรคด้วยแนวคิดเรื่อง *การถูกกัน* (Compatibility or suitability) ระหว่างยากับร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ยาตัวเดียวกันที่ใช้กับคนหนึ่งได้ผล แต่ใช้ไม่ได้ผลในอีกคนหนึ่ง ชาวฟิลิปปินส์อธิบายว่า การที่ตัวยาได้ผลเป็นเพราะยา *hiyang* กับผู้ป่วย ดังนั้น การเลือกยาจึงใช้หลักเดียวกันคือเป็นยาที่ *hiyang* ด้วย ในขณะที่ชาวอินเดียในรัฐ South Kanara อธิบายการที่ตนเองใช้ยาแล้วไม่ได้ผลว่าเป็นเพราะตนเองมีร่างกายที่ไม่ *abhiyasa* กับยา แนวคิดในลักษณะเดียวกันนี้ ตรงกับคำพังเพยหรือความคิดเรื่อง “กลางเนื้อชอบกลางยา” หรือ “การถูกกัน” ซึ่งเป็นความเชื่อของคนไทยมาแต่เดิม

การได้รับความนิยมน้อยกว่าหลายของยาฉีดโดยเฉพาะกับการรักษาตนเอง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์เกือบทั่วโลก (Staa, V.A. and Hardon, A.P. 1996) สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดดังกล่าว ยาฉีดถูกมองว่าเป็นสุดยอดของเทคโนโลยีในการรักษาจากตะวันตก เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของกระแสการยอมรับอย่างเต็มที่ในเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ ชาวบ้านมักมีทัศนคติว่ายาฉีดมีประสิทธิภาพดีกว่า ให้ผลเร็วเพราะสามารถพุ่งตรงไปยังที่อยู่ของโรคได้ การที่ยาถูกส่งผ่านทางเลือดทำให้ยาวิ่งไปยังจุดที่เกิดเหตุได้เร็วกว่าวิธีอื่น (เช่น ทางปาก) การศึกษาในอินเดียของ Burghart (1988) พบว่าหมออายุรเวชในท้องถิ่นให้คำอธิบายว่ายาเพนนิซิลลินที่แท้เป็นยาดั้งเดิมของการแพทย์อายุรเวช เพนนิซิลลินถูกจัดเป็นยาร้อนและแห้ง จึงเหมาะสำหรับการรักษาโรคที่เกิดจากการที่ร่างกายเสียดุลสภาพอยู่ในสภาวะที่เย็นเกินไป การใช้ทฤษฎีร้อน-เย็นเพื่ออธิบายการใช้ยาฉีดยังพบโดย Nichter (1980) จากการศึกษาในอินเดียที่รายงานว่า ยาฉีดในสายตาของชาวบ้านเป็นยาร้อนและแรง ยาที่เวลาฉีดแล้วให้ความรู้สึกปวดมากที่สุดคือยาที่แรงที่สุด (Staa, V.A. and Hardon, A.P. 1996)

นอกจากนี้ การรับรู้หรือการตีความเกี่ยวกับยาสมัยใหม่ในลักษณะที่ผิดแผกออกไป หรือแม้กระทั่งเหนือความคาดคิดของนักการแพทย์หรือผู้ผลิตยาในตะวันตกเป็นประเด็นที่มีการรายงานไว้ในงานวิจัยหลายๆ ชิ้น รายงานเรื่องการใช้อยาปฏิชีวนะที่เป็นเม็ดบดโรยแผล การใช้ยาถ่ายเพื่อเป็นยาทำแท้ง ความเชื่อในเรื่องการใช้อยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อเพิ่มความแรง ฯลฯ เป็นตัวอย่างที่พบคล้ายๆ กันในหลายประเทศ

กล่าวโดยสรุปก็คือ ปัญหาเชิงพฤติกรรมของการใช้ยารักษาตนเองที่วงการแพทย์สมัยใหม่ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น หากมองมาจากภายในชุมชน เรื่องนี้เป็นสิ่งที่อาจอธิบายได้อย่างมีเหตุผลหากพิจารณาจากหลักตรรกะของชุมชนเอง



บทที่ 2

ผลิตภัณฑ์ยาสมัยใหม่ในชนบท



ตลอดช่วงเวลา 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา นักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลเรื่องยาได้หันมาสนใจศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนเพิ่มมากขึ้น งานวิจัยเหล่านี้ชี้ว่ายาจำนวนมากและแหล่งกระจายยาในภาคเอกชนซึ่งเป็นจุดส่งผ่านยาไปสู่ผู้บริโภค มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของคนไทย การเกิดขึ้นของสหกรณ์ยา กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน รวมทั้งโครงการห้องยาชุมชนหรือร้านยาตัวอย่างที่กำลังดำเนินการในปัจจุบัน ล้วนเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นรูปธรรมที่ภาครัฐพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ในทุกพื้นที่แม้ในกรุงเทพมหานคร

สำหรับเนื้อหาในบทนี้เป็นการประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับยาและแหล่งกระจายยาในชนบท ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาว่ามีสถานการณ์อย่างไร มีปัญหาที่สำคัญอะไรบ้าง มีกระบวนการในการแก้ปัญหาในลักษณะใดและประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด โดยพยายามวิเคราะห์แนวทางในการศึกษาและแก้ปัญหาที่ผ่านมาว่าอาศัยกรอบแนวความคิดใดเป็นหลัก และกรอบแนวความคิดนั้นเอื้อประโยชน์หรือขัดขวางการแก้ปัญหาในเพียงใดหรือไม่ ซึ่งอาจช่วยให้มองเห็นกรอบความคิดและแนวทาง

การศึกษาวิจัยในอนาคตที่จะนำมาสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเป็นจริงมากขึ้น นอกจากนี้บางส่วนยังนำเสนอมุมมองใหม่ในการมองปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชน โดยเฉพาะมุมมองทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ยังมีการศึกษาไว้ค่อนข้างน้อย เพื่อช่วยให้เห็นปัญหาและแนวทางในการจัดการกับปัญหาได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

การประเมินสถานการณ์ครั้งนี้ได้มุ่งเน้นที่ยาแผนปัจจุบัน และแหล่งกระจายยาที่อยู่นอกภาครัฐในพื้นที่ชุมชนชนบทเป็นหลัก เนื่องจากพบว่าเป็นส่วนที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของปัญหาที่มีผลต่อผู้บริโภคมากกว่าส่วนอื่น เนื้อหาในบทนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

- **ส่วนแรก** กล่าวถึง “ผลิตภัณฑ์ยา” ที่กระจายอยู่ในพื้นที่ว่ามีลักษณะอย่างไร ทำไมจึงถูกมองว่าสร้างปัญหาให้กับประชาชนผู้บริโภค และในช่วงเวลาที่ผ่านมารัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยาที่กระจายอยู่ในชนบทอย่างไร
- **ส่วนที่ 2** กล่าวถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับแหล่งกระจายยาหลักๆ ที่มีอยู่ในชุมชนว่ามีการศึกษามาแล้วอย่างไรบ้าง มีวิธีจัดการกับแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในช่วงที่ผ่านมาอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร
- **ส่วนที่ 3** กล่าวถึงปัจจัยระดับมหภาคที่ผลักดันให้เกิดปัญหาการกระจายยาอย่างไม่เหมาะสมในพื้นที่ โดยเน้นที่ภาครัฐกิจยา และกระบวนการกำกับดูแลของภาครัฐเป็นสำคัญ
- **ส่วนที่ 4** กล่าวถึงมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมต่อปัญหาการกระจายยาในชนบท ที่อาจช่วยให้เกิดมุมมองต่อปัญหาแหล่งกระจายยาและการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมที่ต่างไปจากเดิม

รูปแบบของผลิตภัณฑ์ยาในพื้นที่ชนบท

ในสายตาของนักวิชาการและผู้ที่มีหน้าที่กำกับดูแลระบบยาแล้ว ผลิตภัณฑ์ยาจำนวนมากที่กระจายอยู่ในพื้นที่ชนบทคือต้นเหตุสำคัญของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของประชาชน เพราะเป็นจุดเริ่มของอันตรายต่างๆ ที่ผู้บริโภคจะได้รับ เป้าหมายสูงสุดในการแก้ปัญหาของผู้รับผิดชอบเหล่านี้คือการทำให้มีเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้นกระจายอยู่ในร้านค้าระดับหมู่บ้าน ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในชนบทนั้น มีความพยายามที่จะให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ออกไปสำรวจร้านค้า พร้อมกับให้ข้อมูลความรู้ ให้ทราบข้อกำหนดตามกฎหมาย เพื่อปราชญ์และเฝ้าระวังไม่ให้มีการนำยาที่ไม่เหมาะสมมาจำหน่าย รวมทั้งมีการจัดทำโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนยาสามัญประจำบ้านลงในพื้นที่หลายโครงการ (สมนึก และคณะ 2537; ฉลอง และคณะ 2536; ธงไชย และคณะ 2534; ประทีป และพิบูล 2534; วิทยา และคณะ 2530; มั่นทนา 2525) นอกจากนี้ยังมีโครงการกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ยุพิน และจงบกลณี 2533; สุทธิสิทธิ์ 2534) ซึ่งเป็นโครงการระดับชาติที่มีเป้าหมายหลักอย่างหนึ่งคือ การสนับสนุนยาสามัญประจำบ้านลงสู่ชุมชนซึ่งจะกล่าวถึงโดยละเอียดต่อไป

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาและภาพความจริงที่ปรากฏตั้งแต่อดีตจวบจนปัจจุบันยังคงชี้ว่า มียาที่นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านอีกเป็นจำนวนมากกระจายอยู่ในร้านค้าในหมู่บ้าน แม้แต่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีร้านยาทุกประเภทมากกว่า 3,000 แห่ง ก็ยังพบว่ามียาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านขายอยู่ในร้านชำและร้านสะดวกซื้อทั่วไป เนื้อหาส่วนนี้ในช่วงแรกจะเป็นการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาในชุมชน โดยทบทวนจากรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาในชุมชน ทั้งในภาพของความเป็นมาของการนำยาแผนปัจจุบันเข้าสู่ชุมชน กลุ่มยาที่ได้รับคามนิยมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และชนิดของผลิตภัณฑ์ยาทั้งหมดที่

มีจำหน่ายอยู่เท่าที่จะมีข้อมูลให้นำมาวิเคราะห์ จากนั้นจะกล่าวถึงกรอบ
ที่มักใช้ในการพิจารณาความรุนแรงของปัญหาและพิจารณาว่ายาใดที่ไม่
เหมาะสมในชุมชน ต่อจากนั้นจะเป็นการวิเคราะห์ถึงวิธีในการแก้ปัญหา
ในช่วงที่ผ่านมา และในตอนท้ายจะวิเคราะห์ถึงข้อจำกัดในการศึกษาและ
การแก้ปัญหาเรื่องผลิตภัณฑ์ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนว่ามีข้อจำกัดอะไร
จึงทำให้การดำเนินการแก้ปัญหานี้ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งจะ
เป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การทำความเข้าใจกับเนื้อหาและปัญหาในส่วน
อื่นๆ ต่อไป

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาในชุมชน

การศึกษาที่นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของผลิตภัณฑ์ยาแผน
ปัจจุบันที่กระจายอยู่ในหมู่บ้านที่ผ่านมานั้น มักเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน การศึกษา
เพื่อดำเนินการแก้ปัญหการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือรายงานการสำรวจ
ร้านขายยาและร้านชำในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาของจังหวัดต่างๆ ซึ่ง
มีอยู่หลายชิ้นที่พอจะแสดงให้เห็นถึงภาพรวมขององค์ความรู้เกี่ยวกับ
ผลิตภัณฑ์ยาในชนบทที่มีการศึกษามาในอดีต เพื่อช่วยให้เข้าใจพฤติกรรม
การใช้ยาไม่เหมาะสมในพื้นที่ชนบทได้ดีขึ้น จะเริ่มด้วยการกล่าวให้เห็น
ภาพของการแพร่กระจายของยาแผนปัจจุบันออกสู่พื้นที่ชนบท การยอมรับ
และความนิยมที่เกิดขึ้นในกลุ่มยาต่างๆ และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใน
ช่วงเวลาที่ผ่านมา จากนั้นจึงจะนำเสนอถึงภาพของผลิตภัณฑ์ยาชนิดต่างๆ
ที่มีกระจายอยู่ในพื้นที่ เท่าที่มีข้อมูลให้นำมาแสดงได้

■ การแพร่กระจายของ “ยาฝรั่ง” สู่ชนบท

จากการทบทวนงานศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีภาระบุถึงความ

เป็นมา และลักษณะของการแพร่กระจายของยาแผนปัจจุบันเข้าไปสู่ระดับชุมชนและหมู่บ้านไว้อย่างชัดเจน แต่หากจะประเมินสภาพพื้นที่และผู้คนในกรุงเทพฯ ในยุคเร็วกว่าปีที่ผ่านมา เมื่อแรกนำยาแผนปัจจุบันเข้ามาใช้อย่างเป็นทางการเมื่อครั้งก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2430 ว่ามีสภาพไม่แตกต่างไปจากสภาพของชนบทในปัจจุบันมากนัก อาจพอช่วยให้เห็นภาพการคืบคลานของยาแผนปัจจุบันไปสู่พื้นที่ชนบทได้ระดับหนึ่ง จุดแรกเริ่มของการนำ “ยาฝรั่ง” ออกไปเผยแพร่ให้กับประชาชนเป็นบทบาทของคณะมิชชันนารีที่เข้ามาเผยแผ่คริสต์ศาสนาในประเทศไทย ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์ทรงเห็นว่าการแพทย์ฝรั่งเหนือกว่าการแพทย์ของไทย จึงมีพระบรมราชานุญาตให้ขยายกิจการของมิชชันนารีออกไปยังต่างจังหวัดได้ (อวย 2521: 12)

จากนั้นได้เริ่มตั้งร้านขายยาของรัฐชื่อโอสถศาลา ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เมื่อ พ.ศ. 2445 มีตำรับยาฝรั่งคือ ยาแก้ไข้ (ควินิน) ยาถ่าย ยาแก้ท้อง ยาแก้โรคไส้เดือน ยาแก้โรคบิด ยาบำรุงโลหิต ยาแก้คุดทะราด และเข้าข้อ และยาแก้จุกเสียด จำหน่ายให้กับประชาชนในราคาถูกลง แต่กระนั้นความนิยม “ยาฝรั่ง” โดยเฉพาะในต่างจังหวัดก็ยังมีไม่มาก ต้องมีตำรับยาไทยโบราณออกจำหน่ายร่วมด้วย (รุจิราภ 2530: 61–62) แม้แต่ที่โรงพยาบาลศิริราชเองในยุคแรกต้องใช้หลายวิธีการที่จะชักจูงให้คนไทยมารับบริการด้วยยาแผนปัจจุบัน ด้วยความพยายามที่จะเผยแพร่ยาออกไปร่วมกับประสิทธิภาพและรูปแบบของยาแผนปัจจุบันที่สะดวกต่อการใช้ทำให้ยาและระบบการแพทย์ตะวันตกได้รับการยอมรับมากขึ้นในหมู่คนไทย เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์ขณะนั้นที่ความสนใจยาฝรั่งล้นพ้นอย่างใกล้ชิดกับสถาบันกษัตริย์ หน่วยงานของราชการจึงน่าจะทำหน้าที่เป็นแหล่งในการกระจายยาแผนปัจจุบันสู่ชนบทที่สำคัญในยุคต้นๆ เมื่อความนิยมแพร่หลายมากยิ่งขึ้นช่องทางในการกระจายยาและรูปแบบยาใหม่ๆ จึงค่อยๆ ปรากฏขึ้น เช่น ผ่านไปทางหมอประเภทอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว

ในชุมชน

จุดหักเหสำคัญที่ทำให้ยาแผนปัจจุบันถูกนำออกสู่พื้นที่ชนบท น่าจะเกิดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากในช่วงสงครามได้เกิดภาวะ การขาดแคลนยาอย่างรุนแรง ทำให้รัฐบาลคิดจะพัฒนาอุตสาหกรรมยา แผนปัจจุบันขึ้น โดยการเชิญชวนให้ต่างชาติเข้ามาตั้งโรงงานผลิตยาขึ้น ในประเทศ สนับสนุนให้มีการนำเขายามากขึ้น รวมทั้งการตั้งโรงงานผลิต ยาของรัฐ ผลที่ตามมาทำให้มียาของยุโรป อเมริกา ญี่ปุ่น และได้หวั่น จำนวนมากกระจายอยู่ในร้านยากว่า 8,000 แห่งทั่วประเทศ (Cunningham 1970: 3)

แม้ว่าขณะนั้นได้มีข้อกำหนดให้การขายยาอันตรายต้องอยู่ ภายใต้การดูแลของเภสัชกรแล้วก็ตาม แต่เมื่อเปรียบเทียบปริมาณร้านยากับจำนวนเภสัชกรที่มีอยู่น้อยมาก และแพทย์ซึ่งมีเฉพาะในหัวเมืองใหญ่ๆ เท่านั้น ประกอบกับไม่มีการนำระบบการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์มาใช้ ทำให้ยาแผนปัจจุบันที่มีอยู่ในประเทศแทบทั้งหมดกระจายไปสู่มือ ประชาชนในพื้นที่ชนบทอย่างไม่มีการควบคุม Cunningham (1970: 8) นักมานุษยวิทยาที่ได้เข้ามาศึกษาบทบาทของหมอฉีดยาในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2507-2510 พบว่าชาวบ้านใช้บริการจากหมอฉีดยาอย่างกว้างขวาง มากกว่าการไปใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขถึงร้อยละ 21 และได้อ้างถึงงานของชาวต่างประเทศที่เข้ามาศึกษาสังคมชนบทไทยในช่วง ก่อนหน้านั้นว่ามีการกล่าวถึงหมอฉีดยาไว้ด้วยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าในช่วงเวลาดังกล่าวและก่อนหน้านั้น ยาแผนปัจจุบันได้เป็นสิ่งที่คนในชนบทคุ้นเคยกันเป็นอย่างดีอยู่แล้ว

สันทัดและโรลีย์ (2517: 32) ได้นำเสนอรูปแบบการกระจายยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศและยาที่ผลิตเองในประเทศในช่วงที่ศึกษา (มี.ค. 2516-ก.พ. 2517) ที่ช่วยแสดงให้เห็นว่าประชาชนคุ้นเคยกับยาแผนปัจจุบัน อย่างดีแล้วในช่วงเวลาดังกล่าวว่า ชั้นแรกยาทั้งหมดจะถูกส่งผ่านไปยัง

คนกลาง (ยี่ปั่ว) จากนั้นจะผ่านไปยังร้านยา และ “หมอ” ประเภทต่างๆ (ซึ่งรวมทั้งหมอเถื่อนที่พบได้ทั่วไปในชนบท) แล้วจึงกระจายลงไปสู่ผู้ใช้ยา นอกจากนี้โครงการด้านสาธารณสุขของรัฐหลายโครงการ เช่น โครงการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระบาดชนิดต่างๆ ทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก หรือโครงการวางแผนครอบครัวที่นำมาใช้ในช่วงเวลาดังกล่าว ล้วนเป็นปัจจัยเสริมให้คนในชนบทมีความคุ้นเคยกับยาแผนปัจจุบันมากยิ่งขึ้นด้วย

■ กลุ่มของยาแผนปัจจุบันที่ได้รับความนิยมในชนบท

ยาแผนปัจจุบันหลายชนิดที่ประชาชนในชนบทเลือกใช้อาจเปลี่ยนแปลงไปบ้างเมื่อเวลาผ่านไป ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งประสิทธิภาพของยา ผู้ผลิตยา และชนิดของยาใหม่ๆ ที่ค้นพบและผลิตขึ้น ลักษณะของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งปัจจัยทางประชากร เช่น ระดับการศึกษา รายได้ของประชาชน และปัจจัยด้านกลยุทธิในการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ของผู้ผลิต สันทัดและไรลีย์ (2517: 24) พบว่ากลุ่มของยาที่ประชาชนในชุมชนที่ศึกษาซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้กรุงเทพมหานครนิยมใช้ในขณะนั้น ได้แก่ น้ำเกลือสำหรับฉีดเข้าเส้น วัคซีน ยาปฏิชีวนะ ยากล่อมประสาท ยาระงับปวด ยาแก้ไอ ยาบำรุง ยาคุมกำเนิด และยาถ่าย ยาส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบยาฉีดและยาเม็ด อาจมีบ้างที่เป็นยาทาหรือใช้สูดดม

ในปี พ.ศ. 2519 สำลี และคณะ (2520: 64–65) ได้ทำการเก็บข้อมูลการใช้ยาของประชาชน 236 หลังคาเรือน ใน 8 หมู่บ้าน ที่อยู่ใน 6 ตำบลของอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2519 พบยาในชุมชนทั้งสิ้น 1,910 รายการ เป็นยาแผนปัจจุบันทั้งหมด 286 ชื่อการค้า (เป็นยาจากสมุนไพรอีก 56 ชื่อ รวม 342 ชื่อ) โดยส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวดลดไข้ 45 ชื่อ (377 รายการ) ยาแก้ปวดท้อง 35 ชื่อ (151 รายการ) ยาแก้ไอหวัด-ไข้หวัดใหญ่ 30 ชื่อ (163 รายการ) ยาปฏิชีวนะ-ซัลฟา 24 ชื่อ (239 รายการ) และยาใส่แผล 18 ชื่อ (263 รายการ) จำนวน

รายการยาแสดงถึงความนิยมที่มีต่อยานั้นได้ระดับหนึ่ง ซึ่งในที่นี้อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มยาที่ได้รับความนิยมมากในพื้นที่คือ ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้ปวดท้อง ยาแก้ไข้หวัด-ไข้หวัดใหญ่ และยาปฏิชีวนะ-ซัลฟา ตามลำดับ

หลังจากนั้นในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม 2532 ถึงเดือนเมษายน 2533 สุพัตรา และคณะ (2533: 33–34) ได้ทำการศึกษาถึงแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้ยาของประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 หมู่บ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์ถึงยาที่ประชาชนนิยมใช้ในแต่ละหมู่บ้าน พบว่ายาที่นิยมใช้ได้แก่ ยาในกลุ่มแก้ปวดลดไข้ ยารักษาโรคทางเดินอาหาร ยารักษาโรคทางเดินหายใจ (เช่น หวัด ไอ) กลุ่มยาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อ ยาชุด และกลุ่มวิตามิน

ผลการศึกษานี้ไม่ต่างจากผลการศึกษาของ ลือชัย และคณะ (2537: 185) ซึ่งได้สำรวจแหล่งกระจายยาในหมู่บ้าน 195 แห่ง ในพื้นที่ 8 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศ ในช่วงปี 2535–2536 โดยพบว่า กลุ่มของยาที่จำหน่ายมากในหมู่บ้าน ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวดลดไข้ ร้อยละ 95–100, กลุ่มยาแก้หวัดและไอ ร้อยละ 84–98, กลุ่มยาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อร้อยละ 61–72, กลุ่มยาแก้อักเสบของกล้ามเนื้อ (NSAIDs) ร้อยละ 33–64, และกลุ่มของยาชุดและสเตียรอยด์ ร้อยละ 29–54 ของร้านที่สำรวจ โดยผลการสำรวจที่พบมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดของหมู่บ้านด้วย ในหมู่บ้านขนาดใหญ่มักพบยาต่างๆ มากกว่าหมู่บ้านขนาดเล็ก

ส่วนการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นกลุ่มยาที่ได้รับความนิยมในชนบทเป็นการสำรวจในช่วงเดือนตุลาคม 2540 โดยรุ่งเพชร (2541: 19) ได้สำรวจโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลชื่อยาที่จำหน่ายได้มูลค่าสูงสุด 20 อันดับแรกในร้านยา 10 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศ ภาคละ 26–27 ร้าน (ในที่นี้จะนำข้อมูลเฉพาะ 9 จังหวัด โดยไม่นำข้อมูลของกรุงเทพมหานครมาใช้วิเคราะห์) โดยสุ่มร้านยาจากในเขตเทศบาล สุขาภิบาล และแหล่งของผู้มีรายได้น้อย เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นฐานในการจัดทำดัชนีราคาผู้บริโภค

หมวดยา ผลการศึกษาพบว่ายา 5 กลุ่มหลัก ที่มีมูลค่าการขายสูงสุดในร้านยาทั้ง 4 ภาค ได้แก่ กลุ่มยาที่รักษาโรคทางเดินหายใจ (เช่น หวัด ไอ) ยารักษาโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (neuro-muscular ซึ่งรวมยาแก้ปวดลดไข้ไว้ในกลุ่มนี้ด้วย) ยาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อ ยารักษาโรคผิวหนัง และยารักษาโรคระบบทางเดินอาหาร โดยลำดับของยาที่ขายดีที่สุดอาจสลับกันบ้างในแต่ละภาค เช่น ในภาคเหนือและภาคใต้พบกลุ่มยาที่ขายดีที่สุดได้แก่กลุ่มยารักษาโรคทางเดินหายใจ ในขณะที่ภาคกลางและภาคตะวันออก เชียงเหนือเป็นกลุ่มยารักษาโรคระบบทางเดินอาหาร

หากประเมินจากข้อมูลในการศึกษาอื่นที่ระบุว่ายาในร้านชำในหมู่บ้านส่วนมากและอาจถึงร้อยละ 80 นำมาจากร้านยาในอำเภอหรือจังหวัด (จันทร์เพ็ญ และคณะ 2524: 8; ลือชัย และคณะ 2537: 185) ข้อมูลการจำหน่ายยาในร้านยาในการศึกษาของรุ่งเพชรที่ยกมาข้างต้นอาจถือเป็นภาพสะท้อนของการใช้ยาในพื้นที่ชนบทได้เช่นกัน

จากข้อมูลการศึกษากลุ่มของยาที่ได้รับคามนิยมของประชาชนในชนบททั้ง 5 ชั้นข้างต้น ซึ่งทำในระยะเวลาและพื้นที่ต่างๆ กัน แม้ว่าจะใช้วิธีการศึกษาและการจัดกลุ่มยาที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่ก็พอที่จะชี้ให้เห็นได้ว่าความต้องการยาในชนบทตลอดช่วงเวลากว่า 20 ปี ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก ส่วนใหญ่เป็นยาที่ใช้รักษาอาการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วไปไม่ว่าในเมืองหรือชนบทหรือในภูมิภาคต่างกัน นั่นคือเป็นยาในกลุ่มแก้ปวด ลดไข้ กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร กลุ่มยาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อ และกลุ่มของยาที่ใช้ภายนอก ซึ่งเป็นอาการที่ประชาชนส่วนใหญ่ดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นอยู่แล้ว

ยาในบางกลุ่ม เช่น ยาปฏิชีวนะและฆ่าเชื้อ ที่หลายฝ่ายมองว่าเป็นยาที่มีอันตรายจากการใช้สูง แต่ก็ยังเป็นยาที่ประชาชนคุ้นเคยและนิยมใช้มาโดยตลอดในทุกพื้นที่ที่ศึกษา อาจกล่าวได้ว่ายาในกลุ่มเหล่านี้เป็นยาที่มีความจำเป็น และตรงกับความต้องการใช้ที่แท้จริงของคนในชนบท

ยาหลายชนิดได้มีการสั่งสมประสบการณ์และถ่ายทอดวิธีการใช้กันจนกลายเป็นวัฒนธรรมของท้องถิ่น ดังเช่น กรณีของการรับประทานยาคุมกำเนิดเพื่อรักษาอาการของโรคกระเพาะอาหารอักเสบที่จังหวัดลำพูน (จิระ และคณะ 2537) หรือเป็นพฤติกรรมระดับภูมิภาค เช่น กรณีการใช้ยาแก้ปวดลดไข้ชนิดของผสมน้ำปลารับประทานแก้ท้องเสียที่ใช้กันทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรวมทั้งภาคกลางในบางพื้นที่ กลายเป็นความรู้สาธารณะที่รู้และปฏิบัติกันทั่วไปจนเป็นปกติ

ความคุ้นเคยกับการใช้ยาแผนปัจจุบันของชาวบ้านในชนบทดังกล่าวมีอิทธิพลอย่างมากต่อผลสำเร็จของการแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นประเด็นที่จะกล่าวถึงต่อไปในหัวข้อกรอบการมองปัญหาการใช้ยาในชุมชน

■ ผลกระทบยาแผนปัจจุบันที่กระจายในชนบท

การพิจารณากลุ่มยาที่ได้รับความนิยมในพื้นที่ชนบทในภาพรวมข้างต้น ช่วยให้เห็นถึงกลุ่มยาที่มีความจำเป็นและเป็นที่ต้องการของชุมชนที่ใช้สืบต่อกันมาหลายสิบปี อีกทั้งยังเป็นความต้องการที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่หากพิจารณาถึงรายการยาโดยละเอียดในแต่ละกลุ่มของยาที่ได้รับคามนิยมในการใช้ จะพบว่ามีความหลากหลายและเปลี่ยนแปลงอยู่ระดับหนึ่ง โดยส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่มียาใหม่ๆ ให้เลือกให้ลองมากขึ้น

อย่างไรก็ตามพบว่ามียานที่สำรวจรายการยาทั้งหมดที่มีอยู่ในชุมชนไว้ไม่มากนัก รายงานที่มีอยู่ส่วนใหญ่มักกล่าวถึงเฉพาะกลุ่มยาที่เป็นปัญหาหรือพบมากในพื้นที่เป็นหลัก โดยเฉพาะการศึกษาในยุคแรกๆ จะไม่ระบุชื่อการค้าของยาที่มีปัญหาหรือที่สนใจศึกษาอยู่อย่างชัดเจน แต่จะเพียงระบุเป็นชื่อสามัญทางยา (Generic name) หรือระบุเป็นกลุ่มยาในภาพรวมมากกว่า ต่อมาในระยะหลังจึงเริ่มมีการระบุชื่อการค้าของยา

ชัดเจนขึ้น

การที่รายงานการศึกษาต่างๆ ไม่ค่อยนิยมสำรวจรายการยาทั้งหมดที่มีในชุมชนเอาไว้ อาจเนื่องจากเป็นงานที่ต้องอาศัยเวลามาก ประกอบกับผู้ศึกษาจำนวนมากคุ้นเคยกับพื้นที่ศึกษาอยู่แล้ว จึงให้ความสนใจกับตัวยาที่คิดว่ามีปัญหการใช้ในพื้นที่หรือกลุ่มของยาที่อยู่ในช่วงที่มีการรณรงค์หรือมีนโยบายให้ดำเนินการอย่างเข้มงวดเท่านั้น ทำให้มีข้อมูลที่นำมาประกอบการนำเสนอในส่วนนี้ไม่มากนัก และอาจส่งผลให้ภาพของยาแผนปัจจุบันที่กระจายอยู่ในชนบทขาดความครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไประดับหนึ่ง

ในช่วงปี 2533–2536 มีการศึกษาวิจัยหลายชิ้นที่ระบุชื่อยาที่มีกระจายอยู่ในพื้นที่ศึกษา แต่ในจำนวนนี้มีเพียง 2 ชิ้นที่เป็นการสำรวจยาทุกชนิดที่พบในพื้นที่ศึกษา ซึ่งช่วยให้เห็นถึงภาพของยาในชนบทได้อย่างชัดเจน ได้แก่ งานของพงษ์พิสุทธิ์ และคณะ (2533) ที่ทำการสำรวจชนิดของยาที่พบในแหล่งที่มียาจำหน่ายจำนวน 69 แห่ง ในพื้นที่ 10 หมู่บ้านของอำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับงานของ ธงไชย และคณะ (2534) ที่สำรวจชนิดของยาที่มีจำหน่ายในร้านชำ 99 ร้าน ใน 17 หมู่บ้านนอกเขตสุขาภิบาล อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ การศึกษา 2 ชิ้นนี้ เป็นการสำรวจข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน จึงเป็นการสำรวจที่มีความครอบคลุมสูง และข้อมูลของงานทั้ง 2 ชิ้นนี้ มีชื่อยาที่สอดคล้องกันพอควร อาจเนื่องมาจากการสำรวจหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเหมือนกัน และทำในเวลาใกล้เคียงกัน ผลที่สอดคล้องกันดังกล่าวได้ช่วยยืนยันถึงความถูกต้องของข้อมูลในระดับหนึ่ง

มีงานอีกชิ้นหนึ่งที่แม้จะไม่ได้ทำการสำรวจยาทุกชนิดในพื้นที่ศึกษา แต่ก็ให้ข้อมูลค่อนข้างละเอียดเกี่ยวกับยาที่ชาวบ้านและผู้ขายคุ้นเคย ได้แก่ งานของ สุพัตรา และคณะ (2533) ที่ได้ศึกษาแหล่งข้อมูลเพื่อการ

ตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ 4 หมู่บ้าน ของ 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น นครราชสีมา อุรธานี (ปัจจุบันพื้นที่ศึกษาอยู่ในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู) และอุบลราชธานี โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกร่วมกับการสังเกตทั้งจากผู้ใช้ยาและผู้ขายยาในหมู่บ้าน ดังนั้นรายชื่อยาที่นำเสนอทั้งหมดในรายงานจึงไม่ใช่ยาที่มีอยู่ทั้งหมดในหมู่บ้าน แต่จะเป็นยาที่ผู้ให้สัมภาษณ์คุ้นเคยหรือที่มีการใช้กันมากในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้อาจมีข้อจำกัดบ้างเกี่ยวกับวิธีการรวบรวมข้อมูลที่อาจทำให้รายชื่อของยาที่ถูกระบุในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันบ้างเนื่องจากอาศัยผู้เก็บข้อมูลคนละชุด

เพื่อให้เห็นลักษณะของการกระจายผลิตภัณฑ์ยาในชนบทได้อย่างชัดเจน ในส่วนนี้จึงได้รวบรวมรายชื่อยาที่มีรายงานไว้ในการศึกษาที่จัดทำขึ้นในเวลาที่ใกล้เคียงกัน คือ ระหว่าง พ.ศ. 2533 ถึง 2536 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มของรายการยาที่มีการใช้มากในชุมชน ที่ไม่ได้มาด้วยการสำรวจยาทุกรายการที่มีในพื้นที่ แต่ศึกษาในยาหรือคนบางกลุ่มที่สนใจ โดยนำข้อมูลมาจากรายงานของสุพัตรา และคณะ (2533) วงศ์นี้ (2534) พรทิพย์ (2538) ชาญชัย และคณะ (2536) ทวีทอง และคณะ (2536) สมจิตต์ และคณะ (2536) และ ฉลอง และคณะ (2536) อีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มของรายการยาที่มีทั้งหมดในชุมชน ได้จากรายงานการสำรวจของธงไชย และคณะ (2534) และ พงษ์พิสุทธิ์ และคณะ (2533) ที่กล่าวถึงข้างต้น โดยนำเสนอแยกเป็นตารางตามกฎหมายที่ใช้ควบคุมยา ทั้งนี้เพื่อให้เห็นภาพของความรุนแรงของปัญหาที่เป็นประเด็นที่จะต้องกล่าวถึงต่อไปด้วย

การจัดกลุ่มยาที่นำเสนอนี้มีข้อจำกัดบ้างที่รายงานวิจัยบางชิ้นระบุเฉพาะชื่อการค้าของยาเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถสืบค้นตัวยาคือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการจัดกลุ่มได้ระดับหนึ่ง นอกจากนี้ยาหลายชนิดสามารถจัดอยู่ได้หลายกลุ่มตามกฎหมาย ขึ้นอยู่กับ

ขนาดบรรจุของยานั้นซึ่งไม่ได้ระบุไว้ในงานวิจัย ดังนั้นจึงอาจพบว่ายาชื่อเดียวกันอาจถูกระบุไว้ในกลุ่มยาตามกฎหมายได้หลายกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยาหลายชนิดได้เปลี่ยนกลุ่มตามกฎหมายใหม่ บางชนิดเปลี่ยนแปลงสูตร หรือสรรพคุณไปจากข้อมูลที่ระบุเมื่อศึกษา หรือถอนทะเบียนไปแล้ว การนำเสนอในที่นี้จะอิงข้อมูลขณะทำการศึกษเป็นหลัก แม้ข้อมูลที่นำเสนอในตารางต่อไปนี้มีข้อจำกัดดังกล่าวและศึกษาในพื้นที่ไม่ครอบคลุม มีการเลือกอย่างจำเพาะเจาะจงไม่ได้สุมหมู่บ้านมาเพื่อเป็นตัวแทนของหมู่บ้านทั่วประเทศ ทำให้ไม่สามารถกล่าวได้อย่างมั่นใจว่าสถานการณ์การกระจายยาในพื้นที่ชนบทอื่นๆ ต้องมีลักษณะดังที่จะกล่าวถึงต่อไปทั้งหมด แต่เชื่อว่าจะทำให้เห็นภาพของปรากฏการณ์ของการกระจายยาให้เป็นรูปธรรมขึ้น ผลของการจัดกลุ่มยาดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 2.1–2.7

ตารางที่ 2.1 รายชื่อยาควบคุมพิเศษที่มีจำหน่ายในหมู่บ้าน

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาที่มีปัญหา หรือมีการใช้มาก ในชุมชน	ยาเบอร์ 5 (dexamethasone), เดกซาเมทาโซน, วินน์ 10, บูตาโซน, ฮ็อคโซน, น็อกซ่า 10
ยาทั้งหมด ที่มีในชุมชน ที่สำรวจ	Phenylbutazone (ในชื่อการค้าต่างๆ กัน เช่น Buta-P.D., Butazone, Bisoran, Howksone, Noxa, Vinn, Oversone B, Butazol (phenylbutazone+Para), ฮีโร่แคป (phenylbutazone+ sulpyrin), dexamethasone 4 mg (ในชื่อการค้าต่างๆ กัน เช่น ประดงเบอร์ 5, Pox-109, และใช้ชื่อ Dexamethasone ของบริษัทต่างๆ กันอีก 6 บริษัท) Dexamethasone inj, Hawksolone (Dexa+CPM), Busolone, Howoarawd, prednisolone 5 mg,

จากตารางที่ 2.1 ยาควบคุมพิเศษที่พบว่ามีจำหน่ายอยู่ในหมู่บ้าน
ที่ศึกษา คือ phenylbutazone ซึ่งเป็นยาในกลุ่มบรรเทาอาการปวดและ
อักเสบของกล้ามเนื้อ (NSAIDs) มีทั้งในรูปแบบยาเดี่ยวและยาสูตรผสม การ
มีชื่อการค้าหลายชื่อส่วนหนึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก
จนมีผู้ผลิตหลายรายผลิตออกจำหน่าย ผู้ผลิตบางรายอาจผลิตยาชนิดเดียว
กันออกจำหน่ายในหลายชื่อการค้า ชื่อการค้าที่ได้รับความนิยม เช่น Buta-
P.D. พบว่ามีจำหน่ายอยู่ใน 23 ร้าน Butazone พบ 12 ร้าน และHowksone
พบ 9 ร้าน จาก 99 ร้านที่สำรวจ (ธงไชย และคณะ 2534) ส่วนยาควบคุม
พิเศษอีกกลุ่มหนึ่งที่พบว่ามีจำหน่ายในร้านชำ คือ สเตียรอยด์ได้แก่ ยา
เม็ด prednisolone และ dexamethasone ส่วนใหญ่มักอยู่ในรูปของชื่อ
สามัญทางยาที่ผลิตขายโดยบริษัทต่างๆ รูปแบบที่ชาวบ้านคุ้นเคยคือยา
เม็ดขนาดเล็กสีขาวมีเลข 5 ประทับอยู่บนด้านหนึ่งของเม็ดยา ที่ชาวบ้าน
มักเรียกว่ายาเบอร์ 5 หรือยาประดงเบอร์ 5 นอกจากนี้ในการเก็บตัวอย่าง
ยาชุดไปวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่มักพบว่ามีส่วนผสมของ
dexamethasone หรือ prednisolone ซึ่งเป็นยาควบคุมพิเศษอยู่ด้วย แต่
ในที่นี้ได้แยกยาชุดไว้อีกกลุ่มหนึ่ง โดยถือว่าเป็นยาที่ผิดกฎหมายเนื่องจาก
ไม่มีทะเบียนตำรับยา

ตารางที่ 2.2 รายชื่อวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่มีจำหน่ายในหมู่บ้าน

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาที่มีปัญหา หรือมีการใช้มาก ในชุมชน	
ยาทั้งหมด ที่มีในชุมชน ที่สำรวจ	Ropam (diazepam 2 mg.), Hadol, Prehouse (premoline+caffeine), Ephedrine 200, diazepam 5 mg, Amnis (ยาระงับประสาท), phenobarbital

ส่วนการจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาในกลุ่มของยานอนหลับ ยาคลายเครือเดโนร้านค้าระดับหมู่บ้าน จากข้อมูลในตารางที่ 2.2 แสดงว่ามีอยู่น้อยมาก การศึกษาที่จังหวัดชัยภูมิพบว่ามีจำหน่ายอยู่ใน 3 ร้าน ร้านละ 1–2 รายการ (ธงไชย และคณะ 2534) ที่อุบลราชธานีพบ 4 ร้าน (พงษ์พิสุทธ์ และคณะ 2533) และไม่ค่อยพบว่ามีรายงานในการศึกษาชิ้นอื่นๆ รวมทั้งไม่มีการระบุว่าเป็นกลุ่มยาที่มีปัญหาหรือมีการใช้มากในพื้นที่ศึกษาเลย อย่างไรก็ตามการที่ไม่ค่อยมียากลุ่มนี้จำหน่ายในร้านชำมิได้หมายความว่าชาวบ้านไม่นิยมใช้ยาเหล่านี้ แต่แหล่งของยานอนหลับที่ประชาชนได้รับมักจะมีมาจากสถานบริการของรัฐ ทั้งโรงพยาบาล สถานีอนามัย รวมทั้งคลินิกเอกชน และร้านยาในอำเภอ ซึ่งหลายๆ ครั้งประชาชนอาจไม่ทราบว่าตนเองใช้ยากลุ่มนี้อยู่ วิวัฒน์ และคณะ (2530: 13–18) สำรวจการจำหน่ายยากลุ่มนี้ทั่วประเทศพบว่ามียาที่จำหน่ายกลุ่มยาเหล่านี้โดยไม่ได้รับอนุญาตอยู่ถึงร้อยละ 56.4–75.6 การที่มียากลุ่มนี้กระจายอยู่เพียงเล็กน้อยในร้านชำ อาจไม่ได้เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายของการใช้ยากลุ่มนี้ที่มีมากกว่ายากลุ่มอื่น แต่น่าจะเป็นผลด้านกฎหมาย ที่แม้การจำหน่ายในร้านยาระดับอำเภอบางส่วนก็ยังเป็น

การกระทำที่ผิดกฎหมาย ทำให้ไม่มีแหล่งที่เป็นต้นตอของยาที่จะเข้ามาในชุมชน โดยเฉพาะในระยะหลังที่มีความเข้มงวดในการดำเนินการทางกฎหมายเพิ่มขึ้น ดังนั้นร้านค้าในระดับหมู่บ้านจึงน่าจะรับรู้ถึงข้อจำกัดในการขายยากลุ่มนี้จากร้านยาในระดับอำเภอหรือจังหวัดที่เป็นแหล่งซื้อขายมาจำหน่าย จึงพบว่ามีการกระจายของยากลุ่มนี้ในหมู่บ้านเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ในส่วนของกลุ่มยาอันตรายตามกฎหมาย พบว่ามีจำหน่ายอยู่เป็นจำนวนมากในร้านค้าในหมู่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มของยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวด ในชื่อการค้าที่หลากหลาย แต่ละร้านมีจำหน่ายหลายชนิดและบางชนิดพบแทบทุกร้านในบางหมู่บ้านที่สำรวจ เช่น กวาร์ร้อยละ 60 ของร้านชำที่มียาจำหน่ายที่สำรวจที่อุบลราชธานี มียา Pyrana และ Penicillin G 500,000 จำหน่าย ส่วนที่จังหวัดชัยภูมิกว่าครึ่งของร้านชำที่จำหน่ายยาจะมียา Pyrana ขาย และมากกว่าหนึ่งในสามของร้านเหล่านั้นขายยา กาโน, Penicillin G 1 mu, และฮีโรมัยซิน นอกจากนี้ยังมียาฉีดไว้จำหน่ายด้วย ยาในกลุ่มที่เป็นยาอันตรายนี้มักถูกหยิบยกขึ้นมากล่าวว่าเป็นปัญหาสำคัญของการใช้ยาในชนบท เนื่องจากมีจำหน่ายกันอย่างแพร่หลายและอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ใช้ได้ง่ายกว่า

รายการยาอันตรายที่นำเสนอในตารางที่ 2.3 หลายชนิดเป็นตัวยาเดียวกับยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ) หรือยาสามัญประจำบ้าน แต่บรรจุในขนาดบรรจุที่มากกว่า เช่น 500 หรือ 1,000 เม็ด จึงถูกจัดเป็นยาอันตรายในที่นี้

ตารางที่ 2.3 รายชื่อยาอันตรายที่มีจำหน่ายในหมู่บ้าน

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาที่มีปัญหา หรือมีการใช้มาก ในชุมชน	ทีซีมัยซิน, Rotexcin (tetracycline), ยาเม็ดเพนนิซิลลินจี 500,000 ยูนิต, ฮีโรมัยซิน (tetracycline 250 mg./ 500 mg.), โปลเคนเม็ด (cotrimoxazole), บอมซิน, โอริโอมัยซิน (chlortetracycline), ไมโคคลอรินแคปซูล, กานามัยซิน, กาโน, อีเล็องน้อย, ยาเอ็มบี (sulfadiazine), ซิสโตซิน (methylene blue), ยาเม็ดซัลฟาควินิดิน, ยาเม็ดซัลฟาธออาโซล, คลอแรมเพนิคอลชนิดแคปซูล, เตตราไซคลินชนิดแคปซูล, มาร์วิทชนิดเม็ด (ยาขับปัสสาวะ), โคบาล, แอนนาโดน, ซินซาริน, ไพรีตา, บาราแกน, เดพารอน, โนวาลยีน, ไพราลยีน, บอนไพริน, แมรีแคปซูล, ดูโอตอน-ฟอร์ท, ดีโกนอน-เอฟ, ดีฟานอล, โปรเคนเพนนิซิลลิน, ซาลาไพลิน, ยาล้างไต, แอมพิซิลลิน, Bronchest, Bisacodyl, น็อกซี ยาสำหรับเด็ก ยาผงอะม็อกซิคาอูลิน, ยาน้ำฮีโรมัยซิน, ยาน้ำไมโคคลอริน, ยาน้ำซัลบีซีโอ, ยาน้ำโดพัยโรน (เช่น ยาแก้ไข้เด็ก ตรางู, วีเดย์ไพริน), น้ำยาเช็ดดวงตาอะเซบิโน, มิกซ์โค พัยริต้า, ยาเพ็นสำหรับเด็ก (pen V 2 แสนยูนิต)
ยาทั้งหมด ที่มีในชุมชน ที่สำรวจ	กานา (Kanamycin), tetracycline (ในชื่อการค้าต่างๆ กัน เช่น กาโน, Howkmycin, Hawnicin, โอริโอมัยซิน, ฮีโรมัยซิน, Tetra 500, ทีซีมัยซิน, Rotexin 250, Piomycin, Brommicin, Piomycin, O-Exmycin, Doxycycline, Trex 250/500, Penstrep (penicillin+streptomycin), sulfadiazine 1000 tab., sulfaguanidine, metronidazole, ฮีโรโคซิน, ฮาปีซัน แคปซูล, ที.เอ็ม คาโซล, Procane-penicillin G, penicillin 1 mu cap, penicillin G 2.5 mu. penicillin v 200,000., penicillin v 400,000, Mico 3 ริง, Pon-Namycin, Howktine

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาทั้งหมด ที่มีในชุมชน ที่สำรวจ	(tinidazole), griseofulvin, Enterazone, Kanamid (sulfa), Hemomycin, Mycochlorin (cotrimoxazole), Plocamad (cotrimoxazol), ยาตรา 3 ธง, ampicillin 500 mg., chloramphenical cap, Hormozine, furazolidone, primaquine, chloroquin, rifampicin, Phendazine, sulfa diazine+ pyridium, Winthomylon (nalidixic acid), Zebravin (resorcinol), Fludilat, Regulin (phenolphthalein), atropine sulfate, chlopromazine, Antabuse, Tricya blue tablet (methylene blue), Cystbladd, ไฮซิน, มาเลซิน, Rotexcin 50, 250 mg., Ropram, Collu Toid, Pyrana (metamizole), ASMA (Terbutaline), Allercur (CP M), CPM, brompheniramine, ยาแก้หืดตรางู, Nalutab-D, Bromxin, P.D. Cough, ยาแก้ไอโยคี สูตร 2, ยาแก้ไอตรางู, ยาแก้ไอตรางู, Thiocin, บีเอ็มฮั่ว, MTV+cyproheptadine (เช่น ออสโมวิต, มาโนโปวิก, ซูชีวิน, วีรามิน, Farovit, Zurivit, Sunya, Perivit), Vit A, Vit-co tonic, Ravi-fort, Vita-tab, Vita-3, Vitra, Expotab (caffeine+thiamine), cyproheptadine, Brufen, Neutazol (piroxicam), Prolixan, Procamed-M-600 (piroxicam), Mixco, Ammid one, piroxicam, Busclone (indomethacin), mefenamic acid, Disento, Coccila, New Gel, trisilicate, dimenhydrinate, aluminium hydroxide, furazolidone, Kao-Sul-Strept, loperamide, Entermide, Bacila, ฮ็อกเพอร์ไมด์ L.B.S., entermid (loperamide 2 mg) เพอร์ราไมท์ (metoclopramide), Mycochlorin, Eugynon, Bainto tab, Noriday (ยาคุมกำเนิด), Agerone (ฮอริโมนเพศ

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาทั้งหมด ที่มีในชุมชน ที่สำรวจ	ชาย), ยาแก้พยาธิผิวหนัง, เฮกซิน, คาล่า, แพรทพอร์ฟอร์, คาคิลฟอร์, Liurio ฟิฮาร์, Cobal, Dextro 3 ๓ง, Visomic, Uroset, Niclosamide, Saramide (niclosamide), Yomesan, Parax (pyrantel pamoate), Stugeral, Telmintin, T.M. มอส, Meramic, Nisomic, Oxy-Olan, furaform, Hawphen, Hawna, Howben, Antermin, chloramphenical ointment, ไตรแอมซีโนโลนครีม, เพรดนิโซโลนครีม
	ยานิด น้ำเกลือเข้าเส้น ANB, D-5-NSS, D-5-N/2, glucose, Sutamina IV, Olangin, Procain inj, B12, Calcium lactate, chloramphenical, streptomycin, vit C, vit B complex, Ravifort, Sodium salicylate, oxytetracyclin, penicillin G potassium, Liver extract, paracetamol, histidine-atropine, CPM inj, Chloram eye drop
	ยาสำหรับเด็ก ผงยาคาซิลิน, (tetracyclin), ผงยาคาซิลิน (amoxycillin), penicillin V syr, penicillin V 125 mg., ampicillin syr, โอริโอแม็คซินเด็ก (chlortetracyclin), โอยาพิน (โคมายซิน), Estolin syr (erythromycin), Trex 50, Mycochlorin syr. (chloramphenicol), ยาแก้ท้องเสียเด็ก, Nox mixture, Somaragom syr., MTV+cypro. Syr. (เช่น Osmovit, Pan-vit, Patavit), Plamine syr., Actin syr, (cotrimoxazol) Neomycin syr, Metono syr (metoclopramide), Bricanyl syr, Furobin syr

สำหรับยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ เป็นยาอีกกลุ่มหนึ่งที่กล่าวได้ว่ามีจำหน่ายอยู่มากที่สุดในร้านชำทั้งชนิดและปริมาณ ซึ่งถือว่าการจำหน่ายอย่างผิดกฎหมาย เนื่องจากยาเหล่านี้จะต้องจำหน่ายในร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ (ขย.2) หรือร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) เท่านั้น โดยเฉพาะยาในกลุ่ม แก้ปวดลดไข้ แก้ไข้หวัด แก้โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ยาแก้ปวดบางชนิด เช่น ทัมไมจิ บวดหาย มีจำหน่ายอยู่แทบทุกร้านชำ รวมทั้งอาจมีจำหน่ายในร้านอาหาร ร้านเหล้าด้วย (จริยาวัตร และคณะ 2527) แม้ว่าการจำหน่ายยาในกลุ่มนี้ในร้านชำจะยังคงถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติหากจำหน่ายเล็กๆ น้อยๆ ผู้กำกับดูแลเรื่องยาในพื้นที่มักอนุโลมให้สามารถจำหน่ายได้ ทั้งนี้เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีอันตรายจากการใช้น้อยกว่ายาในกลุ่มอื่น (ยกเว้นกลุ่มยาสามัญประจำบ้าน) และยาหลายชนิดเป็นยาชนิดเดียวกับยาสามัญประจำบ้าน แต่มีขนาดบรรจุหรือมีสูตรตำรับที่แตกต่างไปเพียงเล็กน้อย และการศึกษาที่ผ่านมาไม่ค่อยระบุถึงปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในกลุ่มนี้ ยกเว้นในกลุ่มของยาของแก้ปวด ลดไข้ สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ และยาสูตรผสมที่มีตำรับไม่เหมาะสมบางชนิด ยาในกลุ่มนี้ที่เคยมีการสำรวจพบในชุมชนได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ ที่มีจำหน่ายในหมู่บ้าน

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาที่มีปัญหา หรือมีการใช้มาก ในชุมชน	ทัมใจ, บวดหาย, บูรา, ไธโอซิน, นูตามอล, ยาแก้ปวดเอเอ็นที, ยาแก้ปวดตราครก, อาร์วิลอน, บูตาเพด, บูตาโซล, ยาแก้ปวด ไฮเปกซ์, ยาบรรเทาปวดตราเสือ, ยาประสระบอแรด, ยาเด็ยว เด็ยว, ยาแก้ไอน้ำดำตราเสือดาว, ยาแก้ไอโยคี, ยาแก้ไอฮีโร่, ยาแก้ไอวิทยาCRM, ฮอคเฟน (Dextromethorphan+ glyceryl guaiacolate+CPM), อาปราควร์, แอนนาควร์, ทิฟฟี, นูตาโคล, ดีคอลเจน, ฟิคอล, โคดาแท็บ, นาลูแทป, ยาเม็ดแอนตี้สทิน, dimenhydrinate, แอ็ดแม็กเอ็ม, ยาน้ำฮ็อกเพอราน (แก้ อาเจียน), ยาธาตุน้ำขาวตรากระต่ายบิน, ยาธาตุน้ำแดง กรุงเทพ, แม็ก 77, แอนตาซิล, ไบรเอยล, บูราเจล, เบลซิด, ยาน้ำขับลมตรากลอง, ยาธาตุน้ำ 4 ตรากิเลน, ยาธาตุน้ำแดงตรา ม้าขาว, ยาน้ำเคอลิน เปกติน,, ทีโอเพล็กซ์แคปซูล, เฮโมวิต, ออสโม, แพนวิท, ราวิตฟอรัท, เอบีท๊อป, ยาบำรุงเลือดตราหัว สิงห์, ยาล้างตาฮ็อฟซ่า, ยาหม่องตราถ้วยทอง, ยาหม่องตรา ลิงถือลูกท้อ, วิคส์วาโปรบ, ยาดม, พาร์ตาอีนีมา, ยูนิสันอีนีมา, ยาผงพิเศษตราหมูซีฟ, ยาผงไธโอซิน, คลอโรไฟแรด, (chloramphenicol cream), ซีมาโลชั่น, ซีมิ่งเบอร์รี่สลิปแปด, ยาสกินเด็ยว, น้ำมันมวย, น้ำมันสะโต๊ก, พลาสเตอร์ติดแผล, ยาตราปลาทอง, ไวคุลล์ม, ยาแก้ไอไฮเปกซ์, ยาลดกรดตรา ถ้วยทอง, สกัลดัปปีฮา, เย็นควินผง, นีโอติกำบาล์ม, นาซ่า, ยาแก้ไอตราเจ้าของแพะคู่ โอไลท์, ยาหยอดหู ยาสำหรับเด็ก ไวคุลล์ม, ยาแก้ไอเด็กตรางู, ยาน้ำมีดีตรางู, ยาน้ำแอนนาโดน, ทัมใจหวาน, ยาแก้ไอเด็กตัวร้อนตรา หัวสิงห์, ยาลดไข้เด็กเขาวราช, ทิฟฟีน้ำเชื่อม, คลอเฟนิรามีน น้ำเชื่อม, ยาแก้ไอ (cough syrup), ยาแก้ไอเด็กตราองุ่น, ยา

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาที่มีปัญหา หรือมีการใช้มาก ในชุมชน	แก้ไอเด็กตราเสือดาว, ยาแก้ไอเด็กตรางู, ยาเบบี๋ดอล, ยาถ่าย พยาธิหมอบบี้, พูชาโดน (kaolin+pectin+ furazolidone), ยาแก้ท้องเสียเด็กตรางู, ยาแก้ไข้เด็กตรากิเลน, โคมายซิน-พี, ฟีโวโก้ซางดี, วิตามินซี, เปอริวิต, นิฟาริต, นานาคิด, ซินวิตไทร์ป, แอมวิต, อนุโปรมิน-42, พาร์ต้าวิต
ยาทั้งหมด ที่มีในชุมชน ที่สำรวจ	ทัมใจ, ทัมใจชนิดหวาน, บวดหาย, ไทโอซิน, บูรา, บรรเทาปวด ตราครก, Daga, T.M. mol, ยาแก้ปวดตราหัวสิงห์, ไวกูล, ยาแก้ปวด ANT, ยาแก้ไข้ตราไก่, อาพาริน (ASA+Para+ Cafeine), ASA, paracetamol 100 tab, Decolgen, Tiffy, Nuta cold, ยาแก้ไอไฮเป็กซ์, ยาแก้ไอน้ำดำตราเสือดาว, ยาแก้ไอวิริยะ, ยาแก้ไอคอลลู, ฟิคอล ยาธาตุน้ำขาวตราไก่, ยาธาตุน้ำขาวตรากระทายบิน, ยาธาตุน้ำขาวตรา 4 ตรากิเลน, Antacil, Mag-77, Alumil, Alugas, ไบรเจล, บูราเจล, แม็กโตเจล, อัล-มินัม, ยาขับลมตรากลอง, ยาแก้โรคกระเพาะ ตราถ้วยทอง, Newgel, Hawkwelin (ลดกรด), อีโน, Mebenlax, mebendazol, Fugacar, ทีโอเปล็กซ์ cap, กระทั่งแดงเม็ด, วิตามินซี, O-Asis, Glucose-Vitamin, Haemo-Vit, AB- top, Vit. B1 10 mg, Vit B2, Vit B6, Vit B12, Vit B 1-6-12, วิตามินบีรวม, Vit C, ราวิต-ฟอร์ต, ferous sulfate, Vitaron, นีโอติกาบาส์ม, Counterpain, น้ำมันมวย, น้ำมันเบอร์ 5, Sport oil, น้ำมันสะตือ, น้ำมันระกำ, น้ำมันมะกอก, โนปิซาน, ซีฟ้งเบอร์ 28, พลาสเตอร์ติดแผล, Vapex, น้ำมันดอกไม้อา, น้ำมันปักกิ่ง, น้ำมันก๊วยชั๊ว, หอม-หอม, ยาต้มไฮเป็กซ์, ยาหม่องตราลิงม ยาหม่องถ้วยทอง, ยาหม่องตราเด็กในพาน ทอง, ซีฟ้งซัลฟา ตรา 5 เจดีย์, chloramphenicol cream,

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาทั้งหมดที่มีในชุมชนที่สำรวจ	แก้ไอเด็กตราเสือขาว, ยาแก้ไอเด็กตรางู, ยาเบบี๋ดอล, ยาถ่ายพยาธิหมอบบี้, พูซาโดน (kaolin+pectin+ furazolidone), ยาแก้ท้องเสียเด็กตรางู, ยาแก้ไข้เด็กตรากิเลน, โคมายซิน-พี, Terramycin, โทนาฟ, ไมโคนาโซลครีม, ซีมาโลชั่น, สกินเดียว, Zorocin, ยาแก้ปวดฟันตรา 5 เสือ, ยาล้างตา Optal, Eye-Rin eye drop, ยาสวนทวารยูนิสัน, ยาสวนทวารโรยัล, ยาสำหรับเด็ก ไวกูลเด็ก, ยาแก้ไข้เด็กเขาวราช, paracetamol 300 mg., Kala drops, Tiffy syr, C-mol syr, แก้ไอเด็กบีเอ็ม, ยาแก้ไอเด็กตรางู, เบบี๋ดอล, Gripe water, ยาหมอบบี้, ยาน้ำฟิคอล, ยาน้ำ CPM, ไดเซนโตซินิดน้ำ, Difuran syr, ออสโมวิท, ชันไซรับ

ยาสามัญประจำบ้านซึ่งถือว่าเป็นยาที่มีความปลอดภัย จำเป็นและเหมาะสมที่ควรจะมีอยู่ในชุมชน แต่กลับพบว่า มีจำหน่ายอยู่น้อยมาก โดยเฉพาะที่เป็นตำรับรูปแบบตรงกับที่ประกาศไว้หรือเป็นยาดำรงหลวงขององค์การเภสัชกรรม จากการสำรวจใน 17 หมู่บ้าน ที่จังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีเพียง 2 หมู่บ้าน ที่มียาสูตรเดียวกับยาสามัญประจำบ้านจำหน่าย และในแต่ละร้านจะมีขายอยู่เพียงไม่กี่ชนิด ยาสามัญประจำบ้านที่ถูกต้องมักมีอยู่ในกองทุนยาของหมู่บ้านที่โรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนยาให้ ส่วนในร้านชำทั่วไปที่สำรวจมักกอนุโลมตัวยามีตำรับและขนาดบรรจุที่ใกล้เคียงกับยาสามัญประจำบ้านว่าเป็นยาสามัญประจำบ้านด้วย ตัวยานในกลุ่มนี้ที่พบในรายงานต่างๆ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 ยาสามัญประจำบ้านที่มีจำหน่ายในหมู่บ้าน

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาที่มีปัญหา หรือมีการใช้มาก ในชุมชน	พาราเซตามอล, ยาแอสไพริน, ยาแก้ไอ น้ำดำ, โซดาไมน์, ยาธาตุน้ำแดง, โออาร์เอส, ยาถ่ายพยาธิ นิโคลซาไมด์, ยาขับลม, ยาป้ายตา, วิตามินบี 1, วิตามินบี 6, วิตามินซี, วิตามินบีรวม, วิตามินรวม, ยาบำรุงโลหิต, ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์, ทิงเจอร์ ไอโอดีน, ยาเหลืองสหากร, ยาแดงสหากร, มหาหิงค์, ยา เหลือง, คาลาไมด์โลชั่น, ขี้ผึ้งแก้กลากเกลื้อน
	ยาสำหรับเด็ก ยาพาราเซตามอลชนิดน้ำเชื่อม
ยาทั้งหมด ที่มีในชุมชน ที่สำรวจ	พาราเซตามอล, แอสไพริน ยาแก้ไอ น้ำดำ ตราเสือดาว, ยาธาตุน้ำขาว, ยาธาตุน้ำแดง, โซดาไมน์, ยาเม็ดลดกรด, ยาระบาย แมกนีเซีย, โออาร์เอส, เหล้าสะระแหน่, ยาถ่ายพยาธิ, ยาเม็ด บำรุงโลหิต, น้ำมันตับปลา, วิตามินบีรวม, วิตามินรวม, วิตามิน ซี, ยาหยอดตาถั่วทอง, ยาหยอดตา, มหาหิงค์, Gentian violet, ยาแก้ปวดฟัน, ยาแดงสหากร, ยาเหลืองสหากร, แอมโมเนียหอม, ยารักษา กลากเกลื้อน, ทิงเจอร์ไอโอดีน, ยาใส่ แผลสด, อัลกอฮอล์, ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์, คาลาไมด์โลชั่น
	ยาสำหรับเด็ก ยาพาราเซตามอลชนิดน้ำเชื่อม MTV syr, ยาแก้ไอ ขับเสมหะ

ยาแผนโบราณบรรจุเสร็จเป็นยาอีกกลุ่มหนึ่งที่มีจำหน่ายอยู่มากในหมู่บ้าน ยาเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นยาที่ได้รับความนิยมสูง มีสถานที่ผลิตเป็นโรงงานในกรุงเทพฯ หรือปริมณฑล แล้วส่งไปจำหน่ายทั่วประเทศ มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์กว้าง เช่น ยาสตรีเพ็ญภาค ยาสตรีเบ็นโล ยาหอมตรา 5 เจริญ ยาขม น้ำเต้าทอง เป็นต้น แต่ยาแผนโบราณอีกจำนวนหนึ่งซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากในชนบทเป็นยาที่ผลิตจำหน่ายในระดับพื้นที่ของจังหวัดหรือพื้นที่ใกล้เคียงเท่านั้น ซึ่งหลายชนิดยังไม่ได้มีการขึ้นทะเบียน

ยาแผนโบราณตามกฎหมาย นอกจากนี้ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาการใช้ยาแผนโบราณสำเร็จรูป รวมทั้งประสิทธิภาพหรืออันตรายของการใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มากนัก แม้ว่าการศึกษาค้างนี้จะเน้นที่การศึกษาปัญหาการใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นหลัก แต่เพื่อให้เห็นภาพรวมของยาทั้งหมดที่มีกระจายอยู่ในชุมชน จึงได้นำรายการยาแผนโบราณสำเร็จรูปที่จำหน่ายในชุมชนมาแสดงไว้ในตารางที่ 2.6 ด้วย

ตารางที่ 2.6 รายชื่อยาแผนโบราณ ที่มีจำหน่ายในหมู่บ้าน

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาที่มีปัญหาหรือมีการใช้มากในชุมชน	ยาชอมปอยใหม่, ยาแก้ปวดฟันกรงไทยตรา 5 เลือ, ยาสุขาตราหมอลูกเสก, ยาแผ่นตราเสือ 11 ตัว, ยาแก้ร้อนในตราร่มไทร, ยาเขียวตราใบโพธิ์, ยาเขียวใหญ่ตราใบโพธิ์, ยาหอมตรา 5 เจดีย์, ยาหอมชนะลมร้อยจำพวกวัดโพธิ์, ยาหอมตราเด็กในพานทอง, ยาผงสำหรับดองเหล้าตราเด็กในพานทอง, ยาสตรีเบนโล, ยาชักมดลูกตราสังข์ชนิดน้ำ, ยาสตรีเพ็ญภาค, ยาสตรีสิงเห, ยาอ้วนบุษยสตรีตราอ่างทอง, ยาแก้ร้อนในตราร่มไทร, ยากระษัยเส้นตราเด็กในพานทอง, ยากระษัยเส้นตราม้าเหล็ก, ยากระษัยแสงสว่างตราค้างคาว, ยาประดงแก่นนคร, ยาภุชฌณากันตรากิเลน, ยาเม็ดจีบ้วนข้าว, ยาตองเหล้าตราตะขาบ, ยาสตรีจอมทอง, ยาสตรีปอคุณเอี้ยะบอ, ยาสตรีเลี้ยงคุณเอี้ยะบอ, ยาตราเคียวคู่, ยาฟอกเลือดตราหมีบิน, ยาสตรีตรานางฟ้า, ยาแก้ชักมดลูก, ยาสตรีชัชฌุมิเบอร์หนึ่งชนิดผง/แผ่น, ยาขางตรากระรอก, ยาหอมแสนภู, ยาหอมตราเครื่องบิน, ยานัตถ์หมอลิขิต, ผงแดง, ผงแดงตราช่อแฮ, ผงแดงอินทรีชัยแขวน, ยาลมโพธิ์เภสัช, ผงแดงตราหมาป่า, ยาแก้ลมตรา 5 กระตักน้ำ, ยากำลังนาคราช, ยาแก้ไอตราแพะคู่, ยาสดเสนต์, ยาถอนน้ำผึ้งไก่แก้ว, ยากำลังเลือดม้า, โสมเกาหลี

ตารางที่ 2.6 (ต่อ)

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
	ดั่งกุยจับ
	ยาสำหรับเด็ก ยาคุมารปิ่นเพชร,ยาซางกุมาร
ยาทั้งหมด ที่มีในชุมชน ที่สำรวจ	ยาอมแก้ไอตระตาบห้ำตัว, ยาซอมปอยใหม่, ยาฤษณา กลั่นตรากิเลน, ยาแก้ไอโยคี, ยาแก้ไอปลุกเศก, ยาอมโบตัน, หมากหอมเยาวราช, ยาเปาคอตระกาไก่, ยาเปาคอยังอัน, ยานัตถุ์หอมมี, ยาเม็ดตราตกเบ็ด, ยาหอมตรา 5 เจดีย์, ยาหอมตราเด็กในพานทอง, ยาหอมตราฤษีทรงม้า, ยาหอม อินถวาย, ยาหอมทูลถวาย, ยาหอมนางฟ้า, ยาหอมศรีจันทร์, ยาหอมชนะลม, ยาถมตรานางมน, ยาสตรีเบนโล, ยาสตรี เพ็ญภาค, ยาสตรีวิสิงห์เห, ยาสตรีแก่นนคร, ยาสตรีแสงสว่าง ตราค้างคาว, ยาสตรีตราไปรษณีย์, ยาสตรีศรีวิไล, ยาสตรี วัฒนา, ยาสตรีตรางูเพชร, ยาบำรุงเลือดสตรีตราอ่างทอง, ยาบำรุงเลือดตรากลอง, ยาแดงเหล้าตราเสือ 11 ตัว, ยาแดง เหล้าแสงสว่าง, ยาแดงเหล้าตราเด็กในพานทอง, ยาแดงเหล้า ตราค้างคาว, ยาแดงเหล้าสุขา, ยาแดงแสงสุก, ยาแดงผงเหล้า ตรา 5 กระตักน้ำ, ยาสตรีวัฒนา, ยาสตรีหมีปิ่น, ยาสตรีตรา ฤษีทรงม้า, ยาสตรีตราสิงห์, ยาสตรี Bi-O-B, ยาน้ำสมใจนึก, ยาบำรุงเลือดตราสิงห์, ยาบำรุงเลือดตราเรด, ยากระษัยเส้น ตราม้า, ยากระษัยตรารถจักรยาน, ยากระษัยเส้นตราม้าเหล็ก, ยา กระษัยปิ่นเพชร, ยาประดง 108, ยาประดงตราอ่างทองลูก กลอน, ยาประดง, ยาเขียวตราดอกบัว, ยาเขียวตราใบโพธิ์, ยาเขียวตราร่มโพธิ์, ยาเขียวเม็ด 3 ฤๅ, ยาเขียวเทพประจักษ์, ยาเขียวตรางูเพชร, ยาโสมวิน, ยาน้ำขับลมตรากลอง, ยาผง ก.ทวีทรัพย์, ยาเม็ดตราเรดปิ่น, ยาสุขาตราหมอปปลุกเศก, ยาพระธรรมขันธโอสถ, ยาสมานล้นขาวละออ, ยาสมานล้นตรา

ตารางที่ 2.6 (ต่อ)

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาทั้งหมด ที่มีในชุมชน ที่สำรวจ	นกเค้าคู่เกาะถั่ว, ยาตราม้า, ยานายโบว์พระธรรมขันธโอสถ, ยาตราม้า, ยาเม็ดลิ้นวันชิง, ยาอ่อนตราหมีบิน, ยาอ่อนตราคนเลื่อยไม้, ยาอ่อนสตรีตราอ่างทอง, ยาถ่ายพยาธิทองทิพย์, ยาถ่ายพยาธิจอมทอง, ยาถ่ายพยาธิตัวดีตรา 555, ยาถ่ายพยาธิตราสามแพทย์, น้ำมันนุตราพาลี, ยาตรางูเกี้ยวศรีโร, โอโปรซิน แผนโบราณ, ยาขับเลือดตราสิงห์, ยาฟอกเลือดตราเสือ 11 ตัว, ยาฟอกเลือดตราหมีบิน, ยาแก้ร้อนในตราร่มไม้, ยาโกเจียตราแมว, ยากวน 2500 ตรากลอง, ยาร้อนในตราร่มไพร, ยาอดประดง, ยาประดงตราสังข์, ยาสุขา, สมุนไพรรแผนโบราณหมอบุญช่วย, ยาตราบัวขาว, ยานวดเซียงไต้, ยาศรีไทย, ยาตรางู 11 ตัว, ยาแจ็กเฮงหลี, ยาแก้ลมคัด, ยาตรางูเดี๋ยศรีไทย, ยาลูกกลอนตราพระปิดทวาร ยาสำหรับเด็ก ยากุมารตราเด็กในพานทอง, ยากุมารปิ่นเพชร, ยากุมารสุวัตรโอสถ, ยากุมารปลุกเสก, ยากุมารตรานางฟ้า, ยากุมารตรา 5 กระตักน้ำ, ยากุมารตราลูกแม่คิม, ยากุมารแสงฟ้า, ยากุมารตราเทพทูล, ยากุมารตรากลอง, ยากุมารตราช้างชูธง, ยากุมารตราโคอุสุภราช, พิโโก-ซาง ดีซี, ยาทรงตาลโสมย, ยาซางแมวเป่า, ยากวาดตราใบโพธิ์, ยากวาดลั่นตราจระเข้บิน, ยากวาดสมานลั่นตรานกแก้วคู่เกาะถั่ว, ยาตาลกุมารทอง

ยาชุดถือว่าเป็นยาที่ผิดกฎหมาย เนื่องจากไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย แม้ว่ายาแต่ละชนิดที่ประกอบอยู่ในยาแต่ละชุดอาจจะได้รับ การขึ้นทะเบียนแล้วก็ตาม เป็นกลุ่มของยาที่ประชาชนใช้แล้วมีโอกาสเกิดอันตรายได้มาก เนื่องจากมักพบว่ามียา Dexamethazone และ Predni-

solone ซึ่งเป็นยาควบคุมพิเศษที่มีอันตรายสูงรวมอยู่ อาจประกอบด้วยยาที่ไม่ควรรับประทานร่วมกันปนอยู่ในซองเดียวกัน ยาชุดเป็นกลุ่มยาที่มีการศึกษาจำนวนมากระบุว่ามีการกระจายอยู่มากในชนบท แม้ว่าจะมีความพยายามในการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดปัญหานี้ แต่ปัจจุบันก็ยังคงพบว่ามีกรลักลอบจำหน่ายยาชุดในร้านชำอยู่ การศึกษาที่จังหวัดชัยภูมิที่อ้างถึงนี้พบว่ายาชุดบางกลุ่มได้รับความนิยมสูงมาก เช่น ยาชุดแก้ไข้หวัด ยาชุดหมอนวด และยาชุดดิ่งเส้น มีขายอยู่ใน 15 ร้าน, 8 ร้าน และ 6 ร้าน ตามลำดับ จาก 99 ร้านที่สำรวจ บางร้านมียาชุด 4–5 ชนิดไว้จำหน่าย รายชื่อยาชุดที่มีจำหน่ายในหมู่บ้านในชนบทได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.7

ตารางที่ 2.7 รายชื่อยาชุดที่มีจำหน่ายในหมู่บ้าน

กลุ่มของยา	รายชื่อยาที่พบในชุมชน
ยาชุดที่ใช้มากในชุมชน	ยาชุดหมอนวด, ยาชุดกระจายเส้น, ยาชุดยอดกระจายเส้น, ยาชุดกระจายเส้นแทนหมอนวด, ยาชุดหมอนวด, ยาชุดปวด, ยาชุดแก้ไข้หวัด, ยาชุดแก้ไข้หวัดใหญ่, ยาชุดแก้โรคกระเพาะ, ยาชุดแก้ท้องเสีย, ยาชุดมดลูก, ยาชุดผิดกบฏ, ยาชุดแก้ผิด้ลำแดง, ยาชุดประดง, ยาชุดประดง 108, ยาชุดประดง 109, ยาชุดประดง 9 จำพวก, ยาชุดไขข้อ, ยาชุดแก้นอนไม่หลับ
	ยาสำหรับเด็ก ยาชุดแก้ไข้หวัดเด็ก
ยาชุดทั้งหมดที่มีในชุมชนที่สำรวจ	ยาชุดแก้ไข้หวัด, ยาชุดแก้ไข้, ยาชุดแก้หวัด, ยาชุดแก้คัน, ยาชุดพิมเสน, ยาชุดแก้บิด, ยาชุดแก้ปวดมดลูกอักเสบ, ยาชุดแก้ปวด, ยาชุดแก้ปวดตามข้อ, ยาชุดแก้ปวดเอว, ยาชุดแก้ปวดหลังปวดเอว, ยาชุดหมอนวด, ยาชุดดิ่งเส้น, ยาชุดกระจายเส้น, ยาชุดแก้ปวดขา, ยาชุดแก้วิงเวียน, ยาชุดห้ามอาเจียน, ยาชุดแก้อักเสบ, ยาชุดแก้หืด, ยาชุดแก้ท้องเสีย, ยาชุดแก้ประดง
	ยาสำหรับเด็ก ยาชุดแก้ไข้เด็ก

จากข้อมูลใน 7 ตารางข้างต้น จะเห็นได้ว่ามียาเป็นจำนวนมาก ที่กระจายอยู่ในหมู่บ้านในชนบท ยาเหล่านั้นแต่ละชนิดได้รับความนิยม และยอมรับจากชาวบ้านแตกต่างกัน ยาหลายชนิดได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของคนในชนบท ส่วนหนึ่งแสดงออกให้เห็นในผลการศึกษาของ สุพัตรา และคณะ (2533) ที่สัมภาษณ์เจาะลึกถึงแหล่งข้อมูลของการใช้ยา ที่มีอยู่ในชนบทของชาวบ้าน ซึ่งคำตอบหลักที่ได้ออกมา ชาวบ้านระบุว่า เป็นความรู้ที่รู้กันมานานหรือใช้กันเป็นประจำอยู่แล้ว ไม่สามารถบอกต้นตอของแหล่งที่มาของความรู้ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความคุ้นเคยกับยาที่มีอยู่ในหมู่บ้านได้เป็นอย่างดี

2. เกณฑ์ในการพิจารณาความรุนแรงของปัญหา การกระจายยาในชนบท

จากการที่มียาจำนวนมากกระจายอยู่ในพื้นที่ชนบทดังกล่าว ในสายตาของนักวิชาการและผู้รับผิดชอบเรื่องนี้ย่อมมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม เพราะนอกจากตัวยามีคุณสมบัติและอันตรายที่แตกต่างกันอย่างมากแล้ว คุณภาพของยาที่ผลิตจากโรงงานระดับแตกต่างกัน วิธีการใช้ยาที่แตกต่างกัน การจัดเก็บยาในร้านที่ต่างกัน ตลอดจนถึงตัวผู้ใช้ยาที่ต่างกัน ต่างล้วนมีส่วนกำหนดฤทธิ์ของยาและอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาทั้งสิ้น การที่มียาเหล่านี้จำหน่ายอยู่ในชุมชนเปิดโอกาสให้ประชาชนหาซื้อ มาใช้ได้อย่างสะดวกและมีอิสระในการใช้สูง ยิ่งประกอบกับแรงกระตุ้นจากการโฆษณาที่ไม่เหมาะสมและปัจจัยเสริมต่างๆ เช่น ประสิทธิภาพการใช้ของคนใกล้ชิด หรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องวิตกว่าประชาชนอาจได้รับอันตรายจากยาที่มีกระจายอยู่ในพื้นที่ และโดยความเชื่อพื้นฐานที่ว่ายามีความแตกต่างจากสินค้าอื่นที่ผู้ใช้ต้องมีความรู้ที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจงควบคู่กับการเลือกใช้ยาแต่ละชนิด ควรต้องมีผู้ที่มี

ความรู้คอยให้คำแนะนำการใช้ที่เหมาะสม ยิ่งทำให้ชาวบ้านซึ่งถูกมองว่าไม่มีความรู้ ด้อยโอกาส และอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจะมีโอกาสได้รับอันตรายจากการใช้ยาได้มากยิ่งขึ้น ความรู้และความเชื่อพื้นฐานเหล่านี้ ประกอบกับความหวังดีของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ต้องการให้ประชาชนได้รับอันตรายจากการใช้ยา ได้มีส่วนในการกำหนดเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่ายาเหล่านี้ชนิดใดเป็นยาที่ไม่เหมาะสมที่จะมีใช้ในชุมชน รวมทั้งใช้ประเมินว่าสถานการณ์การกระจายยาในแต่ละพื้นที่มีความรุนแรงเพียงใด

หากพิจารณาจากการศึกษาวิจัยปัญหาการใช้ยาในชุมชนที่ผ่านมา พบที่จะประมวลเกณฑ์ที่ผู้รับผิดชอบปัญหานี้ใช้ในการพิจารณาว่ายาชนิดใดเป็นยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน หรือปัญหาที่เกิดมีความรุนแรงเพียงใด ได้เป็น 5 องค์ประกอบหลัก คือ

1) พิจารณาตามกฎหมาย

โดยดูว่ายาที่พบในชุมชนนั้นจัดอยู่ในประเภทใดตามกฎหมาย และพิจารณาร่วมกับความรุนแรงของบทลงโทษที่มีเมื่อฝ่าฝืน ถ้ามีการฝ่าฝืนจำหน่ายยาที่มีบทลงโทษสูง เช่น ยานั้นอยู่ในกลุ่มของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาควบคุมพิเศษ หรือสิ่งเสพติดให้โทษประเภท 3 หรือยาผิดกฎหมาย (ยาที่ไม่มีทะเบียนยา เช่น ยาชุด) จะถือว่าปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมในพื้นที่นั้นๆ มีความรุนแรงมากกว่าพื้นที่ที่พบเฉพาะยาในกลุ่มที่เป็นยาอันตราย ส่วนยาที่จัดว่าเป็นยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ จะถือว่ามีความรุนแรงน้อยที่สุด เช่น การศึกษาที่จังหวัดชัยภูมิ (ธงไชย และคณะ 2534: 39–63) ได้ใช้ประเภทของยาตามกฎหมายเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงของปัญหา โดยในรายงานระบุชื่อยาที่ไม่เหมาะสมที่พบในร้านชำตามเกณฑ์ทางกฎหมาย

ส่วนโครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ได้ตั้งดัชนีชี้วัดความสำเร็จของงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ไว้

ในข้อแรกว่า “ร้านขายของชำในหมู่บ้านไม่มีการจำหน่ายยาชุด ยาของแก้ปวด-ไข้ ยาแก้ปวดข้อ และยาที่ผิดกฎหมายอื่นๆ แต่เปลี่ยนมาขายยาสามัญประจำบ้านแทน” (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน 2535: 213) ซึ่งยึดเกณฑ์ทางกฎหมายเป็นองค์ประกอบหลักของการพิจารณาถึงความเหมาะสมของยาที่มีในชุมชน

2) พิจารณาตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

ถือว่าเป็นองค์ความรู้พื้นฐานของยาแต่ละชนิดที่จะนำไปใช้ประโยชน์ ขณะเดียวกันฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาก็นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มยาตามกฎหมายด้วย งานวิจัยส่วนใหญ่มักใช้เกณฑ์การออกฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ยา รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้เป็นเกณฑ์หลัก หรือใช้ร่วมกับเกณฑ์อื่นๆ ในการกำหนดความรุนแรงหรือสภาพของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การแบ่งด้วยเกณฑ์นี้หากพบว่ามียาที่มีโอกาสทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรืออันตรายได้ง่ายกว่า เช่น ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นยาอันตรายตามกฎหมายเช่นเดียวกันยาพาราเซตามอลขนาด 1,000 เม็ด ก็จะมีปัญหารุนแรงกว่าพบการมียาพาราเซตามอลขาย นอกจากนี้ยาที่มีโอกาสทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ง่าย เช่น ยาไโดพยโรน หรือยากลุ่ม NSAIDs ตัวที่ทำให้เกิดการกดไขกระดูก หรือทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่าย หรือทำในรูปแบบที่ทำให้ยามีฤทธิ์ได้ไม่ดี เช่น การนำยาเพนนิซิลลิน จี ซึ่งเป็นยาที่ถูกทำลายได้ง่ายด้วยกรดในกระเพาะอาหารมาทำให้อยู่ในรูปยาเม็ดสำหรับรับประทานแทนที่จะทำในรูปของยาฉีด ยาเหล่านี้ก็จะถือว่าเป็นยาที่ไม่เหมาะสม ถ้ามีขายในพื้นที่ก็จะถือว่ามีปัญหาในการกระจายยาอย่างไม่เหมาะสม

ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้เกณฑ์นี้เป็นตัวกำหนดเช่น งานของบุปผา (2540: 1–3) ที่เลือกศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากเป็นยาที่มีอันตรายในการใช้สูง โดยต้องการทราบว่า ประชาชนมีความรู้และมี

ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในในงานของสื่อชัย และคณะ (2537: 185) ได้แบ่งกลุ่มของยาที่ศึกษาว่าเป็นกลุ่มยาแก้ปวด ยาในกลุ่ม NSAIDs ยาปฏิชีวนะ ยาในกลุ่มแก้ไอและหวัด เป็นต้น ถือว่าเป็นการจัดกลุ่มของยาที่ศึกษาตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

3) พิจารณาตามสูตรตำรับยา

ยาบางตำรับถูกผลิตขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เฉพาะในสถานพยาบาลเท่านั้น ไม่เหมาะสำหรับใช้อยู่ในชุมชนเพราะมีโอกาสเกิดอันตรายจากการใช้ได้มาก ไม่ว่าจะเป็นยาเดี่ยวหรือยาตำรับ เช่น ยาในกลุ่มฮอร์โมนปริมาณสูงที่ใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีสภาวะเฉพาะบางอย่าง เมื่อกระจายในชุมชนมีการนำไปใช้เพื่อทำแท้งจนเกิดอันตรายที่รุนแรงตามมา

นอกจากนี้ยังมียาตำรับสูตรผสมอีกเป็นจำนวนมากที่มีสูตรไม่เหมาะสม เช่น ยา Penicillin + Streptomycin ชนิดรับประทาน ยาน้ำฆ่าเชื้อแก้ท้องเสีย Kao-Sul-Strep ยาแก้ท้องเสียประเภทที่ทำให้หยุดถ่าย หรือยาน็อกซา (Chloramphenicol + Phenylbutazone) ซึ่งหากมียาเหล่านี้ขายอยู่มากก็ถือว่ามีความรุนแรงของปัญหาเพิ่มมากขึ้นด้วย การศึกษาที่ใช้เกณฑ์นี้มักเป็นการศึกษาที่ทำการร่วมกับการพยายามหายาที่เหมาะสมเข้าไปทดแทนหรือให้ความรู้เรื่องยากับประชาชน เช่น การศึกษาของวงศ์นี้ (2534) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมในแม่และลูกอายุ 0-5 ปี และการกระจายยาในหมู่บ้านที่อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

4) พิจารณาที่รูปแบบของยา (Dosage form) ที่ปรากฏ

เนื่องจากมียาจำนวนหนึ่งที่เกิดออกมาในรูปแบบที่มีโอกาสทำให้เกิดอันตรายในการใช้ได้ง่าย หรือทำให้เกิดการใช้ที่ไม่เหมาะสมได้ง่ายกว่า เช่น รูปแบบของยาถ่ายพยาธิในเด็กที่ทำให้มีลักษณะคล้ายขนมยาแก้ปวดที่อยู่ในรูปยาผงบรรจุซองซึ่งทำให้มีปัญหาในการแบ่งขนาดการ

กิน เช่น ยาไคคลูติก ยาแก้ไอเด็กตราหมีสิงห์ หรือยาปฏิชีวนะสำหรับเด็ก ที่เป็นยาของที่ทำให้ได้ยาไม่ต่อเนื่องจนครบเวลาที่ได้รับ เช่น คาอูลิน ยาที่ไม่ควรใช้ในเด็กแต่ผลิตยาในขนาดที่เหมาะสมสำหรับเด็กออกจำหน่าย เช่น ยาที่ชาวบ้านมักเรียกในชื่อโอลิโอเด็ก (Chlortetracycline)

นอกจากนี้ยาบางรูปแบบ เช่น ยาฉีด ซึ่งไม่ควรมีจำหน่ายในแหล่งกระจายยาในชุมชน แม้ว่าตัวยานั้นอาจมีความปลอดภัยสูง เช่น น้ำเกลือ หรือวิตามิน แต่ด้วยวิธีการใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นเลือดต้องทำโดยผู้ที่มีความรู้ ดังนั้นหากพบว่ามียาเหล่านี้กระจายอยู่ในพื้นที่จะถือว่ามีปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนนั้นๆ การศึกษาโดยใช้เกณฑ์นี้อาจไม่ค่อยได้ทำอย่างเฉพาะเจาะจง แต่เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่าไม่เหมาะสมโดยทั่วไปเมื่อทำโครงการต่างๆ

5) การพิจารณาจากลักษณะภายนอกของยาและสิ่งแวดล้อม

เช่น เป็นยาที่เสื่อมคุณภาพ สี ลักษณะภายนอกเปลี่ยนแปลงไป จากเดิม หรือเป็นยาที่หมดอายุตามฉลากที่ปรากฏ โดยลักษณะภายนอก อาจไม่เปลี่ยนแปลง หรือมีข้อความรูปภาพบนฉลากไม่เหมาะสม เช่น มี รูปอวัยวะที่ทำให้เกิดความเข้าใจไขว้เขวว่ายานั้นแก้ปัญหาคความผิดปกติของอวัยวะนั้นๆ โดยตรง หรือมีฉลากเพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพที่เกินจริง เช่น มีรูปมดลูก รูปไต หรือรูปข้อต่อของกระดูก เพื่อที่จะสื่อว่ายานั้นรักษามดลูกอักเสบ ช่วยล้างไต หรือลดอาการปวดข้อได้ ตามลำดับ ทั้งนี้ ยานี้ไม่ได้มีรักษาความผิดปกตินั้นได้อย่างเจาะจง

นอกจากนี้สภาพการจัดเก็บยา เช่น แยกเป็นสัดส่วนไม่รวมกับอาหารหรือวัตถุมีพิษ ไม่ถูกแดดส่อง ไม่มีฝุ่นจับ มีฉลากชัดเจน ซึ่งเกณฑ์เหล่านี้มักถือว่าเป็นเกณฑ์ทั่วไปที่จะชี้ให้เห็นถึงความรู้ความสามารถ และความเอาใจใส่ดูแลยาที่จำหน่ายของผู้ขายยา เป็นเกณฑ์ที่มักใช้ในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายในร้านชำทั่วไป

การใช้เกณฑ์ต่างๆ เหล่านี้ในการพิจารณาว่ายาชนิดใดบ้างเป็นยาที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยมักใช้หลายข้อร่วมกัน นอกจากนี้ยังพิจารณาควบคู่ไปกับกลุ่มของผู้บริโภคด้วย ถ้าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสได้รับอันตรายจากการใช้มาก เช่น ในกลุ่มเด็ก สตรีมีครรภ์ หรือผู้สูงอายุ ก็จะทำให้ความสำคัญมากขึ้น จำนวน ชนิด และปริมาณของยาแต่ละชนิดที่มี เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่น่ามาใช้ในการพิจารณา จำนวนรายการยาที่ไม่เหมาะสมที่ตรวจพบถ้ามีจำนวนมากก็แสดงถึงความรุนแรงมากด้วย

กระแสในสังคม สื่อมวลชน และนโยบายผู้บริหารก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนกำหนดความรุนแรงและความเร่งด่วนในการแก้ปัญหา ผู้ที่มีส่วนกำหนดที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือแหล่งทุนที่สนับสนุนการวิจัยว่า สนใจปัญหาการใช้ยาในกลุ่มใดอยู่ ในช่วงที่ผ่านมาหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชนมากที่สุด คือ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (หรือ สสม. ซึ่งปัจจุบันคือ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

แม้ว่าหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชนดูเหมือนจะไม่แตกต่างกันมากนักในแต่ละชั้นหรือในการดำเนินการในแต่ละแห่ง แต่ความเข้มงวดกับเกณฑ์ที่แตกต่างมีผลต่อความรุนแรงของระดับปัญหาที่วัดให้ผลแตกต่างกันได้มาก ทั้งที่ในความเป็นจริงสภาพอาจไม่มีความแตกต่างกันเลย โดยเฉพาะในเกณฑ์ที่เกี่ยวกับกฎหมาย เกณฑ์ที่ถือว่าเข้มงวดที่สุดที่จะทำให้เห็นว่าปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมในชนบทมีความรุนแรงมากที่สุดและประกาศใช้ล่าสุด (แม้ไม่แตกต่างจากประกาศเดิม) คือ “บัญชียาสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน” ที่ประกาศในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา 2542: 86–93) โดยระบุชื่อยาพร้อมทั้งสูตรตำรับและขนาดบรรจุ

ไว้ทั้งสิ้น 42 ชื่อ¹ สำหรับ 15 กลุ่มอาการของโรค ซึ่งไม่มียาบรรเทาประทุกันด้าน การติดเชื้อมีอยู่เลย ในจำนวนนี้มีทั้งการเภสัชกรรมผลิตออกจำหน่ายใน รูปยาตำราหลวงแล้ว 36 รายการ

นั่นหมายถึงในทัศนะของผู้ที่ทำงานสาธารณสุขมูลฐานใน ชนบทเห็นว่ายาที่มีสูตรตำรับที่นอกเหนือไปจากยา 42 รายการดังกล่าว ถือว่าเป็นยาที่เกินความจำเป็นหรืออาจไม่เหมาะสมด้วยเหตุผลอย่างใด อย่างหนึ่งที่ไม่ควรจะกระจายอยู่ในชุมชนให้ประชาชนเลือกใช้เอง ซึ่งหาก ถึงเกณฑ์นี้จะพบว่าปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนจะเป็นปัญหา ที่ใหญ่ขึ้นมาก เนื่องจากกรอบของยาที่เหมาะสมมีน้อยลง อย่างไรก็ตาม หากมองว่ารายการยาทั้ง 42 รายการนี้เป็นยาที่สำคัญและจำเป็นต้องมีใน การดูแลสุขภาพพื้นฐาน ส่วนกรอบของยาที่ได้รับอนุญาตให้มีจำหน่ายได้ ในร้านค้าทั่วไปอาจเป็นอีกกรอบหนึ่งที่ประกอบไปด้วยยาอื่นที่อาจไม่มี ความจำเป็นมากนักแต่มีความปลอดภัยในการใช้สูงรวมอยู่ด้วย ก็อาจช่วย ให้การระบุถึงสภาพปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมมีความชัดเจนและสะท้อน ความจริงมากขึ้น

อย่างไรก็ตามคงเป็นเรื่องไม่่ง่ายนักที่จะกำจัดการยาไม่เหมาะสมที่มี อันตรายในการใช้สูงในพื้นที่ชนบทให้หมดไป เพราะแม้แต่ยาที่มีปัญหา ชัดเจน เช่น ยาฉีด ยาชุด ยาควบคุมพิเศษ หรือยาปฏิชีวนะ ก็ยังสำรวจ

¹ ยารักษาโรค ยาเม็ดอะลูมินา-แมกนีเซียม ยาน้ำอะลูมินา-แมกนีเซียม ยาเม็ดไซตามีนท์ ยาขับลม ทิงเจอร์มหาหิงค์ ผงน้ำตาลเกลือแร่ ยาระบายพาร์ฟีน ยาระบายแมกนีเซียม ยาระบายมะขามแขก ยาสวนทวาร ยาถ่ายพยาธิตัวกลม ยาเม็ดแอสไพริน ยาเม็ด พาราเซตามอล 500 มก. ยาเม็ดพาราเซตามอล 325 มก. ยาแก้ไอชนิดน้ำเชื่อมสำหรับเด็ก ยาแก้ไอขับเสมหะสำหรับเด็ก ยาแก้ไอน้ำดำ ยาขับเสมหะ ยาต้มแก้คุดจุก ยา เม็ดแก้แพ้ เหล้าแอมโมเนียหอม ยาเม็ดบำรุงโลหิต ยาเม็ดวิตามินรวม ยาเม็ดวิตามิน บีรวม ยาเม็ดวิตามินซี ยากวาดคอ ยาน้ำเย็นเชียนไวโอเล็ต ยาหยอดตา ขี้ผึ้งป้ายตา ยารักษาหิดเหา ขี้ผึ้งกำมะถัน ยาทาแก้ผดผื่นคัน ขี้ผึ้งรักษาโรคผิวหนังเรื้อรัง ยารักษา กลากเกลื้อน ทิงเจอร์ไอโอดีน น้ำยาโพวิโดน-ไอโอดีน ทิงเจอร์ใส่แผลสด อัลกอฮอล์ เช็ดแผล ยารักษาแผลน้ำร้อนลวก ขี้ผึ้งแก้ปวดบวม และยาแก้ปวดฟัน

พบว่ามีการจำหน่ายอยู่ในร้านค้าในหมู่บ้านทั่วไป

จะเห็นได้ว่ากรอบในการมองปัญหาไม่เหมาะสมในชุมชนของ นักวิชาการ เป็นกรอบที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานหลักที่ว่ายาเป็นสินค้าพิเศษที่มี อันตรายในการใช้ ต้องได้รับการดูแลและส่งมอบให้กับผู้บริโภคโดยผู้ที่มีความรู้ ซึ่งอย่างน้อยก็ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่เจ้าหน้าที่รับรอง ส่วน ผู้บริโภคโดยเฉพาะที่อยู่ในชนบทถูกมองว่าเป็นผู้ที่มีความรู้้น้อยมากเกี่ยวกับยา จึงได้กำหนดรายการยาที่ให้เลือกซื้อใช้ได้เองหรือให้เมียขายได้ทั่วไปไว้ให้น้อยที่สุด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสภาพความเป็นจริงของความคุ้นเคยกับ ยาชนิดต่างๆ ของชาวบ้าน ร่วมกับพิจารณาถึงเกณฑ์ที่ชาวบ้านใช้ตัดสินใจ ความแรงหรืออันตรายของยาแต่ละชนิดดังที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าชาวบ้านและผู้รับผิดชอบเรื่องย่ายืนอยู่กันคนละจุดที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง แต่ จุดยืน เกณฑ์ในการมองและการทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้รับผิดชอบ จากภาครัฐฝ่ายเดียวเท่านั้นที่มีผลต่อการกำหนดมาตรการ และวิธีการแก้ปัญหาตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

3. วิธีการแก้ปัญหการกระจายยาไม่เหมาะสมที่ผ่านมา

ความพยายามที่จะศึกษาวิจัยเพื่อนำเสนอสภาพปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชนบท รวมทั้งความพยายามเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหามา มีทั้งโครงการเล็กๆ ระดับพื้นที่ เช่น โครงการพัฒนารูปแบบการกระจายยาสามัญประจำบ้านสู่ชนบท อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดสุโขทัย (สมนึก และคณะ 2537) โครงการแก้ปัญหการซื้อ/ขายยาที่ไม่เหมาะสมในหมู่บ้าน กรณีศึกษา: ตำบลจำปาหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา (ฉลอง และคณะ 2536) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง (ประสัท 2534) เป็นต้น และที่เป็นโครงการใหญ่ระดับประเทศ เช่น โครงการจัดตั้งกองทุนยาและ

เวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน รวมถึงการจัดสัมมนาระดับชาติเพื่อแก้ปัญหา เช่น การสัมมนาเรื่อง “การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาทางสาธารณสุขมูลฐาน ปัญหาและทางออกในแผนฯ 7” โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ได้ระดมผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้มาร่วมกันคิดเพื่อหาทางออกให้กับปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การจัดประชุมเพื่อยกร่างบัญชียาที่เหมาะสมสำหรับชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน 2535: 171–180) เป็นต้น กรอบการมองต้นเหตุของปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในพื้นที่ชนบทของโครงการที่ดำเนินการผ่านมา มักมุ่งประเด็นไปที่ 3 จุดหลัก คือ 1) ปัญหาของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดประเภทของยาที่ไม่ชัดเจนและไม่เหมาะสม รวมทั้งระเบียบกฎเกณฑ์ในการขึ้นทะเบียน การโฆษณา และการกำกับดูแลยาอื่นๆ 2) ปัญหาของระบบธุรกิจที่มุ่งแต่ผลประโยชน์ที่ได้จากการจำหน่ายยาให้ได้มากที่สุด โดยไม่คำนึงถึงหลักกฎหมายและความถูกต้องทางศีลธรรม และ 3) ปัญหาที่ตัวผู้บริโภคเองที่ขาดความรู้ความเข้าใจ หรือไม่ยอมเลิกพฤติกรรมเก่าๆ ทั้งที่รู้ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จากกรอบการมองปัญหาดังกล่าวมีส่วนกำหนดรูปแบบของวิธีการในการแก้ปัญหาหรือให้ข้อเสนอแนะของการวิจัยหลังจากได้ศึกษาปัญหาในพื้นที่แล้วที่มีมาตลอดช่วงเวลาดังกล่าว สามารถสรุปเป็นวิธีการหลักได้ดังนี้

1) การให้ความรู้กับประชาชน

เป็นวิธีการพื้นฐานที่ทำควบคู่ไปกับวิธีการอื่นๆ โดยมีสมมติฐานเบื้องต้นว่าประชาชนไม่รู้ถึงอันตรายของยาที่มีขายอยู่ในชุมชน หากมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องก็จะเลิกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และหันมาใช้วิธีการดูแลการเจ็บป่วยที่บุคลากรสาธารณสุขนำไปเผยแพร่ ตามแนวคิด KAP (Knowledge, Attitude, Practice) ที่นำมาใช้อย่างกว้างขวางในการศึกษา

วิจัยเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ โดยพยายามหาวิธีการเสริมความรู้ให้กับประชาชนในรูปแบบที่คิดว่าจะได้ผลที่สุด นอกจากนี้ยังให้ความรู้กับเจ้าของร้านชำ ว่ายาประเภทใดที่ควรนำมาจำหน่าย ยาชนิดใดที่มีอันตรายสูง/ผิดกฎหมายห้ามนำมาจำหน่าย รวมทั้งสอนวิธีการเก็บยาที่ถูกต้อง การตรวจสอบยาที่หมดอายุ พร้อมทั้งให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ระดับตำบลให้ช่วยแนะนำชาวบ้านใกล้ชิดยิ่งขึ้น ต่อมาหลังจากได้ใช้หลายๆ วิธีในการเสริมความรู้แล้ว เริ่มพบว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะแก้ปัญหานี้ได้ จึงเริ่มหาวิธีการอื่นๆ มาใช้ร่วมด้วย

2) การใช้มาตรการทางกฎหมาย

เป็นอีกวิธีหนึ่งที่นำมาใช้ในการควบคุมระบบการกระจายยา โดยเฉพาะที่ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งมีอำนาจหน้าที่โดยตรง แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการดำเนินการกับร้านยาที่ได้รับอนุญาตเป็นหลัก ส่วนร้านชำและแหล่งกระจายยาอื่นในหมู่บ้าน มาตรการทางกฎหมายมักถูกใช้เพื่อการตักเตือนมากกว่าการลงโทษอย่างจริงจัง มาตรการทางกฎหมายที่ใช้อยู่ในพื้นที่มักถูกปรับเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นตามสมควร อย่างไรก็ตามการไม่เข้มงวดในการนำกฎหมายมาบังคับใช้เองกลับเป็นจุดหนึ่งที่ทำให้การลักลอบฝ่าฝืนกฎหมายยังปรากฏให้เห็นทั่วไป

การศึกษาที่มีการใช้หลักเกณฑ์ทางกฎหมายมาใช้ก็มีความเข้มข้นแตกต่างกันไป ในการศึกษาของ ธงไชย และคณะ (2534) ที่ทำการศึกษาที่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ได้นำมาตรการทางกฎหมายมาใช้ดำเนินคดีกับผู้ที่ยังคงไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจนถึงขั้นศาล หรือการศึกษาการใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการขายยาในกองทุนยาและร้านชำ จังหวัดยะลา (พรทิพย์ 2538: 41–44) นอกจากนี้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยหลายชิ้นเกี่ยวกับเรื่องการกระจายและการใช้ยาไม่เหมาะสม มักมีข้อเสนอแนะให้มีการแก้ไขปรับปรุงบัญชียาตามกฎหมายไว้ด้วย

3) การสนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน สมุนไพร หรือวิธีการอื่น เพื่อใช้ทดแทนการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

หลักการพื้นฐานของการดำเนินการแนวนี้เห็นว่าการให้ความรู้หรือการใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเดียว โดยไม่มีทางออกให้กับประชาชนสำหรับใช้ทดแทนยาที่ไม่เหมาะสมจะไม่ช่วยให้ปัญหาหมดไปได้ แนวคิดนี้มีทั้งโครงการระดับพื้นที่ เช่น โครงการสนับสนุนยาสามัญประจำบ้านในอำเภอภูเขียวและอำเภอสุวรรณภูมิที่กล่าวถึงข้างต้น โครงการสนับสนุนการใช้สมุนไพรของโรงพยาบาลกุดชุม หรือโครงการฟื้นฟูการนวดไทยของมูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทยและมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ที่พยายามเผยแพร่ให้ใช้การนวดและการแพทย์แผนไทยมาทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน นอกจากนี้โครงการใหญ่ที่ทำระดับชาติ เช่น โครงการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน โครงการสนับสนุนการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ก็เป็นตัวอย่างของการแก้ปัญหาโดยการหาสิ่งที่คิดว่าเหมาะสมกว่าเข้าไปทดแทนยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน แต่การเข้าไปทดแทนได้มากน้อยเพียงใดสามารถดูได้จากความสำเร็จของการดำเนินการโครงการนั้นๆ ซึ่งให้ผลแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

4) การเสนอให้ปรับปรุงบัญชียาสำหรับประชาชนขึ้นใหม่

ทั้งนี้เนื่องจากนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เริ่มเห็นว่าปัญหาพื้นฐานอย่างหนึ่งคือ รายการยาสามัญประจำบ้านในปัจจุบันไม่เหมาะสมทั้งในด้านรายการยาและรูปแบบของยา เพราะไม่น่าใช้ ไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้ และไม่สนใจให้ภาคเอกชนผลิตออกจำหน่ายในเชิงธุรกิจ ได้มีความพยายามที่จะเสนอบัญชียาที่ประชาชนสามารถซื้อใช้ได้เองและจำหน่ายได้ทั่วไปขึ้นใหม่ เช่น รายการยาสาธารณสุขมูลฐานที่ได้จากการสัมมนาเรื่อง “การใช้ยาที่เหมาะสมในงานสาธารณสุขมูลฐาน” ที่จัดขึ้นเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2529 ได้เสนอรายการยา 95 รายการเพื่อใช้ใน

ชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535, 171–180) รวมทั้งมีรายงานอีกบางส่วนที่เสนอให้จัดกลุ่มยาตามกฎหมายใหม่ โดยให้เพิ่มยาที่หาซื้อได้ทั่วไป (OTC Drugs) ให้มากขึ้น และเสนอให้ยกเลิกร้านยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ ให้เหลือร้านขายยาเพียงประเภทเดียว (สำลั 2526, สุนุญญา 2540) อย่างไรก็ตามข้อเสนอดังกล่าวยังไม่ได้รับการตอบ สนองอย่างเป็นทางการ แม้มีความพยายามในการนำเสนอเรื่องนี้มากกว่า 20 ปีแล้วก็ตาม

5) เสนอแก้ไขวิธีการขึ้นทะเบียนและถอนทะเบียนตำรับยา

โดยให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทบทวนทะเบียน ตำรับยาที่มีอยู่ในปัจจุบัน และยกเลิกตำรับที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ทั้งหมด รวมทั้งปรับขั้นตอนการขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่ที่ไม่เปิดโอกาสให้มีการ ผลิตยาที่ไม่เหมาะสมออกจำหน่าย ให้มีการกำหนดอายุของทะเบียนตำรับ ยาแทนที่จะใช้ได้ตลอดไป ปรับปรุงระเบียบที่เปิดโอกาสให้ถอนทะเบียนยา ที่ไม่เหมาะสมได้ง่ายขึ้น ข้อเสนอเหล่านี้มักเป็นข้อเรียกร้องขององค์กร พัฒนาเอกชน (NGOs) ที่ทำงานด้านยาและสุขภาพ เช่น กลุ่มศึกษาปัญหา ยา คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข (คปอส.) หรือชมรมเภสัชชนบท โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าหากมีกระบวนการ ตรวจสอบควบคุมที่เข้มแข็งตั้งแต่ต้น จะสามารถกำจัดยาที่ไม่เหมาะสมไม่ ให้ออกสู่ตลาดได้ โดยไม่ต้องเสียเวลาที่จะไปให้ความรู้หรือจับกุมในระดับ พื้นที่ ผลการดำเนินงานขององค์กรเหล่านี้แม้ว่าต้องอาศัยเวลาและความ สามารถในการต่อสู้กับอิทธิพลและผลประโยชน์ของผู้ผลิตบางกลุ่มอย่าง มาก แต่ก็นับว่าประสบผลสำเร็จพอควร มียาที่ไม่เหมาะสมหลายตำรับได้ ถูกยกเลิกทะเบียนหรือให้มีการปรับปรุงตำรับใหม่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น ดัดยาไซโปรเฮปตาดีน ที่ผสมในวิตามินชนิดน้ำเชื่อมสำหรับเด็ก ยกเลิก ตำรับยาน้ำไคฟิโรน สำหรับเด็ก ดัดคาเฟอีนออกจากยาชง ยาแก้ปวด

ลดใช้ ดัดสรรพคุณแก้ปวดประจำเดือนในยาสูตรผสมไคโปยโรนออก รวมทั้ง
ล่าสุดยาเพนนิซิลลิน จี ชนิดเม็ด ที่เป็นปัญหามานานก็ได้รับการประกาศ
ถอนทะเบียนในเดือนเมษายน 2550²

นอกจากนี้ยังมีโครงการอื่นๆ ที่แต่ละหน่วยงานพยายามพัฒนาขึ้น
เพื่อช่วยแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในภาพรวม เช่น โครงการพัฒนา
ค่าบ่งชี้สภาพการใช้ยาในร้านยา ของคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย (สถิติพงศ์ และคณะ 2539) โครงการร้านยาตัวอย่างของ อย.
หรือโครงการร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรม เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อพัฒนา
ระบบบริการที่ร้านยาให้เป็นแหล่งกระจายยาที่มีคุณภาพ ลดการกระจาย
ยาที่มีปัญหาลง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว การลดหรือ
กำจัดยาที่ไม่เหมาะสมออกจากชุมชนด้วยวิธีการที่กล่าวมาข้างต้นถือว่า
ประสบความสำเร็จน้อยมาก เนื่องจากยังคงมียาที่ไม่เหมาะสมกระจายอยู่
ในพื้นที่ทั้งในเมืองและชนบทมากมาย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วย
กลยุทธ์การตลาดใหม่ๆ ของธุรกิจยา

4. ข้อจำกัดของกรอบในการมองปัญหา และวิธีการแก้ปัญหการกระจายยาในชนบท

การแก้ปัญหามียาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนตลอดช่วงเวลาที่
ผ่านมา ต้องถือว่าเป็นการทุ่มเทและอาศัยความพยายามในการทำงานของ
เจ้าหน้าที่และหน่วยงานอย่างมาก บางโครงการผู้ทำงานถูกข่มขู่จากผู้ที่มี
ผลประโยชน์ด้วยวิธีการต่างๆ ต้องทำงานล่วงเวลาติดต่อกันเป็นเว
นานโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน บางครั้งอาจต้องเสียสละทรัพย์สินส่วนตัว
เพียงเพื่อต้องการเห็นภาพประชาชนในพื้นที่ตนเองรับผิดชอบมียาที่เหมาะสม

² คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 185/2550 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอน
พิเศษ 41ง หน้า 55 ลงวันที่ 4 เมษายน 2550

สมให้ได้ใช้ หรือเห็นชาวบ้านไม่ถูกเอาเปรียบจากพ่อค้าหรือหลงเชื่อกลยุทธ์ของการโฆษณา แต่เพราะเหตุใดความตั้งใจทำงานของคนจำนวนมาก ตลอดเวลาที่ยาวนานกว่า 20 ปี ยังคงไม่มีรูปแบบหรือวิธีการที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพที่จะทำให้ปัญหาการกระจายยาและใช้ยาไม่เหมาะสมหมดไป ยังไม่มีพื้นที่ใดเลยในประเทศไทยที่กล่าวได้อย่างภาคภูมิใจว่าเป็นพื้นที่ตัวอย่างที่ปลอดจากยาไม่เหมาะสม

ความล้มเหลวดังกล่าวได้สะท้อนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกว่าเรื่องของตัวบุคคล หรือเรื่องของการหาสิ่งที่ (คิดว่า) ดีกว่าเดิมไปทดแทนสิ่งที่ (คิดว่า) ไม่เหมาะสม ไปสู่ปัญหาของวิธีการมองปัญหา ระบบวิธีคิดในการหาคำตอบของบุคลากร รวมทั้งปัญหาของตัวโครงสร้างระบบสาธารณสุข ระบบราชการ และพลังที่มีอำนาจครอบงำผู้บริหาร ไม่ให้กล้าคิดกล้าทำในสิ่งที่ควรทำ ในส่วนต่อไปจะวิเคราะห์ปัญหาพื้นฐานของความล้มเหลวดังกล่าว รวมทั้งเสนอมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหาที่ควรจะต้องศึกษาเพิ่มเติม

1) ความเป็นวิชาชีพ: พื้นฐานการมองปัญหาอย่างจำกัด

“การกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชน” ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขคุ้นเคยและคลุกคลีมานานจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายดูเหมือนจะเข้าใจซาบซึ้งถึงสภาพของปัญหาเป็นอย่างดี ยังขาดอยู่เพียงการค้นหากลวิธีที่มีประสิทธิภาพมาใช้เท่านั้น ความคุ้นเคยอยู่กับวิธีการมองปัญหาที่ได้รับการปลูกฝังมาโดยตลอดว่า “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์” หรือ “เมื่อมีปัญหาเรื่องยาต้องปรึกษาเภสัชกร” รวมทั้งการได้รับการวางแผนคิดอย่างเข้มข้นและเป็นระบบเมื่อเข้าสู่กระบวนการฝึกฝนให้เป็นวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการยา เรื่องการเจ็บป่วย หรือเรื่องของการสาธารณสุข ทำให้กรอบวิธีการในการมองปัญหา

และวิธีคิดในการแก้ไขปัญหาของนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ถูกจำกัดอยู่ในหลัก การพื้นฐานบางอย่างที่ได้รับการยอมรับอย่างไร้ข้อสงสัยเฉพาะในสังคมของ คนในวิชาชีพเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ **ความเป็นวิชาชีพอาจเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การแก้ปัญหามิใช่การกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชน ไม่ประสบผลสำเร็จ** เช่นเดียวกับปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมากก็เป็นได้

หากจะตั้งคำถามอย่างท้าทายเพื่อให้เห็นอิทธิพลของวิชาชีพต่อการแก้ปัญหานี้ว่า “ปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสม เป็นปัญหาของใคร? มีสาเหตุจากอะไร?” คำตอบที่คุ้นเคยและค่อนข้างจะตายตัวของบุคลากร สาธารณสุข คือ เป็นปัญหาของผู้บริโภคที่ขาดความรู้ มีความเชื่อผิด ๆ เป็น ปัญหาของภาคธุรกิจที่เห็นแก่ผลกำไร เป็นปัญหาของระบบการควบคุม กำกับดูแลยา ฯลฯ แต่หากนำไปถามชาวบ้านในพื้นที่ชนบท **ชาวบ้านอาจ ไม่เคยรู้สึกเลยว่าปัจจุบันมีปัญหาเรื่องการกระจายยาไม่เหมาะสมใน ท้องที่ของตน หรือปัญหาอาจไปอยู่ที่การมียาให้เลือกซื้อน้อยเกินไป ในหมู่บ้าน แต่ปัญหาจะเกิดขึ้นทันทีเมื่อเจ้าหน้าที่ไปกำหนดว่ายาใน หมู่บ้านจะต้องมีได้เพียงแค่นี้** ควรเป็นของบริษัทนี้ (เช่น ขององค์การ เกสซกรรม) มีขนาดบรรจุเท่านั้นเท่านั้น หรือต้องใช้ตามวิธีที่กำหนดนี้เท่านั้น ยาที่ประชาชนใช้กันอย่างคุ้นเคยตั้งแต่เกิด กลับได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ว่า เป็นยาที่อันตรายเกินไปไม่เหมาะสมที่จะใช้ในหมู่บ้านอีกต่อไป **เมื่อ พิจารณาในมุมมองของชาวบ้านแล้ว ปัญหาการกระจายยาหรือการ ใช้ยาไม่เหมาะสมที่เจ้าหน้าที่ทุ่มเทแก้ปัญหากันมายาวนาน อาจเป็น เพียงปัญหาไร้สาระที่เจ้าหน้าที่ “คิดไปเอง”** ผลสะท้อนในการแก้ปัญหา ที่ออกมาจึงดูเหมือนไม่มีอะไรคืบหน้าไปมากนัก เพราะชาวบ้านไม่ได้ ตระหนักถึงปัญหาอย่างที่เจ้าหน้าที่มอง

ผลเสียจากการใช้ยาที่อาจมีอันตรายถึงชีวิตที่พบได้ไม่ยากนักใน พื้นที่ชนบท ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขกังวลว่าทำให้ชีวิตและสุขภาพของ

ประชาชนในชนบทเลวร้ายลง เป็นความจริงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมที่ชาวบ้านก็เห็นเช่นเดียวกัน แต่ผลเสียเหล่านั้นในสายตาของชาวบ้านได้มองเลยไปกว่ากรอบของผลที่เกิดจากการใช้ยาตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอง โดยมองไปสู่ประเด็นอื่นๆ ทั้งการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง อาหารการกิน สิ่งแวดล้อม รวมถึงผลที่เกิดจากสิ่งที่ยูนอกเหนือธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นบุญกรรมเก่าที่มีมาในอดีตของแต่ละคน หรืออิทธิพลของผีบรรพบุรุษ แม้ในปรากฏการณ์ที่เห็นค่อนข้างชัดเจนว่าเป็นผลเสียหรือผลดีที่เกิดจากการใช้ยา ก็จะมีการเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์สะสมกันมาเป็นองค์ความรู้ในการใช้ยาของชาวบ้าน ที่อาจแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงจากความรู้ในตำราของบุคลากรสาธารณสุข เป็นองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติที่ไม่ต่างไปจากภูมิปัญญาพื้นบ้านในการใช้สมุนไพร หรือวิธีการแบบพื้นบ้านในการรักษาการเจ็บป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบัน ในขณะที่คนในวงการสาธารณสุขต่างชื่นชมกับคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย แต่บุคลากรสาธารณสุขคนเดียวกันนั้นกลับมององค์ความรู้และภูมิปัญญาในการใช้ยาแผนปัจจุบันของชุมชนในมุมที่ตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง สิ่งนี้ชี้ให้เห็นข้อจำกัดในวิธีคิดวิธีมองปัญหาที่เป็นผลจากการเรียนการปลูกฝังของวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเป็นการมองปัญหาการใช้ยาอย่างจำกัดกว่าทัศนะที่ชาวบ้านมอง

ปัจจุบันการจัดการกับระบบการเรียนการสอนที่อิงอยู่กับระบบ วิธีการ และเนื้อหาวิชาการของต่างประเทศมาก จนแยกขาดจากสภาพความเป็นจริงของสังคมไทย ขาดการเตรียมความพร้อมของผู้ที่จะเข้าสู่วิชาชีพให้มีความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจชุมชน โดยเฉพาะในทัศนะของคนในชุมชนเอง (Emic view) ไม่ใช่ในฐานะของนักวิชาชีพที่มองชาวบ้านด้วยเกณฑ์ของตนเอง (Etic view) ที่เชื่อว่าตนรู้ดีหรือเชี่ยวชาญในเรื่องนี้มากที่สุด ส่วนชาวบ้านโดยเฉพาะในชนบทเป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องยาและการใช้น้ำน้อยที่สุด การเรียนการสอนบุคลากรสาธารณสุขในปัจจุบันเน้นให้

ออกไปทำงานในสถานบริการ มากกว่าให้ไปทำงานในชุมชน ดังนั้นการปรับปรุงระบบการเรียนรู้การสอนบุคลากรสาธารณสุขที่จะเข้าสู่วิชาชีพ พร้อมๆ กับการเสริมความรู้และแนวคิดใหม่ในการทำความเข้าใจปัญหา สุขภาพให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ อาจเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการทำความเข้าใจและแก้ปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสม ให้พ้นไปจากกรอบความคิดเดิมที่มีข้อจำกัดดังกล่าว

2) ระบบราชการ: หนึ่งในอุปสรรคที่สำคัญของการแก้ปัญหา

แม้ว่ามีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากที่ทุ่มเททำงานแก้ปัญหา การใช้และการกระจายยาที่ไม่เหมาะสม แต่ส่วนหนึ่งของอุปสรรคและความล้มเหลวในการจัดการแก้ปัญหานี้คือความเป็นระบบราชการของระบบสาธารณสุข ระบบราชการเป็นระบบที่ต้องทำตามคำสั่งหรือนโยบาย แม้จะปฏิเสธไม่ได้ว่านโยบายเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานต่างๆ แต่นโยบายที่ดีควรต้องมีความยืดหยุ่นสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ด้วย การแก้ปัญหาละเอียดอ่อนด้วยวิธีการเดียวกันทั่วประเทศ เช่น การจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน เป็นตัวอย่างหนึ่งของปัญหาการกำหนดนโยบายของระบบราชการที่ไม่ยืดหยุ่นและทำให้การแก้ปัญหาไม่ประสบผลสำเร็จ การดำเนินการบางอย่างที่อาจขัดแย้งกับกฎเกณฑ์อย่างชัดเจน เช่น การอนุญาตให้ขายยาบางประเภทที่ผิดกฎหมายในพื้นที่ หากไม่มีนโยบายสนับสนุนก็ไม่อาจทำให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนได้ ในขณะที่จะดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายทั้งหมดก็ทำไม่ได้เช่นกัน ภาพที่ปรากฏจึงเป็นปัญหาในทางปฏิบัติอยู่ต่อไป ขั้นตอนที่ซับซ้อนและล่าช้าเพราะต้องอิงอยู่กับระเบียบต่างๆ เป็นอีกส่วนหนึ่งที่เป็นอุปสรรคของการทำงานในระบบราชการ นอกจากนี้งานด้านสาธารณสุขที่ต้องสัมพันธ์กับชุมชนต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องยาวนาน อาศัยความสนใจและความสามารถส่วนตัวของ

เจ้าหน้าที่ร่วมด้วย การที่ต้องโยกย้ายสับเปลี่ยนตามวาระของระบบราชการ ทำให้งานจำนวนมากต้องหยุดชะงักไป เพราะเปลี่ยนตัวผู้บริหารหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงานตามวาระเพื่อความก้าวหน้า

หลายๆ ครั้งที่พบว่าข้อปฏิบัติที่ทางราชการกำหนดขึ้นมีความขัดแย้งกันเอง จนเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาในการกระจายยาขึ้น เช่น ขณะที่รัฐอนุญาตให้มีการโฆษณายาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จฯ ผ่านสื่อต่างๆ ได้ทั่วไป (แม้จะมีการตรวจสอบสื่อโฆษณาเหล่านั้นระดับหนึ่งแล้วก็ตาม) เพื่อเปิดโอกาสให้ภาคธุรกิจสามารถแนะนำ (รวมทั้งโน้มน้าว) ให้ประชาชนต้องการใช้นั้นได้อย่างเต็มที่ แต่กลับห้ามไม่ให้ร้านค้าทั่วไปนำยาเหล่านั้นมาจำหน่ายถือว่าเป็นหลักการที่ขัดแย้งกัน เนื่องจากเปิดโอกาสให้มีการกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางตลาดขึ้นแล้ว ดังจะเห็นได้จากเหตุผลสำคัญของการนำยามาขายในร้านชำที่เจ้าของร้านแทบทั้งหมดบอกว่าเป็นเพราะชาวบ้านต้องการใช้ยาเหล่านั้น และเป็นฝ่ายเรียกร้องให้นำมาจำหน่าย

นอกเหนือจากข้อจำกัดของความเป็นระบบราชการที่เห็นได้อย่างชัดเจนเหล่านั้นแล้ว ปัญหาที่ซุกซ่อนอยู่ในระบบราชการไม่ว่าปัญหาเส้นสายในการทำงาน ผลประโยชน์จากหน้าที่ หรือการโยกโยกกับอำนาจต่างๆ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การแก้ปัญหาการกระจายยาและปัญหาอื่นๆ ในระบบราชการไม่ประสบผลสำเร็จ แม้จะมีการปรับปรุงโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการกระจายอำนาจให้อิสระในการบริหารงานและการใช้เงินไปยังจังหวัดต่างๆ พยายามจูงใจให้โรงพยาบาลแข่งขันกันพัฒนาบริการแก่ประชาชนเพื่อให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ แต่ระบบนี้ก็เกิดประโยชน์กับงานบริการที่จูงใจให้ประชาชนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นหลัก ไม่ได้เอื้อประโยชน์กับงานการคุ้มครองผู้บริโภคที่ต้องทำงานอยู่ในชุมชนมากนัก

3) ทุนนิยม-บริโศคนิยม: พลังอำนาจที่ครอบงำระบบยา และพฤติกรรมการใช้ยา

ระบบทุนนิยม บริโศคนิยม และระบบการค้าเสรี ที่ประเทศไทยรับเข้ามาใช้เป็นหลักการและเครื่องมือในการพัฒนาประเทศ ได้ทำให้การบริโศคยาของประเทศเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากมูลค่าการผลิตยาแผนปัจจุบันของประเทศที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 5,454.90 ล้านบาท ในปี 2530 เป็น 20,871.00 ล้านบาท ในปี 2540 (กองควบคุมยา 2542) และ 31,130.64 ล้านบาท ในปี 2548 (กองควบคุมยา 2550ก) การเพิ่มขึ้นชัดเจนขึ้นเมื่อพิจารณาที่มูลค่าการนำเข้ายาจากต่างประเทศที่เพิ่มขึ้นจาก 2,803.54 ล้านบาท ในปี 2530 เป็น 13,136.00 ล้านบาท ในปี 2540 (กองควบคุมยา 2542) และ 41,630.85 ล้านบาท ในปี 2548 (กองควบคุมยา 2550ข) (มูลค่าจะมากขึ้นกว่านี้หากคิดในราคาจำหน่าย)

ธุรกิจยามีส่วนสำคัญมากในการกำหนดประเภทและชนิดของยาที่กระจายอยู่ในชุมชน ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดต่อไปในส่วนที่กล่าวถึงปัจจัยกำหนดรูปแบบของการกระจายยา แต่ในที่นี้ต้องการชี้ให้เห็นว่าในระบบทุนนิยม-บริโศคนิยม มีอิทธิพลต่อวิธีการกำกับดูแลยาของรัฐและพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน เช่น ทุกฝ่ายยอมรับว่า “ยา” เป็นสินค้าพิเศษที่ต้องมีการกำกับดูแลและควบคุมไม่ให้ใช้กลยุทธ์ทางการตลาดอย่างเสรีในการจำหน่ายและโฆษณา แต่ยากลับเป็นสินค้าที่ใช้งบประมาณในการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ สูงมากมาโดยตลอด นับเฉพาะมูลค่าการโฆษณายาในกลุ่มที่ได้รับอนุญาตให้โฆษณาต่อประชาชนทั่วไปได้ ระหว่างปี 2528-2535 ยาเป็นสินค้าที่มีมูลค่าในการโฆษณามากที่สุดเป็นอันดับ 2 อยู่ถึง 5 ปี และในอันดับ 3 อีก 3 ปี (สุวิทย์ บก. 2537: 571) โดยมีค่าใช้จ่ายในการโฆษณาเฉพาะที่ผ่านสื่อวิทยุโทรทัศน์ ประมาณ 168 ล้านบาท ในปี 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 600 ล้านบาท ในปี 2536 และ เป็น 750 ล้านบาท ในปี 2538 กลุ่มยาที่มีการโฆษณามาก ได้แก่ กลุ่มยาลดไข้แก้ปวด กลุ่มยาลดกรด กลุ่มยาขับถ่าย

บรรเทาปวด กลุ่มยาถ่ายพยาธิ และกลุ่มยาต้านเชื้อรา

สำหรับเทคนิคการโฆษณา ผู้ผลิตมักเลือกใช้สื่อที่ทำให้ผู้บริโภคจำชื่อยาได้ง่าย เพิ่มโฆษณาซ้ำหลายๆ ครั้ง พยายามหาข้อความที่จำง่าย สั้น และสื่อถึงสรรพคุณของยา เน้นชื่อยี่ห้อยาจนผู้บริโภคไม่รู้ว่ายาจริงๆ คืออะไร (ฉลาดซื้อ 2539: 33) ข้อจำกัดในการทำงานของหน่วยราชการในการควบคุมกำกับกับการจำหน่ายและโฆษณายา เปิดโอกาสให้มีการลักลอบโฆษณาด้วยเทคนิควิธีการต่างๆ ที่จะช่วยให้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ของตนให้ได้ ทั้งนี้ยังไม่รวมการโฆษณาโดยตรงต่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ใช้ทุกวิถีทางเพื่อให้มีการสั่งใช้ยาของตนให้มากที่สุด มีการใช้โฆษณาแฝงในรูปของการจัดอบรมสัมมนาทางวิชาการให้กับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ จัดทำของกำนัลแจกในโอกาสต่างๆ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและรู้สึกเกรงใจจนต้องสั่งใช้ยาเหล่านั้น ซึ่งในที่สุดก็ผลักราคาให้จ่ายต่อไปยังผู้บริโภค ทำให้ราคายาสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ **อิทธิพลของการโฆษณาและกลยุทธ์การตลาดมีอิทธิพลอย่างสอดคล้องกันระหว่างผู้สั่งใช้ยาและผู้บริโภคนยา เป็นแรงเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเกินจำเป็นและการกระจายของยาไปสู่ประชาชนอย่างทั่วถึง**

อิทธิพลของบริษัทยายังมีส่วนกำหนดบทบาทของนักวิชาการในการศึกษาวิจัยยา ในรูปของการให้ทุนสนับสนุนการวิจัย การสนับสนุนเครื่องมือและวัสดุในการศึกษาวิจัย สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการนำเสนอผลงานวิชาการ หรือเชิญเป็นวิทยากรบรรยายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บริษัทเพื่อทำให้ยานั้นดูน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับมากขึ้น แม้ว่าในปี 2531 องค์การอนามัยโลกได้มีการร่างเกณฑ์ทางจริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา (Ethical criteria for medical drug promotion) ให้ประเทศสมาชิกนำไปใช้อย่างสมัครใจแล้วก็ตาม แต่ดูเหมือนว่าไม่มีการนำไปปฏิบัติกันอย่างจริงจัง จากการประเมินให้คะแนนการปฏิบัติตามเกณฑ์ดังกล่าวในปี 2535 ประเทศไทยได้เพียง 9 คะแนน (น้อยกว่าปากีสถาน ฟิลิปปินส์ และ

มาเลเซีย ซึ่งได้ 20, 18, และ 17 คะแนน ตามลำดับ ในขณะที่ประเทศ
ออสเตรเลียได้สูงสุด 26 คะแนน) (สุวิทย์ บก. 2537: 616) นอกจากนี้
อิทธิพลบริษัทยาในยุคทุนนิยมและการเปิดตลาดเสรียังเชื่อมโยงไป
ถึงผู้บริหารประเทศ นักการเมือง และข้าราชการที่เกี่ยวข้องในรูปของ
ผลประโยชน์รูปแบบต่างๆ ดังกรณีการทุจริตในการจัดซื้อยาที่เคย
เป็นข่าวมาแล้ว

ในส่วนของผู้บริโภค วิถีชีวิตของคนในสังคมบริโภคที่ถูกกระตุ้นให้
แข่งขันในการทำงานอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าในภาคเกษตรกรรมหรือธุรกิจ
อุตสาหกรรม เพื่อหาเงินให้ได้มากที่สุดมาใช้จ่ายซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก
ต่างๆ ได้มีผลต่อวิถีคิดในการดูแลสุขภาพของคนในยุคนี้ด้วย ปัจจุบัน
คนต้องการเพียงวิธีการรักษาที่ทำให้หายป่วยได้เร็วที่สุด เพื่อกลับเข้าทำงาน
หรือกลับไปบริโภคสินค้าและบริการให้ได้เต็มที่เหมือนเดิมให้ได้เร็วที่สุด
นิยามของวิธีการรักษาที่ดีจึงเปลี่ยนไป ยาที่ดีคือยาที่รักษาให้หายได้
เร็ว แพทย์ที่ดีคือแพทย์ที่รักษาหายเร็ว ดังนั้นทั้งแพทย์และประชาชน
ต่างพึงพอใจกับการใช้ยาที่แรงออกฤทธิ์เร็ว ซึ่งมักเป็นยาที่มีอันตราย
สูงและราคาแพง เช่น ยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ๆ ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์แรง รวม
ทั้งยาชุด เป็นต้น

ความต้องการใช้ลักษณะนี้เป็นตัวกำหนดสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่ง
ผลให้มีการนำยาที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้เข้าสู่ชุมชน การพยายามขจัดยา
เหล่านี้ออกจากชุมชนโดยปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการใช้ของชาวบ้านยังมี
อยู่และมีเพิ่มขึ้นทุกขณะ อาจส่งผลให้เกิดรูปแบบการกระจายยาใหม่ๆ
หรือมีการนำยาที่มีฤทธิ์สูงตัวใหม่ๆ ที่มีอันตรายมากกว่า เข้ามาใช้ทดแทน
ทำให้เกิดปัญหารุนแรงยิ่งขึ้นตามมาเป็นลูกโซ่ การเข้าไปดำเนินการลด
เหตุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการบริโภคตามที่กล่าวมานี้ จึงเป็นสิ่งที่ควรเร่ง
ดำเนินการควบคู่เพิ่มเข้าไปเพื่อการแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด

5. แนวทางการจัดการกับข้อจำกัดในการแก้ปัญหา การกระจายยา

ข้อจำกัดหลักทั้ง 3 ประเด็นดังกล่าว มีส่วนอย่างสำคัญต่อความล้มเหลวในการแก้ปัญหการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนในช่วงที่ผ่านมา ข้อจำกัดในด้านการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุขเป็นตัวกำหนดวิธีมองปัญหาที่ทำให้เกิดอุปสรรคสำคัญคือการไม่เข้าใจปัญหาในชุมชนอย่างถ่องแท้ ไม่เข้าใจความคิดของชาวบ้าน ไม่เห็นความเชื่อมโยงของปัญหาการกระจายยากับปัญหาอื่นๆ ในสังคม ข้อจำกัดในระบบราชการทำให้กิจกรรมที่พยายามจะทำเพื่อแก้ปัญหามีอุปสรรคหรือข้อจำกัดมากมายจนหลายฝ่ายท้อถอยไม่ต้องการเข้าไปฝืนระบบ ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเต็มที่ดังที่ต้องการ ส่วนข้อจำกัดเนื่องจากระบบทุนนิยมและการตลาดแบบใหม่ที่เข้ามามีอิทธิพลทั้งต่อระบบการควบคุมกำกับยา อิทธิพลต่อผู้บริหาร นักการเมือง นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งอิทธิพลที่มีต่อประชาชนโดยตรง เป็นข้อจำกัดที่ยิ่งใหญ่ที่ยากที่จะเข้าไปด้านกระแสนี้ได้ แม้ข้อจำกัดทั้ง 3 ด้านดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมหรือการเข้าไปจัดการได้เพียงลำพัง จนอาจทำให้รู้สึกท้อถอยหรือไม่เห็นทางออกในการแก้ปัญหการกระจายยาและการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม แต่การได้เรียนรู้ถึงข้อจำกัดเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจสภาพของปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมที่กำลังเผชิญอยู่มีความชัดเจนขึ้น ซึ่งจะช่วยกำหนดทิศทางการจัดการกับปัญหาได้ชัดเจนขึ้นรวมทั้งช่วยให้ยอมรับและเข้าใจความล้มเหลวในอดีตได้ดีขึ้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาและศึกษาเป็นแนวทางการแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้อาจประกอบด้วย

1) การให้ความสำคัญกับองค์ความรู้และระบบวิธีคิดที่นอกเหนือจากความรู้เฉพาะทางด้านวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น โดยการปรับปรุงหลักสูตรการ

จัดการเรียนการสอนบุคลากรสาธารณสุขให้มีมุมมองทางสังคมร่วมกับ มุมมองทางวิชาชีพ เพื่อสามารถเข้าใจปัญหาที่ต้องเผชิญได้รอบด้านมากขึ้น รวมทั้งนำไปสู่วิธีการคิดหาแนวทางการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น ใน ส่วนของผู้ที่สำเร็จการศึกษาไปแล้วอาจต้องใช้วิธีการฝึกอบรม การศึกษาต่อ าระดับหลังปริญญา การให้การศึกษาต่อเนื่องผ่านทางหนังสือ ตำรา หรือ วารสารของวิชาชีพให้มากขึ้น

2) การให้ความสำคัญกับงานขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านการ สาธารณสุขให้มีส่วนช่วยในการสอดส่องดูแลยาที่อาจทำให้ผู้บริโภคได้รับ อันตราย ให้ข้อมูลเรื่องการไ้ยาและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้อง และกระตุ้นเตือนผู้บริโภคให้ได้ตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการไ้ยา โดย การสนับสนุนงบประมาณ เปิดเผยข้อมูล รวมทั้งอำนวยความสะดวกในด้าน อื่นๆ เนื่องจากกลุ่มนี้มีความคล่องตัวในการทำงานสูงกว่าหน่วยงานรัฐ และ ผลงานในอดีตที่ผ่านมาสามารถรณรงค์จนสามารถถอนทะเบียนยาที่ไม่ เหมาะสมไปได้หลายชนิด แม้ว่ายังไม่ได้รับความร่วมมือจากภาครัฐเท่าที่ ควรก็ตาม การสนับสนุนให้องค์กรเหล่านี้ทำหน้าที่ปกป้องผู้บริโภคจึงช่วย ลดข้อจำกัดต่างๆ ที่ภาครัฐทำไม่ได้ ในอนาคตองค์กรเหล่านี้อาจทำหน้าที่ แทนผู้บริโภค มีอำนาจในการต่อรองกับผู้ผลิต ซึ่งอาจรวมถึงการสอดส่อง ดูแลการทำงานของภาครัฐด้วย

3) ปรับระบบการกำกับดูแลยา โดยสำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยาควรให้ความสำคัญในการป้องกันไม่ให้มียาที่ไม่เหมาะสม กระจายออกสู่ตลาด และการทบทวนตำรับยาที่มีอยู่มากกว่า 25,000 ตำรับ เพื่อกำจัดยาไม่เหมาะสมที่มีอยู่แล้วให้หมดไป นอกจากนี้ควรมี มาตรการควบคุมดูแลการผลิตและจำหน่ายยาที่ยังไม่ได้ GMP เนื่องจาก เป็นต้นตอของการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมออกสู่ชนบทที่สำคัญ

4) สนับสนุนให้ผู้บริโภครวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือชุมชนเพื่อปกป้อง ผลประโยชน์ หรือพิทักษ์สิทธิของตนเอง ซึ่งเป็นช่องทางใหม่ทางกฎหมาย

ที่รับรองสิทธิของชุมชนในการรวมตัวกันเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างอิสระขึ้น หรือการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนในการรับรู้ กำหนดนโยบาย และตรวจสอบการทำงานของหน่วยงานของรัฐในท้องถิ่นมากขึ้น รวมทั้งกำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับสิ่งที่มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตมากขึ้น ข้อกำหนดดังกล่าวอาจเป็นช่องทางที่จะช่วยให้การทำงานของหน่วยงานของรัฐเป็นไปเพื่อแก้ปัญหาของชุมชนได้ชัดเจนขึ้น และทำให้การทำงานของภาครัฐต้องโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ง่ายขึ้น

5) เนื่องจากข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินธุรกิจในยุคตลาดการค้าเสรี การเพิ่มมาตรการในการควบคุมโฆษณาและวิธีการกระจายยาให้รัดกุมยิ่งขึ้น เป็นวิธีการหนึ่งในการที่จะป้องกันการสื่อข้อมูลที่ไม่เหมาะสมไปสู่ผู้บริโภค ขณะเดียวกันรัฐหรือองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคควรใช้สื่อมวลชนที่มีอยู่ รวมทั้งช่องทางสื่อสารใหม่ๆ เช่น internet ที่เข้าถึงสถานศึกษาในระดับท้องถิ่นแล้ว ให้เป็นประโยชน์เพื่อให้ข้อมูลด้านยากับประชาชน และการสร้างกระแสให้สังคมเห็นถึงอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

6) ใช้ประโยชน์จากภาคธุรกิจโดยสนับสนุนให้ระบบธุรกิจได้เข้ามามีส่วนช่วยแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น สนับสนุนให้ภาคเอกชนที่ผลิตยาที่มีคุณภาพดีและมีความปลอดภัยในการใช้สูง ให้สามารถกระจายยาลงสู่พื้นที่ในชนบทได้สะดวกขึ้น เพื่อให้กลไกตลาดเป็นตัวนำยาที่เหมาะสมเข้าสู่ชุมชน แทนที่จะเป็นการดำเนินการโดยภาครัฐดังที่ผ่านมา

7) พัฒนาระบบการเรียกร้องค่าเสียหายชดเชยจากผู้ผลิตที่ผลิตยาไม่ได้มาตรฐาน หรือมียาที่ไม่ได้มาตรฐานออกสู่ตลาด หรือปล่อยให้มีการโฆษณาจนเกิดความเข้าใจผิด หรือขายยาอย่างไม่รับผิดชอบจนเกิดอันตรายกับผู้บริโภค เพื่อให้ผู้ประกอบการธุรกิจยารับผิดชอบต่อผลิตภัณฑ์ของตนหรือยาที่ตนขายมากยิ่งขึ้น และ

8) ใช้กระแสความสนใจของโลกมาเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหา เช่น กระแสความสนใจรักษาสุขภาพโดยใช้ธรรมชาติบำบัด ให้ความสนใจกับการใช้อาหาร สมุนไพร และหลีกเลี่ยงการชื้อยาเพื่อป้องกันอันตรายจากสารเคมี หรือในกรณีที่มีการแพทย์ทางเลือกได้รับความสนใจมากขึ้น ควรให้การสนับสนุนการแพทย์ทางเลือกหรือการรักษาด้วยวิธีการทางธรรมชาติอื่น ๆ (ที่ปลอดภัยและน่าเชื่อถือ) เข้ามาถ่วงดุลการชื้อยาเป็นสรณะในการรักษา ขณะเดียวกันก็ต้องป้องกันปัญหาที่เกิดการใช้การแพทย์ทางเลือกที่ไม่เหมาะสมไปพร้อมๆ กันด้วย



บทที่ 3

แหล่งกระจายยาในชุมชน



นอกเหนือจากตัวผลิตภัณฑ์ยาที่กล่าวถึงในบทที่ผ่านมาแล้ว ช่องทางที่ยาเหล่านั้นถูกนำไปสู่ประชาชนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชนบท ในบทนี้จะกล่าวถึงแหล่งกระจายยาที่สำคัญที่มีในชนบท เนื่องจากแหล่งกระจายยาในชุมชนมีหลายรูปแบบ โดยแต่ละรูปแบบมีบทบาทและหน้าที่ในการกระจายยาให้กับชุมชนที่แตกต่างกัน และมีการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจแต่ละรูปแบบไว้มากน้อยแตกต่างกัน ในที่นี้จึงนำเสนอแหล่งกระจายยาในชุมชนไปที่ละรูปแบบ เริ่มตั้งแต่ร้านชำ กองทุนยา ร้านยา และการกระจายยารูปแบบอื่นๆ เช่น รถเร่ขายยา หมอฉีดยา คลินิก ไปตามลำดับ โดยในแต่ละช่องทางของการกระจายยาได้แบ่งนำเสนอเนื้อหาเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกกล่าวถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับแหล่งกระจายยานั้นๆ ที่ศึกษามาจนถึงปัจจุบันว่ามีสถานการณ์อย่างไร ส่วนที่สองกล่าวถึงกรอบการมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแหล่งกระจายยานั้นๆ ในช่วงที่ผ่านมาว่ามองอย่างไรและดำเนินการแก้ปัญหาที่พบอย่างไร และในส่วนที่สามทำการวิเคราะห์ข้อจำกัดในการแก้ปัญหาที่ทำมาในอดีต พร้อมทั้งเสนอแนวทางดำเนินการที่คาดว่าจะเส้นทางออกของการแก้ปัญหาในอนาคต การวิเคราะห์ในส่วนนี้ได้เน้นเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข้องกับแหล่งกระจายยาเป็นหลัก แต่ความจริงเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของข้อจำกัดในการแก้ปัญหาการกระจายยาในชนบท ดังที่ได้ทำการวิเคราะห์ไว้ในส่วนที่หนึ่งแล้ว ส่วนที่ซ้ำกันจึงไม่น่ามากล่าวอีก

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับแหล่งกระจายยา

1) ร้านชำ

การที่มียาจำหน่ายอยู่ในร้านชำเป็นภาพที่ปรากฏให้เห็นได้โดยทั่วไปจนดูเหมือนเป็นเรื่องปกติ มีผู้บริโภคน้อยมากที่ทราบว่า การจำหน่ายยาในร้านชำจะเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายหากยานั้นไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันแทบทุกชิ้นระบุตรงกันว่า ร้านชำคือสถานที่ที่ชาวบ้านไปแสวงหายามาใช้ในการรักษาการเจ็บป่วยมากที่สุดแห่งหนึ่ง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลตัวเมืองที่ไม่มีร้านยา โรงพยาบาล หรืออยู่ห่างไกลสถานอนามัย อาจถือได้ว่าร้านชำเป็นแหล่งกระจายยาเพียงแห่งเดียวที่มีอยู่ในชุมชน และสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวกตลอดเวลา และมียาที่ต้องการใช้ส่วนหนึ่งไว้จำหน่าย

■ องค์ความรู้เกี่ยวกับการกระจายยาในร้านชำที่ผ่านมา

ข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายยาในร้านชำที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นรายงานการสำรวจสถานการณ์ของการจำหน่ายยาร่วมกับอาหาร เครื่องสำอาง และสินค้าอื่นๆ ในร้านชำ ตามโครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ส่วนการศึกษาที่เป็นโครงการวิจัยมักสนใจประเด็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในชุมชน และพบว่าร้านชำมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาดังกล่าว การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสภาพการจำหน่ายยาในร้านชำโดยตรง และการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อหาวิธีลดการจำหน่ายยา

ที่ไม่เหมาะสมในร้านค้าเหล่านี้ยังมีการศึกษากันไม่มากนัก

การศึกษาศถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านชำจากพื้นที่หลาย จังหวัดพบว่า ร้อยละ 75–100 ของร้านชำมียาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน จำหน่าย (ลือชัย และคณะ 2535: 184; พรทิพย์ 2538: 21) ในจำนวนร้าน ชำที่ขายยาอยู่นี้น้อยมากที่มียาสามัญประจำบ้านจำหน่ายด้วย เช่น ที่ จังหวัดชัยภูมิ อำเภोजตุรัส สํารวจพบว่า มีเพียง 2 ร้านจาก 15 ร้าน ส่วนที่ อำเภอกุฉิวยาง 2 ร้าน จาก 99 ร้าน ที่มียาสามัญประจำบ้านขายร่วมกับ ยาอื่นๆ (วงศ์นี้ 2534: 39; ธงไช และคณะ 2534) จำนวนรายการยาที่ จำหน่ายในร้านชำแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน เฉลี่ยตั้งแต่ 18 รายการ ไป จนถึง 51 รายการต่อร้าน ทั้งนี้ขึ้นกับขนาดของร้านชำและขนาดของ หมู่บ้าน (ลือชัย และคณะ 2537: 184) ส่วนใหญ่กลุ่มของยาที่พบว่ามี จำหน่ายมากในร้านชำได้แก่ กลุ่มของยาแก้ปวด ลดไข้ ยาบรรเทาอาการ ไข้หวัด ไอ ยาปฏิชีวนะ ยาที่ใช้ในโรคทางเดินอาหาร ยาทาแก้โรคผิวหนัง ยาแก้อักเสบของข้อและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) รวมทั้ง ยาชุด ยาสเตียรอยด์ และยาช่วยให้นอนหลับ (ลือชัย และคณะ 2537: 184; พรทิพย์ 2538: 15, 23, 43; บุญศรี และมยุรี 2539: 55; รุ่งเพชร 2541: 9–16; สำลี และคณะ 2520: 49–50; สุพัตรา และคณะ 2533: 33–34; สันทิต และ ไรลีย์ 2517: 24) ชาวบ้านในบางพื้นที่รับรู้เพียงว่ายาที่ขายในร้านชำแบ่ง ได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ผิดกฎหมายต้องลักลอบซื้อขายกันและร่วมกันปิด บังไม่ให้เจ้าหน้าที่รับรู้เช่น ยาชุด ยานอนหลับ ยากระตุ้น (ยาอี) เป็นต้น กับกลุ่มของยาอื่นๆ ที่คิดว่าไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากสามารถหาซื้อได้ ทั่วไป “เพราะถ้าผิดกฎหมายแล้วหลวงต้องห้าม” (พรทิพย์ 2538: 36–37) การพบความจริงส่วนนี้ทำให้นักศึกษาต่างๆ สรุปตรงกันว่า ร้านชำเป็น แหล่งสำคัญที่กระจายยาไม่เหมาะสมให้กับประชาชนในพื้นที่ชนบท

สิ่งจูงใจให้นํายามาขายในร้านชำจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า เหตุผลหลักที่เจ้าของร้านบอกคือขายตามคำเรียกร้องของชาวบ้านที่ต้อง

การใช้ยาเหล่านั้น และเห็นว่าร้านค้าก็จำหน่ายกันอยู่ทั่วไปจึงไม่น่าจะมีปัญหาอะไร ช่วยให้สินค้าที่ร้านมีครบตามความต้องการของลูกค้า ผู้ขายมักจะบอกว่ากำไรจากการขายยาไม่ได้สูงกว่าที่ได้จากการขายสินค้าอื่นๆ มีร้านชำจำนวนหนึ่งระบุว่าไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่าไม่สามารถขายยาในร้านชำได้ และส่วนใหญ่ยินดีที่จะเลิกจำหน่ายหากทางการจะมีการจับกุมผู้ฝ่าฝืน (ลือชัย และคณะ 2537: 184; พรทิพย์ 2538: 32) แต่การจะให้นำยาสามัญประจำบ้านมาจำหน่ายแทนยาที่มีอยู่ในปัจจุบัน เจ้าของร้านชำส่วนใหญ่ระบุว่าหาซื้อไม่ได้หรือซื้อยาก และหากซื้อมาได้ขายก็ไม่แน่ใจว่าจะมีชาวบ้านซื้อใช้หรือไม่ เพราะชาวบ้านไม่รู้จักไม่เคยมาเรียกซื้อ

มีการศึกษาจำนวนหนึ่งระบุถึงแหล่งที่มาของยาในร้านชำว่า ยาเกือบทั้งหมดที่จำหน่ายได้มาจากร้านขายยาในตัวอำเภอหรือตัวจังหวัด ซึ่งร้านยาจะนำมาส่งให้หรือเจ้าของร้านชำอาจไปหาซื้อมาพร้อมกับการซื้อสินค้าอื่นเข้าร้าน รูปแบบการซื้อมีทั้งการไปซื้อด้วยตนเอง การโทรศัพท์สั่งหรือเขียนรายการยาที่จะซื้อฝากรถประจำทางไปให้ร้านขายยาจัดส่งมาให้แล้วแต่ความสนิทสนมคุ้นเคยของแต่ละแห่ง นอกจากนี้หลายพื้นที่ยังมีการซื้อยาจากรถเร่ขายยาเพื่อนำมาจำหน่ายอีกต่อหนึ่ง หรือรถเร่นำมาฝากไว้ให้จำหน่ายที่ร้าน (จันทร์เพ็ญ และคณะ 2524: 8; ลือชัย และคณะ 2537: 185) อย่างไรก็ตามข้อมูลเชิงลึกของความสัมพันธ์ระหว่างร้านยาในตัวเมืองรถเร่ขายยา และร้านชำในหมู่บ้าน โดยเฉพาะมูลค่าของยาที่ถูกส่งเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในหมู่บ้านยังไม่มีการศึกษาไว้ในขณะนี้ ทำให้ภาพของยาในร้านชำถูกตัดออกจากความเชื่อมโยงกับระบบการกระจายยาหลักของประเทศ ทั้งๆ ที่น่าจะเป็นช่องทางสำคัญในการกระจายยาสู่ผู้บริโภคที่มีมูลค่าไม่น้อยกว่าช่องทางที่เป็นทางการอื่นๆ

การศึกษาอีกส่วนหนึ่งพยายามหาทางออกในการแก้ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน โดยเพิ่มช่องทางการกระจายยาให้กับประชาชนในรูปแบบต่างๆ เช่น เปิด “มุมขายยา” ในโรงพยาบาล (นัตตา

2529) เพื่อเป็นแหล่งกระจายยาสามัญประจำบ้านให้ประชาชน การจัด “ห้องยาชุมชน” ขึ้นในแหล่งชุมชนพร้อมทั้งกำหนดรายการยาที่เป็นขึ้นใหม่สำหรับจำหน่ายให้ประชาชนโดยตรง (วิทยา และคณะ 2530) รวมทั้งโครงการจัดตั้งกองทุนยาขึ้นในหมู่บ้านต่างๆ ทั่วประเทศ เพื่อสนับสนุนยาสามัญประจำบ้านให้ประชาชนในชนบท โดยหวังที่จะนำไปทดแทนยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำได้ ในปี 2533 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการรณรงค์ทางสาธารณสุขมูลฐานเรื่อง “การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา” ขึ้น รวมทั้งมีนโยบายให้ดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขเป็นงานประจำงานหนึ่งของฝ่ายเภสัชสาธารณสุข (ชื่อในขณะนั้น) ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ได้มีการสนับสนุนให้ศึกษาวิจัยในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งหารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคโดยลดการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำขึ้นหลายโครงการ แต่ผลของการศึกษาและกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ บางโครงการ เช่น กองทุนยาที่สนับสนุนให้ตั้งขึ้น หลายแห่งกลับเป็นแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนเสียเอง โครงการสนับสนุนยาสามัญประจำบ้านในหลายโรงพยาบาลต้องยุติลงหลังจากสิ้นสุดโครงการ ปัจจุบันจึงยังคงมียาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านจำหน่ายในร้านชำทั่วไป อย่างไรก็ตามต้องยอมรับว่าผลจากการดำเนินการอย่างต่อเนื่องที่ผ่านมาช่วยให้ยาที่มีอันตรายสูง ทั้งยาปฏิชีวนะ ยาชุด และยาควบคุมพิเศษ ที่กระจายอยู่ในร้านชำลดลงไปได้ระดับหนึ่ง

■ กรอบการมองปัญหาการกระจายยาในร้านชำที่ผ่านมา

การศึกษาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำที่ผ่านมาสามารถสรุปกรอบในการมองสาเหตุของปัญหาผ่านทางกรอบการวิเคราะห์ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะของงานวิจัยเหล่านั้น ออกได้เป็น 4 ด้านหลัก คือ

(1) มองว่าปัญหาเกิดจากเจ้าของร้านชำ ที่ตั้งใจฝ่าฝืนกฎหมาย เพราะต้องการผลประโยชน์จากการจำหน่ายยาเหล่านี้แก่ชาวบ้าน รวมทั้งต้องการมีสินค้าที่ถูกค่าต้องการไว้บริการให้มากที่สุดเพื่อเอาใจลูกค้า ร้านค้าส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่ทราบว่ามีกฎหมายห้ามการจำหน่ายยาที่นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้าน สำหรับแนวทางการแก้ปัญหาในส่วนนี้ที่ท่ามาส่วนใหญ่เป็นการออกตรวจร้านชำเป็นระยะๆ โดยผู้ที่รับผิดชอบจะให้ข้อมูลว่ากล่าวตักเตือน หรือยึดยาที่เป็นปัญหา แล้วแต่กรณี พบว่ามีการดำเนินการเพื่อลงโทษทางกฎหมายอย่างจริงจังกับร้านชำที่ทำผิดเรื่องนี้ น้อยมาก เช่น ในกรณีของโครงการที่ดำเนินงานที่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ เป็นต้น ปัญหาที่เกิดจากเจ้าของร้านชำอีกด้านหนึ่งคือการไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับยา ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ที่มาซื้อยา รวมทั้งไม่ให้ความสำคัญกับการจัดเก็บยาอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้รับผิดชอบได้พยายามหาวิธีแก้ปัญหาโดยการจัดอบรมให้ความรู้กับเจ้าของร้านชำ หรือให้คำแนะนำขณะไปสำรวจร้านค้าเหล่านี้

(2) มองว่าปัญหาอยู่ที่ชาวบ้านขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา เห็นว่าชาวบ้านชอบใช้ยาตามคำโฆษณา ยาที่ให้ผลการรักษาเร็ว โดยไม่นึกถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้น และชอบทดลองใช้ยาตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน โดยเป็นฝ่ายเรียกร้องให้ร้านค้านำยาเหล่านั้นไม่ว่า ยาซอง ยาชุด ยาปฏิชีวนะ หรือยาที่ได้ยินจากโฆษณา มาจำหน่าย การแก้ปัญหาตามกรอบนี้ ผู้รับผิดชอบจะพยายามให้ความรู้กับชาวบ้านเกี่ยวกับการใช้ยา และการดูแลสุขภาพ พยายามอบรมชาวบ้านกลุ่มที่จะมีอิทธิพลต่อการใช้ยาในบ้าน เช่น แม่บ้าน หญิงมีครรภ์ หรือเด็กในวัยเรียน ชี้ให้เห็นอันตรายจากการใช้ยาเหล่านั้น รวมทั้งหาช่องทางสนับสนุนยาสามัญประจำบ้านมาให้ชาวบ้านได้เลือกใช้ผ่านช่องทางต่างๆ ภายหลังการทำโครงการแล้ว หลายโครงการก็ไม่ประสบผลสำเร็จ บางแห่งยาที่ไม่เหมาะสมอาจลดลงเพียงระยะหนึ่งจากนั้นก็จะมีเพิ่มขึ้นเช่นเดิม

(3) มองปัญหาอยู่ที่กรอบของกฎหมายในการแบ่งกลุ่มยาไม่เหมาะสม รายการยาสามัญประจำบ้านไม่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ประชาชนเป็นอยู่ รวมทั้งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการผลิตยาสามัญประจำบ้านที่ไม่เอื้อต่อการผลิตเพื่อการค้า ภาพที่ปรากฏคือผู้มีหน้าที่ดูแลเรื่องนี้ยังคงอนุโลมให้ร้านขายของชำสามารถจำหน่ายยาบางกลุ่มที่เห็นว่ามีอันตรายไม่มากนักต่อไป เช่น ยาลดไข้ บรรเทาอาการหวัด ยาลดกรด ยาระบาย ยาแก้ท้องเสีย จะกวัดขันเฉพาะยาที่มีอันตรายสูง เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาชุด ยาควบคุมพิเศษ เท่านั้น รวมทั้งได้เรียกร้องให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการปรับปรุงบัญชียาและวิธีการควบคุมยาในกลุ่มต่างๆ ใหม่เอาไว้ในข้อเสนอแนะมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (สำลี และคณะ 2523: 52–53; สุวิทย์ บก. 2537: 558; พรทิพย์ 2538: 46)

(4) มองปัญหาอยู่ที่การควบคุมดูแลยาก่อนการกระจายสู่ตลาด (Pre-marketing Control) ซึ่งรวมทั้งการโฆษณา การออกใบอนุญาตทะเบียนตำรับยาหรือบรรจุภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น มียาปฏิชีวนะสำหรับเด็กในรูปยาของ หรือ Piroxicam ในรูปแบบยาบรรจุเสร็จ ทำให้ยากต่อการควบคุม นอกจากนั้นการโฆษณายังทำให้เกิดการสร้างอุปสงค์ของการใช้ยา และทำให้การควบคุมยากยิ่งขึ้น (กนิษฐา และคณะ 2535; การุณ และคณะ 2535; สุพัตรา และคณะ 2533)

■ ข้อจำกัดในการแก้ปัญหาการกระจายยาในร้านชำ

จากที่กล่าวมาแล้วในบทที่ผ่านมาว่ากรอบการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้วิจัยซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักวิชาชีพ ได้รับการยอมรับให้มีมุมมองต่อปัญหาที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การมองปัญหาการกระจายยาในร้านชำและวิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาในการศึกษาที่ผ่านมาจึงค่อนข้างจะเป็นไปในแนวเดียวกันใน 4 ด้านดังที่สรุปข้างต้น ซึ่งจำกัดอยู่เฉพาะกับประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงเท่านั้นคือ ผู้ขาย ผู้ซื้อ และในส่วนของระเบียบ

และการบังคับใช้กฎหมายที่ตนเองเกี่ยวข้อง ขาดการเชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยด้านลึกอื่นๆ ของสังคม เช่น ขาดการทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่กำหนดพฤติกรรมทั้งของชาวบ้านที่ซื้อยาและเจ้าของร้านชำผู้ขายยา อิทธิพลของการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ที่มีต่อชาวบ้าน รวมทั้งขาดการศึกษามูลค่าทางเศรษฐกิจและประโยชน์-ผลเสียที่เกิดขึ้นจริงจากการจำหน่ายยาในระดับหมู่บ้าน เป็นต้น ดังนั้นแม้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ใช้ความพยายามค้นหามาตรการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำมาโดยตลอด แต่ดูเหมือนว่าความพยายามดังกล่าวจะยังไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร ยังพบว่ามียาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านอีกเป็นจำนวนมากจำหน่ายอยู่ในร้านชำในหมู่บ้าน มูลเหตุของความพยายามที่ล้มเหลวที่สำคัญอย่างหนึ่งเกิดจากข้อจำกัดในการทำความเข้าใจกับปัญหา ทำให้กรอบแนวคิดหลักในการแก้ปัญหานี้หลายอย่างเป็นอุปสรรคต่อการแก้ปัญหาเสียเอง ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างคำถามที่ท้าทายแนวคิดหลักในการใช้แก้ปัญหการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำที่ถือว่าเป็นกรอบแนวคิดหลักร่วมกันในการใช้แก้ปัญหานี้มาโดยตลอด มาเป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดของวิธีคิดในการแก้ปัญหที่ผ่านมาในบางประเด็น ดังนี้

■ จริงหรือที่ร้านชำไม่ควรมีการจำหน่ายยา

ที่นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้าน

ประเด็นนี้เป็นปัญหาพื้นฐานที่สุดที่ใช้ระบุว่า ยาที่กระจายอยู่ในร้านชำในขณะนี้ เป็นปัญหาหรือไม่ และมีปัญหารุนแรงเพียงใด จากการที่กฎหมายได้ระบุคุณลักษณะของยาสามัญประจำบ้านที่เป็นยาแผนปัจจุบัน¹ จำนวน 53 รายการ ไว้อย่างชัดเจนในประกาศกระทรวงสาธารณสุข

¹ คุณลักษณะที่ระบุได้แก่ ชื่อและปริมาณสารสำคัญในตำรับ สรรพคุณ ขนาดและวิธีใช้ คำเตือน การเก็บรักษา และขนาดบรรจุ

เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน ปี 2542 และ 2549 (กองควบคุมยา 2550) คล้ายกับว่ายาจำนวนนี้เพียงพอและเหมาะสมที่จะใช้แก้ปัญหาสาธารณสุขของชาวบ้าน ถ้าสามารถกระจายออกไปสู่ชาวบ้านได้อย่างทั่วถึง ส่วนยานอกเหนือจากนี้จะไม่ปลอดภัยพอหากให้ประชาชนเลือกใช้เอง

การตั้งต้นเช่นนี้ทำให้ยาจำนวนมากที่มีลักษณะใกล้เคียงกับยาสามัญประจำบ้านที่มีอยู่ในร้านยากลายเป็นยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ยาแก้ไอ น้ำดำที่มีสูตรหรือขนาดบรรจุต่อขวดต่างไปจากที่ประกาศไว้เพียงเล็กน้อย หรือยาพาราเซตามอลที่บรรจุแผง 10 เม็ด แต่มีข้อความบนฉลากไม่เป็นไปตามที่ประกาศไว้ จะถือว่าไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านและจะกลายเป็นยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนทันที การทำเช่นนี้ดูเหมือนว่าจะทำให้ปัญหารุนแรงขึ้นโดยไม่สะท้อนถึงสภาวะสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง ในบางครั้งยังสร้างความลำบากใจให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ด้วย เช่น เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในทางปฏิบัติอนุมัติให้ยาจำนวนหนึ่งที่พิจารณาแล้วว่าจะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้โดยไม่เกิดอันตรายมากนักให้สามารถจัดจำหน่ายในร้านชำต่อไปได้ ก็ถูกมองว่าไม่เอาจริงกับการแก้ปัญหา สิ่งที่ปรากฏและงานวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นปัญหานี้ในทางปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

แม้ว่าจะมีการศึกษาที่เรียกร้องให้ดำเนินการแก้ปัญหาในเรื่องบัญชียามาเป็นระยะๆ แล้วก็ตาม แต่หากจะถามถึงเป้าหมายสูงสุดของความสำเร็จในการแก้ปัญหการกระจายที่ไม่เหมาะสมในร้านชำของโครงการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาแทบทั้งหมด หากเป็นไปได้เชื่อว่าผู้วิจัยก็ยังคงคาดหวังที่จะให้ร้านชำในพื้นที่รับผิดชอบจำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงกรอบที่ยึดถือยอมรับร่วมกันในวงการวิชาชีพถึงสิ่งที่ควรมีอยู่ในชุมชน โดยใช้มาตรฐานที่ร่วมกันกำหนดขึ้นตามหลักการ 5 ข้อของการพิจารณาว่ายาชนิดใดไม่เหมาะสมกับชุมชนดังที่กล่าวถึงในหัวข้อที่ผ่านมา ซึ่งเป็นกรอบที่กำหนดขึ้นโดยไม่ได้มีพื้นฐานอยู่

ที่ความต้องการของชาวบ้าน บริบททางสังคมหรือปัญหาสุขภาพที่มีอยู่แตกต่างกันในแต่ละชุมชนเลย

■ ยาที่เหมาะสมที่ควรจะมีอยู่ในร้านขายคืออะไร

หากกรอบแรกมีความเป็นไปได้ที่จะปรับปรุงแก้ไข ประเด็นต่อมาที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการแก้ปัญหานี้คือการที่จะระบุว่ายาชชนิดใดบ้างที่ควรจะมีอยู่ในร้านขาย การที่ “ยา” ถูกมองว่าเป็นสินค้าพิเศษที่ผู้บริโภคไม่อยู่ในฐานะที่จะเลือกซื้อได้อย่างอิสระ เนื่องจากต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญในการเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคลเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทำให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาการกำหนดขอบเขตการใช้ยาและจัดประเภทของยา ทำโดยอาศัยมุมมองทางวิชาการของผู้ที่อยู่ในวิชาชีพด้านการแพทย์ที่อ้างอิงความรู้เกี่ยวกับข้อมูลของต่างประเทศเป็นหลัก

องค์ความรู้ทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของคนในชนบทไทยจริงๆ ไม่ได้ถูกนำมาใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือกหรือจัดกลุ่มยาเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ สภาพของชาวบ้านในชนบทถูกสรุปออกมาอย่างรวบรัดว่าเป็นผู้ที่ไม่มีความรู้และยากที่จะทำให้มีความรู้เรื่องยาที่ค่อนข้างซับซ้อนนี้ได้ ภาพที่มองชาวบ้านเช่นนี้ยังมีส่วนสำคัญที่ทำให้ขีดกรอบยาสามัญประจำบ้านไว้ให้จำกัดที่สุด จนเกิดปัญหาด้านการใช้ยาและการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามกฎหมายอยู่ในปัจจุบัน แทนที่จะเป็นการใช้แนวคิดพื้นฐานที่จะให้มียามากขึ้นในชุมชน แล้วให้ความรู้ในการใช้ยาเหล่านั้นกับชาวบ้านได้เลือกใช้อย่างถูกต้องในลักษณะเดียวกันกับ OTC drugs ในต่างประเทศ และควบคุมดูแลยาที่อยู่นอกเหนือจากที่กำหนดไม่ให้มีการโฆษณาและจำหน่ายในชุมชนอย่างเด็ดขาด

อย่างไรก็ตามการพิจารณากรอบยาที่เหมาะสมที่ควรมีในร้านขายไม่ควรยกเอากรอบยา OTC ของต่างประเทศมาทั้งหมด หรือปรับยาแผน

ปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ ที่มีอยู่ทั้งหมดมาใช้ การกำหนดยาที่ควรมีจำหน่ายได้ ในชุมชน นอกจากจะต้องนำข้อมูลทางสังคมและวัฒนธรรมที่ได้จากการ ศึกษาอย่างลึกซึ้งซึ่งรอบด้านมาร่วมในการพิจารณาแล้ว อาจต้องเปิดโอกาส ให้ผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่จริง รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องที่อยู่นอกเหนือ จากกลุ่มวิชาชีพด้านสาธารณสุข เช่น กลุ่มนักธุรกิจผู้ผลิตยา กลุ่มองค์กร คุ่มครองผู้บริโภค องค์กรชุมชน ฯลฯ ให้มีส่วนร่วมในการพิจารณา บัญชี ยาที่ได้ไม่จำเป็นที่จะต้องมีบัญชีเดียวที่สามารถใช้แก้ปัญหาได้ในทุกพื้นที่ ของประเทศดังที่เป็นมา ควรที่จะเป็นบัญชีที่มีความเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ มีความยืดหยุ่น และต้องเอื้อต่อการนำไปผลิตและกระจายผ่านระบบตลาด ที่เป็นจริง โดยรัฐไม่ต้องเป็นภาระในการกระจายยาเหล่านี้อีก

■ จริงหรือที่ประชาชนไม่รู้เรื่องยา

และไม่รู้ว่ายาลายชนิดในร้านชำมีอันตราย

เมื่อมีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้น บ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจะมีรูปแบบสำเร็จรูปในการแก้ปัญหาโดยจะมองว่าประชาชน ขาดความรู้ในเรื่องนั้นๆ จึงจัดโครงการรณรงค์ให้ความรู้กับชาวบ้านกลุ่ม เป้าหมายในเรื่องนั้นๆ อย่างเข้มข้น โดยคาดหวังว่าเมื่อความรู้ของ ประชาชนดีขึ้นแล้วจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในกรณีนี้คือชาวบ้าน จะไม่ใช้ยาอันตรายที่มีในชุมชนอีกต่อไป และจะเป็นฝ่ายเรียกร้องให้ร้านค้า จัดหายาที่เหมาะสมมาจำหน่าย จนไม่เกิดปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสม อีกต่อไป

แม้ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญมากในการนำไปสู่พฤติกรรมที่ดี แต่ ก็ไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษาของ วงศ์นี้ (2534: 38–39) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบการจำหน่ายยาสามัญประจำ บ้านและยาอื่นๆ ในร้านชำ ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องยากับ 2 ชุมชน ที่ศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันเลย และเมื่อถามความเห็นของ

ประชาชนหลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับยาสามัญประจำบ้านไปแล้วว่าหากมียาสามัญประจำบ้านมาจำหน่ายจะเปลี่ยนมาใช้หรือไม่ ชาวบ้านประมาณร้อยละ 30 ระบุว่าจะไม่เปลี่ยนมาใช้ เนื่องจากไม่เคยใช้ คิดว่าสูยาบริษัทไม่ได้ หรือหาซื้อลำบาก ส่วนอีกร้อยละ 30 จะเปลี่ยนมาใช้ก็ต่อเมื่อได้ทดลองใช้แล้วดีจริง สามารถหาซื้อได้ง่าย หรือเมื่อหาซื้อยาบริษัทไม่ได้แล้วเท่านั้น มีเพียงร้อยละ 20 ที่จะเปลี่ยนมาใช้เพราะรู้สึกว่ามันจะเป็นยาที่ดีกว่า ส่วนที่เหลือให้เหตุผลว่าจะเปลี่ยนมาใช้ยาสามัญประจำบ้าน เพราะว่าเจ้าหน้าที่มาแนะนำให้ใช้

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ายังมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาสามัญประจำบ้านของชาวบ้าน และหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญคือต้องผ่านการประเมินผลการใช้แล้วว่าเป็นยาที่ “ดี” ไม่ว่าจะเป็นการประเมินโดยมีประสบการณ์การใช้เอง หรือได้ข้อมูลจากคนรอบข้างแล้วจึงจะเลือกใช้

การที่ชาวบ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เกณฑ์ในการพิจารณาว่ายาชนิดหนึ่ง “ดีเพียงใด” แตกต่างกัน ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีกรอบในการมองชาวบ้านว่า เพราะชาวบ้าน “ไม่รู้” ว่ายาที่มีอันตรายจึงยังคงใช้ยาเหล่านั้นอยู่ต่อไปอยู่เสมอ เจ้าหน้าที่จึงทุ่มเทอยู่กับการหาวิธีให้ความรู้ชาวบ้านต่อไป แต่ยังไม่ตระหนักว่าการที่ชาวบ้านยังประเมิน ยาชุด ว่าเป็นยาที่ดี ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะยาชุดเป็นสิ่งที่ดีที่สุดแล้วในบริบทที่เขามีชีวิตอยู่ อาจเพราะเป็นช่วงที่ต้องทำงานในไร่ในนาหยุดไม่ได้ ขณะเดียวกันก็ไม่มีเงินพอที่จะเหมารถไปโรงพยาบาล ที่สถานีนอนมัยก็ไม่ค่อยมียาให้ นอกจากจะไปหาตอมค่าๆ ที่ต้องจ่ายค่ายาเพิ่ม หรืออาจมีเจ้าหน้าที่ที่พูดจาถากถางไม่น่าฟัง ยาที่ได้กินก็ไม่ค่อยหาย ในขณะที่คนรอบข้างเขาจำนวนมากก็ยังใช้ยาชุดกันอยู่และมีขายทั่วไป ฯลฯ **ทั้งๆ ที่รู้ว่ากินยาชุดแล้วไม่ดีต่อสุขภาพ รวมทั้งอาจเคยเห็นคนที่บวมหรือเคยได้ยินว่ามีคนเสียชีวิตจากการกินยาชุดมาแล้ว แต่สำหรับเขาขณะนั้นอาจไม่มี**

อะไรที่ดีไปกว่าการใช้ยาชุดแล้วก็เป็นได้

กรอบที่จำกัดในการมองและตัดสินเรื่องความไม่รู้ของชาวบ้าน ทำให้บริบทของการใช้ยาเหล่านี้ถูกละเลยมาโดยตลอด การกล่าวเช่นนั้นมิใช่ให้ยอมรับสภาพ และปล่อยให้ปัญหาการกระจายยาและใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมดำเนินไปเช่นนี้ แต่การมีกรอบการมองที่กว้างและเข้าใจสภาพที่ชาวบ้านดำรงอยู่จะช่วยให้มีความเข้าใจปัญหาชัดเจนขึ้น และทางออกในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพสังคมนั้นๆ จะเกิดตามมา วิธีการใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่นอกเหนือจากการให้ความรู้กับชาวบ้านและเจ้าของร้านชำอาจถูกนำมาประยุกต์ใช้ คำกล่าวในกลุ่มคนทำงานที่รับผิดชอบเรื่องนี้ที่ว่า ชาวบ้านไม่เชื่อเจ้าหน้าที่ เชื่อแต่โฆษณา ไม่รู้จักฟัง ไม่รู้จักดูแลตัวเอง ฯลฯ อาจกลายเป็นเหตุผลที่ไม่มีน้ำหนักอีกต่อไป ในมุมมองที่เปลี่ยนไปนี้บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อาจพบว่า ร้านชำคือแหล่งที่เหมาะสมที่สุดในทุกๆ ด้าน สำหรับการกระจายยาที่เหมาะสมไปสู่ประชาชนในชนบท และยาที่ไม่เหมาะสมตามคำนิยามในปัจจุบันบางชนิด อาจเป็นยาที่ดีที่สุดแล้วกับสภาพการดำรงชีวิตในสถานการณ์เช่นนั้น

■ ผลประโยชน์ที่แท้จริงของการกระจายยาในร้านชำ อยู่ที่ใคร

การศึกษาการกระจายยาในร้านชำที่ผ่านมา แทบไม่มีการพูดถึงกำไรหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากการขายยาในร้านชำได้เลย อาจมีข้อมูลที่ได้จากเจ้าของร้านชำว่าได้กำไรน้อยมากหรือกำไรไม่ได้มากไปกว่าสินค้าชนิดอื่นๆ และพร้อมที่จะเลิกขายถ้าหากมีการจับกุม (ลือชัย และคณะ 2535: 184; พรทิพย์ 2538: 32) การได้ทราบข้อมูลด้านมูลค่าของเงินที่หมุนเวียนในระบบการกระจายยาสู่ร้านชำ อาจช่วยให้ทำความเข้าใจกับปัญหาการกระจายในร้านชำได้มากขึ้น แม้ว่ามูลค่าการขายยาในร้านชำแต่ละ

แห่งอาจไม่ใช่ตัวเลขที่สูงนัก แต่เมื่อรวมเป็นมูลค่าการใช้ยาในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด หรือในระดับประเทศ ซึ่งมีร้านขายอยู่ประมาณ 300,000 แห่ง แล้ว (สุวิทย์ บก. 2537: 19) ก็อาจช่วยให้เห็นความสำคัญและผลกระทบที่ชัดเจนขึ้น ปัญหาการกระจายยาในร้านขายอาจได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นกว่าปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการประมาณการที่ว่ายาในประเทศได้ส่งผ่านไปสู่ประชาชนทางร้านยาทุกประเภทประมาณร้อยละ 45 ของยาทั้งหมดที่มีในประเทศ หรือมูลค่าประมาณ 7,832.8 ล้านบาท (สุวิทย์ บก. 2537: 386, 425) ยิ่งทำให้เห็นภาพของมูลค่ายาที่สูงมากที่ถูกส่งผ่านไปสู่ประชาชนทางร้านขาย การทำธุรกิจของร้านขายยาในระดับอำเภอและระดับจังหวัดส่วนใหญ่อาศัยลูกค้าที่เป็นร้านขายในหมู่บ้านเป็นหลัก เนื่องจากการกระจายของประชากรในแต่ละอำเภออยู่ในพื้นที่ของตำบลและหมู่บ้านมากกว่าอยู่ในตัวเมืองหลายเท่า และสอดคล้องกับข้อมูลที่ยกมาข้างต้นแล้วว่าแหล่งของยาที่ร้านขายนำมาขายมากกว่าร้อยละ 80 ได้มาจากร้านขายยาในตัวเมือง การขายยาในร้านขายจึงเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ระบบธุรกิจยาในระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศยังดำเนินต่อไปได้ โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศที่มีตลาดหลักอยู่ที่ลูกค้าในชนบท

ดังนั้นการไม่สามารถแก้ปัญหาการกระจายยาในร้านขายในชนบทได้ตลอดเวลากว่า 2 ทศวรรษนั้น ส่วนหนึ่งน่าจะมีเบื้องหลังอยู่ที่ธุรกิจยาอันมหาศาลที่โยงใยอยู่กับระบบราชการ ระบบเศรษฐกิจ และนักการเมือง ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่อาจจะมองข้ามได้

■ ผู้บริหารมีความจริงใจในการแก้ปัญหาการกระจายยาในชุมชนเพียงใด

นอกเหนือจากต้องอาศัยการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ

อย่างเข้มแข็งแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยและบทวิเคราะห์ที่น่าเสนอมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญในการแก้ปัญหานี้คือการหนึ่งคือการแก้ไขระเบียบกฎเกณฑ์ที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการทำงานของคนในพื้นที่ ซึ่งเรื่องนี้ต้องอาศัยแรงผลักดันจากผู้บริหารระดับสูงอย่างมาก เพราะสัมพันธ์อยู่กับผลประโยชน์มหาศาลของธุรกิจยา การที่ผู้บริหารไม่ให้ความสนใจอย่างจริงจังกับการแก้ปัญหานี้ ทำให้เกิดคำถามขึ้นมามีขึ้นเพราะเหตุใด ซึ่งมีคำตอบเชื่อมโยงอยู่กับข้อจำกัดของระบบราชการที่ครอบงำอยู่ตามที่กล่าวถึงมาแล้วนั่นเอง การดำเนินการศึกษาวิจัยทุกด้านอาจไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้เลยหากมีอุปสรรคอยู่ที่ผู้บริหาร ปัญหานี้จึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องทำให้เกิดความชัดเจนก่อนที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ต่อไป ส่วนนักวิจัยเองอาจต้องให้ความสนใจกับหัวข้อการวิจัยที่ผู้บริหารสนใจ เช่น มีตัวเลขแสดงความสูญเสียที่ชัดเจนให้ปรากฏ หรือเป็นประเด็นที่น่าเสนอแล้วสื่อสนใจนำไปเผยแพร่ เป็นต้น จะช่วยให้ผู้บริหารรับไปผลักดันได้ง่ายขึ้น

2) กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกสั้นๆ ว่ากองทุนยา) ได้รับการกำหนดให้เป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุข ตั้งแต่ช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520–2524) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นแหล่งในการจัดหาจ่ายจำเป็นไว้บรรเทาอาการเจ็บป่วยของประชาชนในชนบท ส่วนวัตถุประสงค์รองเพื่อต้องการให้ประชาชนรู้จักทำงานร่วมกัน และยังต้องการใช้แก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนด้วย (สุวิทย์ บก. 2537: 436, 442) การดำเนินงานของกองทุนยาเริ่มจากการทดลองจัดตั้ง “สหกรณ์ยา” ที่บ้านหมอกจำแป๋ อ. เมือง จ. แม่ฮ่องสอน และดำเนินการประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี จึงใช้เป็นต้นแบบสำหรับดำเนินการในหมู่บ้านอื่นทั่วประเทศ (จุไรรัตน์ และคณะ

2535: 1) ช่วงเริ่มต้นแต่ละกองทุนจะได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐ และเอกชนกองทุนละ 700–1,000 บาท การจัดตั้งกองทุนที่ผ่านมาจนถึง ต้นปี 2537 มีจำนวนทั้งสิ้นมากกว่า 84,000 แห่ง (สุวิทย์ บก. 2537: 436–437)

■ องค์ความรู้เกี่ยวกับกองทุนที่ศึกษามาแล้ว

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกองทุนที่ผ่านมามักเป็นการประเมินผลสำเร็จในการทำงาน และการประเมินความรู้และทัศนคติของประชาชนต่อกองทุนยา ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับกองทุนหลายแห่งคือไม่สามารถที่จะดำเนินการต่อไปได้ จากการสำรวจทางไปรษณีย์ในพื้นที่ 8 จังหวัด ในทุกภาค จำนวนทั้งสิ้น 4,615 หมู่บ้าน พบว่ามีหมู่บ้านที่มีกองทุนอยู่ร้อยละ 42.6 โดยพบว่าหมู่บ้านขนาดใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีกองทุนอยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่า และเมื่อทำการสำรวจในพื้นที่พบว่าอัตราการคงอยู่ของกองทุนในตำบลที่ศึกษา มีตั้งแต่ร้อยละ 21.7 ไปจนถึงร้อยละ 80 (ลือชัย และคณะ 2537: 184, 186) เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาที่จังหวัดยะลาที่ตั้งเป้าหมายการสำรวจกองทุนไว้ 47 แห่ง ตามจำนวนที่มีรายงาน แต่จากการสำรวจสามารถทำได้เพียง 20 แห่ง เนื่องจากที่เหลือได้เลิกกิจการไปแล้ว (พรทิพย์ 2538: 42)

กองทุนยาส่วนใหญ่ดำเนินการในลักษณะกองทุนเดี่ยวคือจัดตั้งขึ้นเพื่อขายยาโดยเฉพาะ มีส่วนน้อยที่จัดพื้นที่ไว้รวมกับร้านขายของชำ อยู่ในกองทุนเอนกประสงค์ หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จากการศึกษพบว่ารูปแบบของการดำเนินการมีผลต่อยาที่จำหน่ายอยู่ในกองทุนด้วย โดยพบว่ากองทุนเดี่ยวมักขายยาสามัญประจำบ้านขององค์การเภสัชกรรมเป็นหลัก อาจมียาที่ชาวบ้านนิยมใช้ที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านอยู่บ้างเล็กน้อย แต่กองทุนที่ตั้งรวมอยู่กับร้านค้าหรือในกองทุนเอนกประสงค์ มักมียาที่นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านจำหน่ายอยู่ด้วย โดยพบว่ากองทุนรูปแบบนี้มียาปฏิชีวนะจำหน่ายถึงร้อยละ 78 ของ

กองทุนทั้งหมด ยากลุ่ม NSAIDs ร้อยละ 28 และยาชุดร้อยละ 15 ขณะที่
จะพบยาเหล่านี้ในกองทุนเดี่ยวร้อยละ 45, 5 และ 5 ตามลำดับ (ลือชัย และ
คณะ 2537: 186)

การสำรวจกองทุนยาที่จังหวัดยะลา 20 กองทุน พบว่าจำหน่าย
ยาที่ไม่เหมาะสมถึง 17 แห่ง (พรทิพย์ 2538: 42) ยาที่นำมาจำหน่ายมี
หลายกลุ่ม เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ (เช่น ทัมใจ เอเอ็นที) ยาลดกรด ยาแผน
โบราณ (เช่น ยาสตรี ยาชม ยาเขียว) และยาชุด นอกจากนี้ยังพบยาที่หมด
อายุหรือเสื่อมสภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่ได้รับมาตั้งแต่เริ่มก่อตั้งกองทุน
และจำหน่ายไม่ได้ (พรทิพย์ 2538: 15, 31, 43)

จากการศึกษาของ ลือชัย และคณะ (2537: 186) พบว่าจำนวน
ยาที่มีจำหน่ายในกองทุนมีความแตกต่างกันโดยเฉลี่ยมีตั้งแต่ 16 รายการ
ในกลุ่มที่เป็นกองทุนเดี่ยว, 23 รายการ สำหรับกองทุนในร้านค้า และ 45
รายการ สำหรับกองทุนที่รวมอยู่ในกองทุนเอนกประสงค์ โดยสามารถขาย
ได้เฉลี่ยเดือนละ 150 บาท โดยมีพิสัยตั้งแต่ 6–1,000 บาท และจากรายงาน
ของสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานปี 2535 ที่อ้างใน
หนังสือระบบยาของประเทศไทยระบุว่ากองทุนยาส่วนใหญ่ คือร้อยละ 40.5
มียาจำหน่ายอยู่ระหว่าง 2–10 รายการ และร้อยละ 32.9 มียาจำหน่ายอยู่
ระหว่าง 10–20 รายการ กองทุนยาร้อยละ 22.8 เงินทุนได้หดหายไปแล้ว
ส่วนในด้านผู้รับบริการ ร้อยละ 40.5 ของกองทุนยาที่สำรวจมีผู้มาซื้อยา
10–25 คน/เดือน ร้อยละ 23.4 มีผู้ซื้อยา 26–50 คน/เดือน และอีกร้อยละ
18.4 มีผู้มาซื้อยาน้อยกว่า 10 คน/เดือน (สุวิทย์ บก. 2537: 439) ยาที่ได้
รับความนิยมจากชาวบ้านสูงสุดในกองทุนได้แก่ ยาพาราเซตามอล ยา
แก้แพ้ แอสไพริน และยาแก้ไอน้ำดำ (พิมลพรรณ 2535: 22–4; วิมล 2531:
106) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลือชัย และคณะ (2537: 188) ที่พบว่า
กองทุนยาจะให้บริการกับผู้ป่วยโรคหวัด ไอ และเป็นไข้ ปวดศีรษะ มาก
ที่สุด

ในด้านประสิทธิภาพการให้บริการของกองทุนยา ร้อยละ 80-90 ยังคงมี ผสส./ อสม. เป็นผู้ร่วมในการดูแลอยู่ (ลือชัย และคณะ 2537: 186) ส่วนการศึกษาถึงประสิทธิภาพในการให้บริการของกองทุนยาใน 5 จังหวัด คือ อุดรธานี สุพรรณบุรี นครราชสีมา ลำพูน และพัทลุง ระหว่างปี 2531-2532 โดยดูจากแบบบันทึกชนิดและจำนวนยาที่จำหน่ายร่วมกับอาการของผู้ป่วย ที่ อสม. รายงาน พบว่า 3 ใน 4 ของการจ่ายยา มีความเหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วยและคนไข้ มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เป็นการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมอย่างสิ้นเชิง (พิมลพรรณ 2535: 34) (ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าไม่ลงบันทึกกรณีที่ยาไม่เหมาะสม) รายงานชิ้นนี้ระบุอีกว่า อาการที่พบว่าชาวบ้านนิยมไปซื้อยาจากกองทุนยาได้แก่ ปวดหัวเป็นไข้ โรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร และบาดแผลและโรคผิวหนัง ตามลำดับ

ความนิยมในการใช้บริการกองทุนยาของประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ จากการสำรวจสถานภาพด้านสุขภาพอนามัยและการให้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบทในพื้นที่ 9 จังหวัด จาก 9 เขตบริหารงานสาธารณสุข จำนวน 2,571 ครัวเรือน พบว่า ในหมู่บ้านที่สำรวจขณะนั้น 36 หมู่บ้าน มีกองทุนยาจำนวน 24 หมู่บ้าน มีประชาชนในหมู่บ้านที่มีกองทุนยาที่ถูกส่งมาสัมภาษณ์เพียงร้อยละ 49 เท่านั้น ที่ทราบว่าในหมู่บ้านของตนมีกองทุนยาดังอยู่ และกลุ่มผู้ที่รู้ว่ามีกองทุนยาเหล่านี้เคยไปใช้บริการที่กองทุนยาเพียงร้อยละ 68 เท่านั้น (บุญเลิศ และบุญผา 2531: 44-5) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของประชาชนที่มีต่อกองทุนยาในเขตจังหวัดนครปฐม ที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 1,280 คน ใน 64 หมู่บ้าน พบว่ามีประชาชนเพียงร้อยละ 53 เท่านั้นที่รู้จักกองทุนยา ในจำนวนคนที่รู้จักนี้มีไม่ถึงร้อยละ 40 ที่รู้ความหมายและวัตถุประสงค์ของการตั้งกองทุนยาอย่างแท้จริง และร้อยละ 64 ของผู้ที่รู้จักกองทุนยาไม่เคยไปใช้บริการของกองทุนยาเลย ส่วนผู้ที่ไม่ได้ถือหุ้นในกองทุนยามีถึงร้อยละ 56

ในแต่ละหมู่บ้านที่ศึกษา (จุไรรัตน์ และคณะ 2535: 34–43)

■ กรอบการมองปัญหาการกระจายยาในกองทุนยาที่ผ่านมา

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับกองทุนยาที่ผ่านมา ซึ่งมีทั้งที่ศึกษาโดยตรงและเป็นผลสืบเนื่องจากโครงการสำรวจร้านชำเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข หากจะประเมินกิจกรรมกองทุนยาว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ข้อ คือ เป็นแหล่งยาจำเป็นให้กับประชาชนในชนบท ต้องการฝึกให้ประชาชนรู้จักทำงานร่วมกัน และใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนได้มากนักน้อยเพียงใดนั้น ดูเหมือนว่าผลของกิจกรรมกองทุนยาไม่สามารถก้าวไปสู่ความสำเร็จตามที่ตั้งไว้ได้ดีเท่าที่ควร ประชาชนจำนวนไม่มากนักที่ใช้บริการจากกองทุนยา ในขณะที่ร้านชำก็ยังคงเป็นแหล่งกระจายยาที่สำคัญในหมู่บ้านอยู่ต่อไป นอกจากนี้กองทุนยาที่ดูเหมือนว่าประสบผลสำเร็จจากการที่มียอดจำหน่ายยาสูงและมีผู้มาใช้บริการมาก กลับพบว่าส่วนใหญ่กลายเป็นแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสมที่สำคัญแห่งใหม่ในชุมชน และเมื่ออิงอยู่กับร้านชำก็ไม่สามารถเป็นสถานที่ฝึกฝนให้ประชาชนได้เรียนรู้การทำงานร่วมกันได้มากนัก เนื่องจากการดำเนินงานกองทุนยากลายเป็นภาระใหญ่ที่ไม่มีใครต้องการแบกรับ นานวันจะยิ่งหาคนรับผิดชอบได้ยาก (ลือชัย และคณะ 2537: 186) จนเป็นเหตุให้กองทุนจำนวนมากต้องล้มเลิกกิจกรรมไปในที่สุด

เหตุผลที่ทำให้กิจกรรมกองทุนยาไม่ประสบผลสำเร็จมักถูกนำเสนอในรายงานการศึกษาชิ้นต่างๆ ว่าขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยหลัก คือ

- 1) ชาวบ้าน โดยเฉพาะกรรมการกองทุนที่ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริหารจัดการและการจัดทำบัญชีของกองทุน ขาดความรู้เกี่ยวกับตัวยาในการขายและแนะนำยาให้กับผู้ที่มาซื้อยา และไม่มีเวลาว่างพอที่จะมาดูแลกองทุนหรือเปิดให้บริการ

- 2) เจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบในการดำเนินงานของกองทุน ขาดการ

จัดตั้งและเตรียมชุมชนให้เข้าใจอย่างเพียงพอ ทำให้โครงการมีลักษณะถูกกำหนดและหยิบยื่นจากหน่วยงานเบื้องบนลงมา และเมื่อจัดตั้งแล้วขาดการติดตามนิเทศให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งไม่สามารถจัดหามาสนับสนุนได้อย่างต่อเนื่อง

ปรากฏมูตัมพิงส์ และคณะ (อ้างใน จูไรรัตน์ และคณะ 2535: 1-2) ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ใน “การวิเคราะห์การดำเนินงานของกรรมการกองทุนยา และเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน: ศึกษาเฉพาะกรณีกรรมการขายยา” สรุปได้ว่า

“กรรมการขายยาควรใช้ผู้ที่มีความรู้สูงกว่าระดับประถมศึกษา เพื่อเป็นที่ยอมรับของกรรมการกองทุนและประชาชน ควรจัดสรรกำไรจากการขายยาให้เป็นค่าตอบแทนกับผู้ขายยาเพื่อเป็นแรงจูงใจ ในส่วนของเจ้าหน้าที่ต้องติดตามการดำเนินงานของกองทุนอย่างสม่ำเสมอควรสนับสนุนด้านสวัสดิการ เช่น ให้สิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาลฟรี และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาและเรื่องอื่นๆ เพื่อพัฒนากองทุนต่อไป”

ในทางปฏิบัติพบว่าข้อเสนอแนะบางข้อเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะการกำหนดคุณสมบัติของผู้ขายยา แม้จะพยายามจัดสรรค่าตอบแทนและให้สวัสดิการต่างๆ แล้ว แต่พบว่าไม่เพียงพอที่จะเป็นสิ่งจูงใจให้มีโอกาสเลือกผู้ที่มีความรู้ในระดับที่ต้องการเข้ามาทำงานได้ และในส่วนของเจ้าหน้าที่ก็มีงานประจำและกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องทำสนองนโยบายจำนวนมาก จึงเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติที่จะดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่ให้ไว้

นับตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ได้ให้งบประมาณสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนยาอีกต่อไป แต่มีโครงการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ขึ้น กองทุนยาหลายแห่งได้ถูกผนวกเข้ากับงานของ ศสมช. และดำเนินการสืบต่อมา

■ ข้อจำกัดในการแก้ปัญหาการกระจายยาในชุมชน ด้วยกองทุนยา

การจัดกิจกรรมกองทุนยาเป็นความปรารถนาดีของทางการที่ต้องหาแหล่งกระจายยาที่ปลอดภัยและมีราคาถูกลงให้ประชาชน โดยให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและบริหารจัดการกันเอง และหวังว่าจะช่วยลดปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนลงไปได้ เมื่อกิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง กรอบการมองปัญหาก็กว้างออกไปที่ชาวบ้านและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดังที่กล่าวถึง โดยคิดว่าหลักการและกิจกรรมกองทุนยาเป็นกิจกรรมที่น่าจะเกิดประโยชน์ และมีกองทุนยาอยู่ไม่น้อยที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินการเป็นอย่างดี

แต่จากข้อมูลงานวิจัยที่ปรากฏกลับพบว่ากองทุนยาที่ประสบผลสำเร็จมักถูกปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานไป จนหลายๆ ครั้งพบว่าเป็นแหล่งในการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมเสียเอง ซึ่งขัดแย้งกับหลักการเบื้องต้นของการจัดตั้งกองทุนยาโดยสิ้นเชิง และหากจะถือว่ากองทุนยาเป็นกรณีศึกษาสำหรับความพยายามในการแก้ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมของรัฐ คำถามที่ควรเป็นประเด็นในการวิพากษ์โครงการกองทุนยาน่าจะประกอบด้วยหัวข้อเหล่านี้

■ กองทุนยาคือรูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา การใช้ยาในชนบทได้จริงหรือ

การนำปัญหามาวิเคราะห์โดยแยกออกจากบริบทที่ปัญหานั้นดำรงอยู่ เป็นวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เพื่อสามารถทำความเข้าใจกับปัญหานั้นๆ ได้อย่างลึกซึ้ง และเป็นวิธีแก้ปัญหาที่คนในวงการแพทย์ใช้อย่างได้ผลมาแล้วในการเอาชนะโรคร้ายที่ต้องเผชิญในอดีต ดังที่กล่าวมาแล้วว่าปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชนบทถูกมองว่ามีสาเหตุหลักอยู่ที่ไม่มียาที่เหมาะสมให้ประชาชนได้เลือกใช้ในชุมชน และประชาชนไม่

มีความรู้พอในเรื่องการเลือกใช้จ่าย การมีกองทุนที่มีอาสาสมัครประจำบ้าน ให้เลือกใช้ในราคาถูกและมี ผสส./อสม. ที่เป็นผู้ที่มีความรู้ในด้านสุขภาพ มากพอช่วยดูแล คือทางออกที่น่าจะใช้แก้ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมใน ชนบทได้

แต่การณ์กลับไม่ได้เป็นดังที่คาดไว้ ความล้มเหลวของกองทุนยา ได้แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดของการใช้กรอบการแก้ปัญหาแบบแยกส่วน ที่เคยใช้ได้ผลดีในห้องปฏิบัติการ แต่ไม่สามารถใช้ในการแก้ปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนและสังคมได้อย่างประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

การที่สังคมหนึ่งๆ จะรับเอาสิ่งใหม่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ของตน มักต้องผ่านการปรับปรุง ดัดแปลง แก้ไข ให้สอดคล้องกับหลักการ แนวคิดของคนในสังคมนั้นๆ ก่อน ซึ่งแต่ละสังคมมีวิธีการในการจัดการ ปรับเปลี่ยนสิ่งเหล่านี้ที่แตกต่างกันไป ปรากฏการณ์ที่กองทุนยาถูกย้ายไป รวมกับร้านค้า หรือกองทุนเอนกประสงค์ การมียาที่ไม่เหมาะสมต่างๆ เข้า มาอยู่ในกองทุน รวมทั้งการมียาในกองทุนเพียง 2-3 ชนิดเท่านั้นที่ได้รับ ความนิยมจากชาวบ้าน ล้วนสะท้อนให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนสิ่งที่ได้รับมา ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ การเลิกกิจการของกองทุนหลาย แห่งแสดงถึงความล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนสิ่งใหม่ที่ได้รับมาให้เข้ากับ วิถีชีวิตของชาวบ้าน

ดังนั้นโครงการสำเร็จรูปที่ผ่านการทดลองใช้อย่างประสบผลสำเร็จ ในที่หนึ่ง อาจไม่ใช่รูปแบบที่ดีในการแก้ปัญหาให้กับพื้นที่อื่นที่ชาวบ้านมี วิถีชีวิตแตกต่างออกไป การพยายามคิดหารูปแบบสำเร็จรูปใดๆ เพียงรูปแบบเดียวเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมทั่วประเทศนั้น อาจ เป็นความพยายามที่ไม่สามารถพบคำตอบก็เป็นได้

■ กิจกรรมในรูปกองทุนเป็นการแสดงออก ของการมีส่วนร่วมของชุมชนจริงหรือ

การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยการเป็นสมาชิกถือหุ้นในกองทุนยา ถือเป็นกลวิธีหลักอย่างหนึ่งที่เชื่อว่าจะเป็นตัวผลักดันให้กิจการกองทุนดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ชาวบ้านช่วยกันทำงานและตรวจสอบดูแลกันเอง กิจกรรมที่มีการร่วมแรงร่วมใจทำงานพบเห็นได้ไม่ยากในชนบท ไม่ว่าจะเป็นบุญหรืองานพัฒนาหมู่บ้าน การร่วมแรงร่วมใจทำงานของชาวบ้านมีผลทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนยาสำเร็จได้อย่างรวดเร็วในพื้นที่ส่วนใหญ่ แต่หลังจากตั้งขึ้นสำเร็จแล้วการที่จะร่วมมือกันตรวจสอบบัญชีดูแลอย่างต่อเนื่องดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่ชาวบ้านไม่ค่อยเคย โดยเฉพาะการดูแลในเรื่องที่ตนเองไม่มีความถนัด ไม่สนใจ และไม่เห็นความสำคัญ เมื่อระยะเวลาผ่านไปจึงมีคนร่วมรับรู้ค่อยลงเรื่อยๆ และหมดไปในที่สุด สิ่งเหล่านี้ได้แสดงให้เห็นว่าหลักการ “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ที่เชื่อว่าเป็นสิ่งที่ดีในกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ก็ยังคงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จเช่นกัน หากไม่ศึกษาทำความเข้าใจกับวัฒนธรรมของชุมชนนั้นก่อน

การมีส่วนร่วมของชุมชนหากหมายถึงเฉพาะการที่รัฐมีโครงการแล้วดึงประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมหรือเป็นเจ้าของเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพออีกต่อไป ถ้าเป็นโครงการที่ประชาชนไม่เห็นความสำคัญ ไม่เห็นประโยชน์อย่างแท้จริง ต้องเข้าร่วมโครงการเพราะเกรงใจเจ้าหน้าที่หรือผู้นำชุมชน โครงการนั้นก็อาจไม่ประสบผลสำเร็จ

ในกรณีของกองทุนยา หากจะตั้งคำถามให้ชัดเจนว่า ชาวบ้านต้องการหรือเห็นความจำเป็นของการมีกองทุนยาหรือไม่ คำตอบที่ได้ อาจช่วยให้คำตอบกับความไม่ประสบผลสำเร็จในการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดีขึ้น และอาจถึงเวลาแล้วที่แนวคิด “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ควรจะเปลี่ยนจุดยืนไปอยู่ที่ชาวบ้าน และสร้างแนวคิด “การมีส่วนร่วมกับภาค

รัฐ” ในโครงการต่างๆ ที่ชาวบ้านคิดริเริ่มขึ้นเองขึ้นมาใช้ควบคู่กันไป อาจช่วยให้ปัญหาอีกเป็นจำนวนมากได้รับการแก้ไขให้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น

■ กองทุนยา: ตัวแทนของระบบราชการที่ลงสู่หมู่บ้าน

ด้วยความคุ้นเคยกับการบริหารจัดการในระบบราชการ ผนวกกับวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งในการที่จะฝึกให้ชาวบ้านได้เรียนรู้การบริหารจัดการภาพที่ปรากฏของกองทุนยาคือตัวแทนของระบบราชการที่ปรากฏอยู่ในหมู่บ้าน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของความล้มเหลวของกองทุนยา การที่ต้องมีการลงบัญชีอย่างละเอียด กำหนดตารางเวรผู้ขายยา มีการตรวจเช็คบัญชี สิ่งเหล่านี้แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับรูปแบบการขายยาในร้านชำที่ชาวบ้านคุ้นเคย การที่ต้องไปซื้อยาเข้ากองทุนตามวัน เวลา และรูปแบบ ที่ตกลงไว้กับเจ้าหน้าที่ เปรียบเทียบไม่ได้กับการจดรายการยาที่ต้องการซื้อฝากกรณประจำทางในหมู่บ้านที่ไปในตลาดแล้วก็ได้รับยาที่ต้องการมา

สิ่งเหล่านี้ทำให้การบริหารกองทุนและเป็นกรรมการกองทุนยากลายเป็นภาระที่หนักอึ้งของชาวบ้านจนไม่มีใครอยากอาสาเข้ามาช่วยงานในพื้นที่หลายแห่งระบบการลงบัญชีและการทำงานในกองทุนยากลายเป็นต้นเหตุของความไม่ไว้วางใจและความแตกแยกกันของชาวบ้าน การดำเนินการในกองทุนยาที่เหลืออยู่หลายแห่งจึงถูกปรับเปลี่ยนรูปแบบกลายเป็นร้านที่มีเจ้าของคนเดียวไป หรือยกไปให้ร้านค้าหรือกองทุนเอนกประสงค์ที่ดำเนินการโดยไม่มีการลงบัญชีอย่างรัดกุมเหมือนอย่างที่เคยทำมา

ความล้มเหลวในการดำเนินงานกองทุนยาที่ปรากฏ ร่วมกับข้อมูลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา และประเด็นต่างๆ ที่นำเสนอนี้ ได้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า แนวคิดในการแก้ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชนบทโดยใช้ กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน มีข้อจำกัดในหลายด้านโดยเฉพาะการติดอยู่ใน “กรอบความคิด” ที่ใช้วิเคราะห์ปัญหาเรื่องการ

ใช้ยาไม่เหมาะสมที่จำกัดและแยกส่วนออกจากความเป็นจริงในหมู่บ้าน และเห็นว่าชาวบ้านไม่มีความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง เช่นเดียวกับการมองปัญหาเรื่องร้านชำที่ผ่านมา และแก้ปัญหาโดยพยายามสร้างแนวทางการแก้ปัญหาสำเร็จรูปไปให้ สิ่งเหล่านี้น่าจะเป็น บทเรียนอันมีค่าในการดำเนินกิจกรรมในการแก้ปัญหาราชาธรรณสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3) ร้านยา

แม้ว่าสัดส่วนในการกระจายยาไปสู่ผู้บริโภคมีแนวโน้มลดลงจากเดิม คือจากร้อยละ 45 ของยาที่มีอยู่ในระบบทั้งหมดในปี 2535 เหลือร้อยละ 32 ในปี 2544 ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนทำหน้าที่ในการกระจายยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.3 เป็นร้อยละ 32 ในระยะเวลาเดียวกัน (สุวิทย์ บก. 2537: 386; สุวิทย์ บก. 2545: 92) แต่ต้องถือว่าร้านยาเป็นช่องทางในการกระจายยาไปสู่ผู้บริโภคที่สำคัญที่สุดแห่งหนึ่งโดยเฉพาะกระจายสู่ประชาชนในชนบท การกระจายยาผ่านร้านยาคิดว่าเป็นระบบการกระจายยาภาคเอกชนที่เป็นทางการที่กำหนดไว้ในกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติพบว่าร้านยาส่วนใหญ่มีเจตนาจำหน่ายยาอย่างผิดกฎหมายโดยทั่วไป โดยเฉพาะในต่างจังหวัด จึงถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการกระจายยาและการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชนบทสาเหตุหนึ่ง

■ องค์ความรู้เกี่ยวกับร้านยาที่ศึกษามาแล้ว

การศึกษาวิจัยในร้านยาที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งประเด็นไปที่ความถูกต้องเหมาะสมในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยโดยการสวมบทบาทของผู้ป่วยเข้าไปซื้อยา และงานวิจัยบางส่วนเป็นผลจากการสำรวจร้านยาว่ามีรายการยาที่จำหน่ายเหมาะสมเพียงใด ที่เหลือนอกจากนั้นมักเป็นการศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคในการซื้อยาที่ร้านซึ่งจะไม่กล่าวถึงในที่นี้

ร้านยาเป็นแหล่งกระจายยาที่สำคัญแห่งหนึ่งในชุมชนเมือง จากการสำรวจผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในคลินิกเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าในจำนวนนี้ร้อยละ 39.2 เคยผ่านการซื้อยากินเองมาก่อนแล้ว (กุศล และวรชัย 2539: 64) ในส่วนของการใช้ยาปฏิชีวนะ นุปผา (2540: 37) ได้สำรวจถึงแหล่งที่มาของยาปฏิชีวนะที่ประชาชนในจังหวัดนครปฐม ใช้พบว่า ร้อยละ 29.6 ได้มาผ่านร้านขายยา ซึ่งเป็นแหล่งได้มามากเป็น อันดับ 2 รองจากคลินิกแพทย์ (ร้อยละ 32.6) และจากการสำรวจแหล่ง กระจายยาที่ประชาชนไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วยในเขตสาธารณสุขที่ 4 จำนวน 7 จังหวัด พบว่าร้านยาเป็นแหล่งกระจายยาร้อยละ 14.2 รองจาก สถานีอนามัย คลินิก และโรงพยาบาล ตามลำดับ (บุญศรี และมยุรี 2539: 54) ส่วนการศึกษาในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน สุพัตรา และคณะ (2533) พบว่า ประชาชนที่เจ็บป่วยในหมู่บ้านเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ที่จะเข้าไปซื้อยา จากร้านยาในตำบลอำเภอหรือจังหวัด ดังนั้นร้านยาจึงอาจไม่ใช่แหล่งกระจาย ยาหลักสำหรับประชาชนในพื้นที่ชนบท แต่เป็นต้นทางของแหล่งกระจาย ยาที่สำคัญให้กับร้านชำและแหล่งกระจายยาอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น หมอฉีดยา คลินิกหมออนามัย เป็นต้น

การศึกษาพฤติกรรมการจ่ายยาของร้านยาพบว่ายังจ่ายยาไม่ เหมาะสมอยู่อีกมาก โดยเฉพาะร้านยาที่ไม่ได้ให้บริการโดยเภสัชกรและอยู่ ในพื้นที่ระดับอำเภอ เช่น ในการศึกษาพฤติกรรมของร้านยาในการจ่ายยา ปฏิชีวนะสำหรับโรคหวัดในเด็กใน 4 อำเภอในจังหวัดอุดรธานี พบว่า พฤติกรรมการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมมีสูงมากในร้านที่ผู้ปฏิบัติการไม่ใช่ เภสัชกร (วรวุฒิ และคณะ 2537: 7-8) นอกจากนี้ยังสำรวจพบว่าร้านยา ทุกประเภทขายยาที่ไม่เหมาะสมอยู่อีกเป็นจำนวนมาก เช่น ร้านยาแผน บัจุบันร้อยละ 21.1 ขายยาที่เพิกถอนทะเบียนตำรับแล้ว ร้านยาแผน บัจุบันเฉพาะยาบรรจุน้ำแข็ง ถึงร้อยละ 74.9 มียาผิดประเภท เช่น ยาชุด ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทไว้

จำหน่าย (สุวิทย์ บก. 2537: 386, 543–534) ผลการประเมินสถานการณ์การใช้วัตถุดิบออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในหมู่ผู้บริโภค ใน 27 จังหวัด ของกองควบคุมวัตถุเสพติด พบว่า ร้านยา 553 ร้าน จาก 782 ร้าน ที่สำรวจ (ร้อยละ 70.72) ยินดีขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทให้กับลูกค้าที่บอกอาการเจ็บป่วย และพบอีกว่าร้านยาแผนปัจจุบันร้อยละ 75.61 และร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จ ร้อยละ 56.37 ขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทโดยไม่ใบอนุญาต (วิวัฒน์ และคณะ 2530: 8–13)

การศึกษาเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านยา มีศึกษาไว้ค่อนข้างจำกัดมาก จากการศึกษารายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามียอยู่เพียงฉบับเดียวที่ทำคือเรื่อง “การศึกษารูปแบบร้านขายยาแผนปัจจุบันที่พึงประสงค์ กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา” โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริโภค เจ้าของร้านยา และเภสัชกร ร่วมกับการจัดสนทนากลุ่มกับชมรมร้านขายยา กลุ่มเภสัชกรชุมชน กลุ่มเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและนักวิชาการในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และได้เสนอรูปแบบร้านยาที่ควรเป็นในอนาคตว่า ต่อไปควรมีร้านยาแผนปัจจุบันเพียงประเภทเดียว และร้านค้าทั่วไปสามารถจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านและยาบรรจสุเสร็จบางชนิดได้ ร้านยาจะต้องมีเภสัชกรประจำตลอดเวลาที่เปิดร้าน ควรมีรูปแบบและขั้นตอนในการให้บริการที่ครบถ้วน มีการเก็บประวัติการใช้ยาของผู้รับบริการ ทำการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย มีระบบข้อมูลข่าวสารในร้านยา และข้อกำหนดอื่นๆ (สุบุญญา และคณะ 2539: ก–ข) ซึ่งข้อเสนอในเรื่องประเภทของร้านยาที่ควรมีเพียงประเภทเดียวและจัดกลุ่มของยาในร้านใหม่นี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ สำลี และคณะ (2523: 52–53) ที่ได้เสนอไว้เมื่อศึกษาเรื่องการใช้ยาชุดในเมืองไทยเมื่อ 2 ทศวรรษ ที่ผ่านมา

■ กรอบการศึกษาปัญหาการกระจายยาผ่านร้านยาที่ผ่านมา

แม้ร้านยาจะไม่ใช่แหล่งหลักในการกระจายยาสู่ผู้บริโภคในชนบทโดยตรง แต่ในฐานะที่เป็นแหล่งต้นตอของการกระจายให้กับแหล่งกระจายยาในชุมชนอีกต่อหนึ่ง จึงควรตรวจสอบดูแลให้ประกอบธุรกิจอยู่ในแนวทางที่เหมาะสม ไม่ใช่เป็นแหล่งทุบยาลงสู่ชุมชนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต้องตามแก้ปัญหาต่อ เนื่องจากการทำธุรกิจร้านยาอยู่ภายใต้กรอบของกฎหมายอย่างชัดเจน

การศึกษาเกี่ยวกับการกระจายยาผ่านร้านยาที่ผ่านมา มักมองอยู่ที่กรอบของกฎหมายเป็นหลัก ซึ่งระบุไว้อย่างชัดเจนว่าร้านยาแต่ละประเภทมีขอบเขตในการขายยาได้มากน้อยเพียงใด และมีหน้าที่ในการปฏิบัติอย่างไรบ้าง แต่เนื่องจากมาตรการลงโทษทางกฎหมายเป็นวิธีการที่มีขั้นตอนยุ่งยากในการปฏิบัติ ใช้เวลามาก และมีข้อจำกัดหลายด้าน ผู้ปฏิบัติในบางพื้นที่จึงหันมาใช้วิธีการที่นุ่มนวลกว่าโดยการขอความร่วมมือจากผู้ประกอบการ หรือพยายามสนับสนุนให้ร้านยาควบคุมटकเตือนกันเอง

บางจังหวัดอาจมีการกำหนดกรอบรายการยาที่อนุญาตให้ขายได้ในร้านบางประเภท เช่น ในร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จจะอนุญาตให้ขายยาอันตรายบางชนิด เช่น ยาปฏิชีวนะบางตัว หรือยาแก้ปวดที่ขนาดบรรจสุเป็นยาอันตรายได้ แต่ห้ามจำหน่ายยาควบคุมพิเศษ ยาชุด หรือยาที่มีอันตรายสูงอื่นๆ ในบางโอกาสที่พบการกระทำผิดรุนแรงอาจมีการใช้มาตรการทางกฎหมายมาควบคุมร่วมด้วย อย่างไรก็ตามเป็นที่รู้กันโดยทั่วไปว่ามีการลักลอบหลักเลียงขายยาโดยผิดกฎหมายอยู่ตลอดมา ไม่ว่าจะเป็นการขายยาควบคุมพิเศษ การขายยาชุดโดยแยกยาแต่ละชนิดไว้แต่ละซองแล้วขายพร้อมซองและตัวอย่างยาที่จัดแล้ว 1 ชุด แล้วให้ร้านเข้าไปจัดเป็นชุดเองเมื่อจะขาย รวมทั้งเป็นแหล่งกระจายยาไม่เหมาะสมลงสู่ชุมชนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในระดับชุมชนยังคงเป็นปัญหาต่อไป กรอบการมองปัญหาเรื่องกฎหมายนี้อีกด้านหนึ่งจึงถูกมองได้

ว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไม่เอาจริงเอาจึงกับการดำเนินงาน

กรอบการมองปัญหานี้อีกด้านหนึ่งมุ่งไปที่ร้านค้าว่าเห็นแก่ผลประโยชน์ทางธุรกิจเพียงอย่างเดียว โดยไม่คำนึงถึงจรรยาบรรณและผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนดังที่กล่าวมาแล้ว หลายๆ ครั้งอาจมองเลยไปถึงผลประโยชน์ที่เชื่อมโยงกันอยู่กับผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้วย แต่ประเด็นนี้จะต้องพิจารณาควบคู่กับความเป็นไปได้ทางธุรกิจด้วย เช่น หากร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสรีฯ ขายยาในขอบเขตที่ได้รับอนุญาตจริงๆ จะสามารถดำเนินธุรกิจต่อไปได้หรือไม่เพียงใด ผู้บริโภคจะได้รับประโยชน์หรือสูญเสียประโยชน์จากสิ่งเหล่านี้ เนื่องจากพื้นที่ระดับอำเภอหลายแห่งยังไม่มีร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย. 1) เลย ทำให้ปัญหานี้เกี่ยวโยงไปถึงการกำหนดขอบเขตของยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนที่กล่าวมาแล้ว

■ ข้อจำกัดในการแก้ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมผ่านร้านยา

เมื่อพิจารณาข้อจำกัดในการแก้ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมผ่านร้านยาจะพบว่าถูกมองในกรอบที่ใกล้เคียงกับปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ คำถามบางคำถามที่ถูกตั้งขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาในร้านชำ ควรต้องนำมาถามในที่นี้ด้วย เช่น ผลประโยชน์ที่แท้จริงของการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านยาประเภทต่างๆ มีมูลค่ามากน้อยเพียงใด ใครเป็นผู้ได้ประโยชน์นี้ หรือปัญหาเรื่องความจริงใจในการแก้ปัญหาของผู้บริหาร ซึ่งในที่นี้จะไม่ขอนำมากล่าวถึงซ้ำอีก แต่คำถามอีกบางส่วนที่ควรจะต้องพิจารณาในที่นี้คือ

■ เกณฑ์การแบ่งประเภทของยา และประเภทของร้านยาควรจะเป็นอย่างไร

จากข้อมูลการศึกษาที่กล่าวถึงข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาสำคัญ

ที่สุดของการกระจายยาในร้านยาคือปัญหาทางกฎหมายในการกำหนดประเภทของยาและประเภทของร้านยาที่มีอยู่ในปัจจุบันว่า ไม่สามารถแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศได้และไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง การกำหนดเกณฑ์การแบ่งประเภทของยา และประเภทของร้านยาที่แต่เดิมจำกัดขอบเขตการตัดสินใจอยู่เฉพาะในกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และคำนึงถึงความถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการเป็นสำคัญ อาจต้องเริ่มต้นใหม่ที่คำถามว่า จะกำหนดเกณฑ์การแบ่งประเภทของยา และประเภทของร้านยาอย่างไรจึงจะเกิดประโยชน์กับประชาชนสูงสุด และนำข้อมูลด้านอื่นๆ มา ร่วมในการพิจารณาดังที่กล่าวแล้วในส่วนของร้านชำ

■ ปัจจุบันผู้เกี่ยวข้องเข้าใจปัญหาในร้านยาเพียงพอแล้ว หรือยัง

ปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับร้านยามีอยู่จำกัดมาก หน่วยงานที่รับผิดชอบดูเหมือนสนใจข้อมูลเฉพาะในกรอบของรายงานตามที่กฎหมายระบุเท่านั้น แต่พบว่าบัญชีซื้อขายในร้านยาที่จะต้องรายงานมิได้จัดทำตามความเป็นจริง ร้านขายยาเกือบทั้งหมดลงบัญชีซื้อและขายเป็นพิธีเพื่อการตรวจสอบตามกฎหมายเท่านั้น (สุวิทย์ บก. 2537: 426) ส่วนข้อมูลที่จำเป็นต่อการปรับปรุงพัฒนาร้านยาและระบบการกระจายยาผ่านร้านยาอื่นๆ ที่เป็นข้อมูลเชิงลึกที่จะช่วยให้เข้าใจปัญหาได้อย่างแท้จริงแทบไม่มีการศึกษากันเลย อย่างไรก็ตามได้มีความพยายามศึกษาวิจัยการพัฒนาค่าบ่งชี้สภาพการใช้จ่ายในร้านยาขึ้นเมื่อปี 2539 เพื่อใช้เป็นตัววัดมาตรฐานบ่งบอกสภาพการใช้จ่าย ช่วยในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการใช้จ่ายในร้านยา โดยแบ่งมาตรวัดเป็น 4 ด้าน คือ ค่าบ่งชี้พฤติกรรมผู้บริโภค ค่าบ่งชี้ผู้ให้บริการ ค่าบ่งชี้คุณภาพของบริการ และค่าบ่งชี้นโยบาย รวม 36 ค่า (สถิตย์พงศ์ และคณะ 2539: 53-55) แม้ว่าค่าบ่งชี้จะไม่ใช่วิธีการที่ช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่มีอยู่ในร้านยาโดยตรง แต่ก็ช่วยให้เข้าใจสภาพ

ปัญหาเรื่องนี้ได้ชัดเจนขึ้นระดับหนึ่ง และยังรอให้มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินอย่างกว้างขวางต่อไป โดยสรุปในปัจจุบันข้อมูลวิจัยเกี่ยวกับร้านยาในทุกๆ ด้าน ยังมีน้อยมากและดูเหมือนว่ายังไม่มีผู้สนใจที่จะหาข้อมูลเรื่องนี้ในรายละเอียด ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับร้านยามืออย่างจำกัดมาก ซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวเนื่องกันอยู่ ผลที่เกิดขึ้นตามมาคือมาตรการต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลจึงยังคงเน้นที่มาตรการทางกฎหมายเป็นหลัก ซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้อยู่มาก

4) การกระจายยาผ่านช่องทางอื่นๆ

นอกเหนือจากการกระจายยาผ่านร้านชำ กองทุนยา และร้านยาแล้ว ยังมีแหล่งกระจายยาอีกหลายแหล่งนอกเหนือจากสถานบริการของรัฐ ที่กระจายยาแผนปัจจุบันออกสู่ประชาชนให้เลือกใช้เมื่อเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นรถเร่ขายยา หมอฉีดยา รวมทั้งคลินิกแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อนามัย แต่เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ทำความเข้าใจกับแหล่งกระจายยาเหล่านี้มีการศึกษากันค่อนข้างจำกัด จึงขอกล่าวถึงไปพร้อมกัน

■ องค์ความรู้ที่ศึกษากันมา

ระยะที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับแหล่งกระจายยาเหล่านี้โดยเฉพาะเจาะจงมีน้อยมาก ที่มีอยู่มักอยู่ในรูปของคำให้สัมภาษณ์ของชาวบ้าน จากการสำรวจสถานที่ไปรับบริการทางสุขภาพ และส่วนใหญ่มักจะระบุในภาพรวมว่าวิธีการรักษาอื่นๆ จึงทำให้ไม่ทราบตัวเลขที่ชัดเจนเท่าที่ควร ส่วนการศึกษาในเชิงลึกถึงรูปแบบการให้บริการ คุณภาพ และความถูกต้องเหมาะสมของการให้บริการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชาวบ้าน รวมทั้งกระบวนการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และบทบาทหน้าที่ของแหล่งกระจายยาเหล่านี้ต่อชุมชน ยังไม่พบว่ามีการศึกษาอย่างจริงจังเลย

การสำรวจแหล่งกระจายยาในหมู่บ้านทางไปรษณีย์จำนวน

4,615 หมู่บ้าน ในพื้นที่ 8 จังหวัด กระจายอยู่ทั่วประเทศ พบว่ามีแหล่งกระจายยาที่เป็นหมอฉีดยาร้อยละ 12.8, คลินิกร้อยละ 12.4, แพทย์ประจำตำบลร้อยละ 11.5, และยาเร่ร้อยละ 2.6 ของหมู่บ้านทั้งหมด (ลือชัย และคณะ 2537: 184) ส่วนการศึกษาของ สุพัตรา และคณะ (2533) พบว่าแหล่งกระจายยาแผนปัจจุบันในชนบทนอกภาครัฐที่สำคัญนอกเหนือจากร้านชำและกองทุนยาแล้ว ยังมีคลินิก (ชาวบ้านใช้บริการร้อยละ 3.5–15.6), ยาเร่ (ใช้ร้อยละ 0.2–1.7), หมอกกลางบ้าน (ใช้ร้อยละ 0.3–0.9), เพื่อนบ้าน (ใช้ร้อยละ 0.2–1.4) และพระ (ใช้ร้อยละ 0–0.3) ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละหมู่บ้านที่ศึกษา ในการศึกษาแหล่งที่ประชาชนเข้ารับบริการเรื่องยาเมื่อเจ็บป่วยของชาวบ้านในเขตสาธารณสุขที่ 4 จำนวน 7 จังหวัด พบว่า คลินิกเป็นแหล่งกระจายยาให้กับประชาชนในสัดส่วนสูงเป็นอันดับสองรองจากสถานีอนามัย (ร้อยละ 34.3) คือ ร้อยละ 23.1 ในขณะที่โรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นแหล่งกระจายยาให้ประชาชนเพียงร้อยละ 21.7 และมีที่ระบุว่าแหล่งอื่นๆ อีกตั้งแต่ร้อยละ 0.5–3.3 แตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด (บุญศรี และมยุรี 2539: 54)

ลือชัย และคณะ (2537: 185) รายงานว่าพบการขายยาเร่ในหมู่บ้านทั้ง 15 หมู่บ้านที่เข้าไปศึกษา และได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบการขายยาเร่ว่า “มีรูปแบบแตกต่างกันตั้งแต่ใช้คนเดินเท้า ใช้รถจักรยานหรือรถมอเตอร์ไซด์ ใช้รถยนต์ขายพร้อมสินค้าอื่นๆ จนถึงรถขายหนังสือหรือรถแสดงมายากล” และระบุเทคนิคการขายมีทั้งการเข้าหาชาวบ้านแบบตัวต่อตัว และเข้าหาทั้งกลุ่มใหญ่ที่มารวมกันดูการแสดง ผู้ขายทำตัวให้น่าเชื่อถือหรือเข้าใจผิดว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ห้อยหูฟังและใช้หูฟังตรวจ รวมทั้งใช้เทคนิคการลด แจก แถม ร่วมในการขายด้วย (ซึ่งตามกฎหมายไม่สามารถทำได้) ยาที่นำมาขายมีหลากหลายทั้งยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน การขายยาเร่นอกจากจะสามารถกระจายยาสู่ผู้บริโภคโดยตรงแล้ว อีกส่วนหนึ่งยังเป็นแหล่งของยาที่การกระจายลงสู่ร้านชำในหมู่บ้าน

ด้วย

ในรายงานชิ้นเดียวกันนี้ยังกล่าวถึงรูปแบบการกระจายยาจากคลินิกและหมอฉีดยาด้วยว่า คลินิกหมออนามัยเป็นแหล่งกระจายยาและแหล่งรักษาที่มีบทบาทมากอีกแหล่งหนึ่ง ผู้ให้บริการมีทั้งเจ้าหน้าที่อนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เกือบทุกรายที่ไปรักษามักจะได้รับยาฉีด คลินิกมีบทบาทมากในการรักษาโรคที่ชาวบ้านคิดว่าไม่สามารถซื้อยารักษาเองได้ หรือรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือเมื่อรู้สึกอ่อนเพลียต้องการให้น้ำเกลือจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้นำหมู่บ้านจำนวน 36 หมู่บ้าน จำนวน 184 คน เกี่ยวกับการเปิดคลินิกของเจ้าหน้าที่อนามัยในชุมชนพบว่า มีผู้ระบุว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีการเปิดคลินิกเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยได้ให้เหตุผลเพิ่มเติมต่อค่าที่ค่อนข้างต่ำนี้ว่าเจ้าหน้าที่อนามัยอาจใช้บ้านพักตนเองเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ โดยไม่ได้เปิดเป็นรูปคลินิก หรืออาจเปิดคลินิกอยู่ในหมู่บ้านอื่นก็ได้ (บุญเลิศ และบุปผา 2531: 72)

ส่วนหมอฉีดยาในหมู่บ้านมีทั้งผู้ที่เคยมีประสบการณ์เป็นทหารเสนารักษ์มาก่อนและผู้ที่ยังเรียนรูหาประสบการณ์เอง ผู้รับบริการอาจนำยาที่ซื้อมาเองมาให้หมอเหล่านี้ฉีด หรืออาจให้ฉีดยาที่หมอมืออยู่ สันทัดและโรลีย์ (2517: 45) ได้กล่าวถึงหมอฉีดยาว่าเป็นหมอ (ที่ไม่ใช่แพทย์) ที่เปิดร้านส่วนตัวและรักษาโดยการฉีดยาและให้ยากินในบางครั้ง หรืออาจทำการเย็บแผลได้ด้วย และยังกล่าวถึงความนิยมยาฉีดของชาวบ้านด้วยว่า

“ชาวบ้านนิยมการฉีดยาและคิดว่ายาฉีดมีผลดีกว่ายาอื่น ๆ... อาจเป็นเพราะเหตุผลเดียวกับที่นิยมการฉีดยา จึงมีการฉีดยาเข้าเส้น (intravenous injections) ซึ่งถือว่าทำให้เกิดผลและพลังกว่าปกติ ดังนั้นการฉีดยาน้ำเกลือเข้าเส้น (intravenous saline infusions) จึงพบเห็นได้ทั่วไปในประเทศไทย” (สันทัด และโรลีย์ 2517: 26)

■ กรอบการมองปัญหาการกระจายยาผ่านช่องทางอื่นๆ

แม้ข้อมูลการศึกษาถึงความรุนแรงของปัญหาการกระจายยาผ่านช่องทางรวดเร็ว หมอฉีดยา คลินิกหมออนามัย และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จะมีอยู่น้อยมาก แต่กรอบการมองช่องทางการกระจายยาเหล่านี้ของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนในการรับผิดชอบ มักมองในแง่ลบโดยประเมินจาก 2 ด้านหลัก คือ ในแง่มุมมองของกฎหมายที่เกือบทั้งหมดเป็นการดำเนินการอย่างผิดกฎหมาย หรือกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะ กับอีกส่วนหนึ่งมองที่วิธีการให้การรักษาว่าไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ดีของการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ก็พบว่าเป็นเช่นนั้นหากพิจารณาในเชิงวิชาการ แต่เมื่อพิจารณาในแง่ประสิทธิผลของการรักษาและผลเสียร้ายแรงที่เกิดขึ้นจริงในสายตาของชาวบ้าน ร่วมกับภาพความนิยมในการรักษาด้วยวิธีการเหล่านี้ของประชาชนแทบทุกพื้นที่ในชนบททั่วประเทศ อาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพและความเหมาะสมของวิธีการเหล่านี้กับวิถีชีวิตของชาวบ้าน เช่นเดียวกับเรื่องของยาชุดที่ยกมากล่าวข้างต้น ซึ่งหากพิจารณาด้วยมุมมองในบริบทของชาวบ้านดังกล่าว ปรัชญาการณเหล่านี้ที่ยังมีอยู่อาจเป็นเสมือนสิ่งที่คอยย้ำเตือนให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้มองเลยกรอบของกฎหมาย มาตรฐานทางวิชาการ หรือแนวคิดที่ตนยึดถืออยู่ไปสู่แนวทางการศึกษาเพื่อเข้าใจชุมชนที่มีปัญหาอยู่ให้มากขึ้น

■ ข้อจำกัดในการแก้ปัญหาการกระจายยาผ่านช่องทางอื่นๆ

ข้อจำกัดที่สำคัญเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการกระจายยาผ่านช่องทางเหล่านี้คือ การขาดข้อมูลที่ดีศึกษาทำความเข้าใจการดำรงอยู่ของช่องทางการกระจายยาเหล่านี้ ช่องทางการกระจายยาเหล่านี้จะเป็นปัญหาสำคัญมากน้อยเพียงใดยังไม่สามารถระบุได้ขณะนี้ แต่การดำรงอยู่ของช่องทางเหล่านี้ค่อนข้างเหนียวแน่นคู่กับหมู่บ้านต่างๆ แม้ว่าความเจริญของบ้านเมืองและระบบสาธารณสุขจะก้าวหน้าไปมากแล้ว ได้แสดงให้เห็นว่าช่องทาง

กระจายยาเหล่านี้ยังคงมีหน้าที่ที่เหมาะสมอยู่ในสังคมของชาวบ้านระดับหนึ่ง ช่องทางการกระจายยาเหล่านี้อาจเป็นส่วนเล็กๆ ส่วนเดียวของระบบการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันที่มีอยู่ที่สามารถเข้าถึงได้ไม่ยาก ผู้รับบริการอยู่ในฐานะที่ได้รับการยอมรับ สามารถกำหนดวิธีการรักษาหรือสิ่งที่ตัวเองต้องการได้รับการรักษาได้มากกว่าที่อื่น ตรงหรือใกล้เคียงกับความเชื่อความศรัทธาที่ตัวเองมี การเข้าไปศึกษาเพื่อทำความเข้าใจแง่มุมต่างๆ ของช่องทางการกระจายยาเหล่านี้ ควรต้องเข้าไปศึกษาด้วยท่าทีที่เคารพและให้เกียรติ ไม่ใช่ท่าทีที่มุ่งร้ายจ้องจับผิดแต่เพียงอย่างเดียว ความรู้และความเข้าใจที่ได้รับและพิจารณาอย่างรอบด้าน อาจนำมาซึ่งแนวทางในการกระจายยาอย่างมีประสิทธิภาพสู่ประชาชนในชนบทโดยผ่านช่องทางที่มีอยู่แล้วเหล่านี้ โดยรัฐไม่ต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากเพื่อสร้างโครงการใหม่ๆ ขึ้นในชุมชนแล้วไม่ประสบผลสำเร็จดังที่เป็นมาในอดีตอีกต่อไป

ช่องทางการกระจายยาออกสู่ประชาชนในภาคเอกชน ทั้งร้านยาทุกประเภท ร้านชำ กองทุนยา ตลอดจนไปถึงคลินิกประเภทต่างๆ รถเร่ขายยา หมอฉีดยา และอื่นๆ เป็นจุดสำคัญที่มีส่วนกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชน สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ต้องศึกษาและทำความเข้าใจอย่างเร่งด่วน แม้ว่าในบางช่องทาง เช่น ร้านชำ กองทุนยา ร้านยา จะมีการศึกษาไว้พอสมควรแล้วก็ตาม แต่จากการนำเสนอและวิเคราะห์ข้างต้น จะเห็นได้ว่าแนวทางการศึกษาที่ผ่านมายังมีประเด็นสนใจที่ค่อนข้างจำกัดมาก มีการรอบในการมองปัญหาและการแก้ปัญหาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของนักวิชาชีพที่รับผิดชอบปัญหานี้เป็นหลัก ยังขาดความเข้าใจชุมชนอย่างลึกซึ้ง ซึ่งมีส่วนกำหนดให้การแก้ปัญหาที่ผ่านมาไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ผลจากการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ชี้ให้เห็นว่าการที่จะแก้ไขปัญหานี้ให้ประสบผลสำเร็จควรต้องอาศัยการพิจารณาอย่าง

รอบด้าน อาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่าย และมีความเข้าใจ ปัญหาอย่างลึกซึ้งแยกไม่ออกจากสภาพวิถีชีวิตความเป็นจริงของชาวบ้าน เนื่องจากการดำรงอยู่ของช่องทางการกระจายยาต่างๆ นั้น ได้รับอิทธิพล ย้อนกลับจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเองด้วย **ประสบการณ์ความล้มเหลวที่ผ่านมาในการแก้ปัญหาด้วยโครงการสำเร็จรูป ที่ฉาบฉวย ได้แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหานี้ที่เคยถูกมอง ซ้ำไป และช่วยแสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาสาธารณสุขในแต่ละ พื้นที่อาจต้องอาศัยวิธีการที่หลากหลายมากขึ้น ต้องการวิธีคิดที่พ้น ไปจากกรอบความคิดเดิมที่มีอยู่ ด้วยความแยบยล และควรมองที่ ประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ**

2. ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการกระจายยาในชนบท

ปรากฏการณ์ที่มียาจำนวนมากที่ควรต้องขายอยู่เฉพาะในร้านยา มีวางขายอยู่ทั่วไปในร้านชำในชนบท ทั้งๆ ที่มีกฎหมายและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลอยู่ทั้งในส่วนกลางและในภูมิภาค ตั้งแต่ระดับจังหวัดลงไป ถึงระดับตำบล หากอธิบายโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งเน้น ข้อมูลในระดับจุลภาคมักได้รับคำตอบออกมาในลักษณะเดียวกันดังที่กล่าว มาแล้วทั้งหมดข้างต้น แต่หากพิจารณาปัญหานี้ในระดับมหภาคไม่ว่าใน ระดับของประเทศหรือระดับโลกจะพบว่า การที่ยาอันตรายหรือยาที่จำเป็น ต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์สามารถหาซื้อได้ทั่วไปในตลาด รถเร่ แผงลอย จากร้านชำ หรือแม้แต่จากหมอพื้นบ้าน เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปใน ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ (White and Van der Geest 1988: 9) ดังนั้น ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดให้เกิดรูปแบบการกระจายยาลักษณะนี้ ส่วนหนึ่ง น่าจะเป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลร่วมกันในระดับโลก หรือเป็นลักษณะที่มีร่วมกัน ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เนื้อหาในส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์ถึงปัจจัย

ร่วมในระดับมหาดังกล่าวที่อาจมีผลต่อการเกิดปรากฏการณ์นี้ในประเทศไทย รวมถึงนำเสนอแนวทางที่อาจเป็นไปได้ในการที่จะลดปัญหานี้ลง

ปัจจัยระดับมหภาคที่มีส่วนกำหนดให้เกิดปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมขึ้นในประเทศไทย ควรจะเป็นลักษณะที่มีร่วมกันในประเทศกำลังพัฒนาหลายๆ ประเทศที่ประสบปัญหาเดียวกันนี้ด้วย ปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวเนื่องอยู่กับ 3 ระบบหลัก ระบบแรกคือระบบการกำกับดูแลยาของรัฐที่ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่มักมีปัญหาในระบบบริหารจัดการของรัฐอยู่แล้ว เช่น ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน ปัญหาผู้มีอิทธิพลครอบงำเหนือระบบ หรือปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ระบบการทำงานที่ต้องควบคุมกำกับย่อหย่อนลงจนเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมก็เป็นผลสะท้อนของความหย่อนประสิทธิภาพของระบบควบคุมกำกับนี้

ระบบที่สองที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากคือระบบธุรกิจยา ทั้งในส่วนของบริษัทธุรกิจยาข้ามประเทศและระบบธุรกิจยาภายในประเทศเองที่อาศัยความอ่อนแอของการกำกับดูแลและระบบราชการที่ไร้ประสิทธิภาพเข้ามาแสวงหาผลประโยชน์ให้กับธุรกิจของตนเอง

และระบบสุดท้ายที่เกี่ยวข้องคือระบบการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ ที่อิงอยู่กับระบบการแพทย์ตะวันตกและมีเป้าหมายที่ต้องการสร้างความครอบคลุมในการให้บริการกับประชาชนในทุกพื้นที่ โดยไม่ให้คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นจริงว่าการขยายบริการดังกล่าวอาจนำปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเข้าไปสู่ชุมชนเพิ่มขึ้นเสียเอง ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมในการใช้บริการสุขภาพของคนในพื้นที่แตกต่างไปจากสิ่งที่คาดคิดไว้ ทำให้ผลที่เกิดขึ้นแตกต่างจากการขยายบริการที่ทำในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ในส่วนนี้จะกล่าวถึงลักษณะของระบบดังกล่าวในประเทศไทย ที่ช่วยหนุนให้เกิดการกระจายยาอย่างไม่เหมาะสมในชนบท โดยจะได้กล่าว

ตั้งแต่ระบบไปตามลำดับ

1) ระบบการกำกับดูแลยาของรัฐ

ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแลเรื่องยาอยู่หลายฉบับ กฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงมากที่สุดคือ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งผ่านการแก้ไขเพิ่มเติมมาแล้ว 5 ฉบับ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ที่ใช้ควบคุมยาในกลุ่มที่ต้องควบคุมเข้มงวดเป็นพิเศษ และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมยาเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์อยู่ด้วย นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติที่ควบคุมกำกับผู้ที่สั่งใช้ยาและผู้ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับยา เช่น พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เป็นต้น และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547 ซึ่งกฎหมายทั้งหมดจะครอบคลุมการกำกับดูแลยาตั้งแต่กระบวนการนำเข้ายาและวัตถุดิบ กระบวนการพิจารณาขึ้นทะเบียนยาใหม่ กระบวนการผลิต กระบวนการกระจายยา ซึ่งรวมถึงตั้งแต่ การขาย การสั่งใช้ยา การโฆษณา และการเฝ้าระวังภายหลังจากยาออกสู่ตลาดแล้ว ซึ่งรายละเอียดของแง่มุมเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายนี้จะกล่าวถึงในบทต่อไป

การขาดประสิทธิภาพในการใช้กฎหมายเป็นปัญหาของระบบราชการทั่วไปที่มีระเบียบและขั้นตอนมากดังที่ได้กล่าวถึงมาแล้ว ทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินการพิจารณาคำขอต่างๆ ตามข้อกำหนดของกฎหมาย หรือการตรวจสอบจับกุมในกรณีที่มีการกระทำผิดเกิดขึ้น รวมทั้งมีช่องว่างให้มีการเรียกรับผลประโยชน์ นอกจากนี้หลักในการทำงานของราชการที่มีการตั้งเกณฑ์ในการพิจารณาที่ตายตัวเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจตกแก่ผู้ทำงาน (เพื่อมีข้ออ้างว่าได้ทำตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้แล้ว) ทำให้งาน

หลายส่วนในเรื่องของยาที่ต้องอาศัยดุลยพินิจในการพิจารณาตัดสิน ไม่สามารถทำได้ เช่น กรณีของการโฆษณายาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ ที่ ต้องมีการขออนุญาตก่อนซึ่งนอกจากจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดใน พ.ร.บ. ยา มาตรา 88 ถึง 90 แล้ว จะต้องปฏิบัติตามแนวการโฆษณาทาง สื่อทั่วไปที่ อย. กำหนดเพิ่มเติมด้วย เมื่อปฏิบัติตามข้อกำหนดทั้งหมด ก็จะได้รับอนุญาตให้โฆษณาในสื่อทั่วไปได้

มีตัวอย่างที่พบได้มากมายในสื่อโทรทัศน์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ที่แสดงให้เห็นว่าระบบและเกณฑ์ที่ตั้งขึ้นมีปัญหา จนทำให้ไม่สามารถใช้ ดุลยพินิจในการพิจารณาโฆษณาได้อย่างเหมาะสม เช่น การระบุค่าเตือน ในโฆษณาอย่างรวดเร็วหรือเบามากจนฟังไม่รู้เรื่อง แต่ต้องอนุญาตเพราะ ถือว่าได้ทำตามเกณฑ์ต่างๆ อย่างครบถ้วนแล้ว เช่นเดียวกับการโฆษณา ยาที่มีชื่อเดียวกับยาอันตรายโดยพยายามเน้นที่ชื่อยาที่เหมือนกัน หรือการ โฆษณายาคุมกำเนิด (กฎหมายห้ามโฆษณายาคุมกำเนิดตามมาตรา 88 (5)) ที่ทำโดยร่วมสนับสนุนการแข่งขันการพูด (Speech contest) ใน หัวข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการคุมกำเนิด โดยในโฆษณาระบุ “สนับสนุน โดย...(ชื่อบริษัทที่ปรากฏอยู่บนกล่องยาด้วย)...ผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนครอบครัว” เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นภาพสะท้อนถึงปัญหาของระบบการ กำกับดูแลยาภาครัฐได้เป็นอย่างดี

ส่วนข้อจำกัดในความสามารถในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ ส่วนใหญ่มักอ้างว่าเจ้าหน้าที่มีน้อยไม่สามารถดูแลได้อย่างทั่ว ถึง ผู้ประกอบการมีจำนวนมากและพยายามหาช่องโหว่ทางกฎหมายหรือ ลักลอบกระทำความผิด หรือเจ้าหน้าที่มีอำนาจในการดำเนินการควบคุม เพียงเท่านั้น แล้วเรื่องก็ค่อยๆ เงียบหายไป อย่างไรก็ตามข้อจำกัดในการ ทำงานหลายๆ ด้าน อยู่ในระบบบริหารจัดการของราชการเพราะเมื่อพบว่า มีการกระทำผิดต้องมีการดำเนินคดีทางกฎหมาย การที่แต่ละคดีต้องใช้เวลา นาน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบต้องเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องตลอด ในขณะที่

ยังมีงานประจำที่ต้องทำอยู่ ทำให้ไม่สามารถดำเนินคดีกับผู้ทำผิดกฎหมายได้ทุกราย ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงมักใช้วิธีการว่ากล่าวตักเตือน หรือใช้การประนีประนอมซึ่งช่วยให้ภาระงานลดลงไปได้มาก แต่ก็มีส่วนทำให้ผู้ประกอบการเห็นว่าเจ้าหน้าที่ไม่เอาจริงในการดำเนินการทางกฎหมาย จึงลักลอบทำผิดกันต่อไป

นอกเหนือจากข้อจำกัดของการทำงานตามระบบราชการแล้ว ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มีการกระจายยาไม่เหมาะสมยังขึ้นอยู่กับรายละเอียดของตัวกฎหมายที่ไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง หรือมีความไม่สอดคล้องกันในการปฏิบัติ ดังเช่นกรณีการอนุญาตให้มีการโฆษณายาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ ทางสื่อทั่วไปกับประชาชนได้ แต่ไม่อนุญาตให้ขายยาเหล่านี้ตามร้านค้าทั่วไป ดังที่เคยยกตัวอย่างมาแล้ว หรือการกำหนดให้มีกลุ่มยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษขึ้น เพื่อให้ใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ ควบคุมการจ่ายโดยเภสัชกร แต่กลับไม่มีการนำระบบใบสั่งยามาใช้อย่างเป็นรูปธรรม ยังคงให้คลินิกแพทย์และโรงพยาบาลขายยา และร้านยาทำการวินิจฉัยโรคอยู่ต่อไป ทำให้ระบบการควบคุมที่ต้องการให้เกิดขึ้นไม่สามารถเป็นจริงได้ กฎหมายบางส่วนอาจขัดกับนโยบายหลักบางด้านของรัฐ เช่น นโยบายการส่งเสริมอุตสาหกรรมหรือการลงทุนภาคเอกชน กฎหมายยาหลายส่วนถูกโจมตีว่าขัดขวางการพัฒนาของอุตสาหกรรมยาในประเทศ ไม่เอื้อประโยชน์ในการแข่งขัน หรือกีดกันทางการค้า เป็นต้น

แนวทางการแก้ไขข้อจำกัดของระบบการกำกับและดูแลยาของรัฐ ต้องมีการปรับปรุงองค์กรหลักทั้งระบบ ทั้งในส่วนของตัวกฎหมายและการจัดองค์กรให้มีความเข้มแข็งเด็ดขาดเพื่อรองรับกับระบบตลาดเสรีของโลกที่จะต้องมีการแข่งขันกันรุนแรงขึ้น รัฐต้องมีจุดยืนชัดเจนที่จะเป็นผู้ปกป้องผลประโยชน์และคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาให้กับประชาชน กฎหมายต่างๆ ต้องชัดเจนและสอดคล้องกันสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ ควรเน้นที่การตรวจสอบในขั้นต้นก่อนที่ยาจะเข้าสู่ระบบตลาด ให้ความสำคัญในการ

กำกับดูแลการโฆษณาในสื่อทุกประเภทให้เข้มงวดมากยิ่งขึ้น ยาชินดิ
ไคที่ไม่ต้องการให้ผู้บริโภคซื้อใช้เองไม่ควรให้มีการโฆษณา (ซึ่งต้องทำควบ
คู่ไปกับการพิจารณาจัดกลุ่มยาใหม่) และให้ผู้ทำธุรกิจเป็นผู้รับผิดชอบอย่าง
เต็มที่ต่อผลเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากสินค้าและการทำธุรกิจของตน ต้อง
ควบคุมดูแลสินค้าตนให้จำหน่ายอยู่ในช่องทางที่กฎหมายอนุญาต เช่น
ต้องจัดระบบการจำหน่ายไม่ให้ยาของตนถูกนำไปจำหน่ายในร้านที่ไม่ได้
รับอนุญาต โดยมีบทลงโทษอย่างรุนแรงกรณีทำผิด รวมทั้งจัดระบบการให้
ข้อมูลและรับข้อร้องเรียนในข้อบกพร่องต่างๆ จากผู้บริโภคมาดำเนินการ
อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการชดเชยความเสียหายต่างๆ ที่
เกิดขึ้น และให้ผู้ผลิตรับผิดชอบต่อสินค้าตนเองมากขึ้น

2) ระบบธุรกิจยา

ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการกระจายยาในชนบทที่สำคัญมากอีก
ปัจจัยหนึ่งคือระบบธุรกิจยา ธุรกิจยาในประเทศไทยประกอบด้วยกลุ่มของ
ธุรกิจใหญ่ 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ผลิตยา กลุ่มผู้ส่งนำเข้ายาจากต่างประเทศมา
จำหน่าย และกลุ่มผู้ขายยา ในแต่ละกลุ่มธุรกิจจะประกอบด้วยกลุ่มย่อยๆ
อีกจำนวนหนึ่ง ทุกกลุ่มที่ทำธุรกิจยามีเป้าหมายหลักที่เหมือนกันคือ ต้อง
การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ของตนให้ได้มากที่สุดซึ่งหมายถึงกำไรที่มากขึ้น
อย่างเป็นสัดส่วนกัน แต่ละกลุ่มจึงต้องอาศัยความสามารถทางการตลาด
นำกลยุทธ์ทางการแข่งขันที่เข้มข้นมาใช้ และด้วยข้อจำกัดของระบบกำกับ
ดูแลยาของรัฐที่ด้อยประสิทธิภาพดังที่กล่าวแล้ว กลยุทธ์ทางการตลาดที่ใช้
จำนวนมากจึงเป็นวิธีการที่อาศัยช่องโหว่ หรือข้อจำกัดของภาครัฐที่มีอยู่
มาแสวงหาประโยชน์ให้ธุรกิจของตน และส่วนหนึ่งของผลที่เกิดจากการ
กระทำดังกล่าวคือการกระจายยาของตน (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่จัดว่าไม่
เหมาะสมที่จะกระจายอยู่ในชุมชน) ผ่านช่องทางต่างๆ ไปสู่ชุมชนนั่นเอง
อิทธิพลของธุรกิจแต่ละกลุ่มจะมีผลต่อรูปแบบการกระจายยาในชนบทมาก

น้อยต่างกันไปบ้างดังนี้

■ กลุ่มผู้ผลิตยา

ข้อมูลปี 2548 พบว่ามีผู้ผลิตยาแผนปัจจุบันในประเทศทั้งสิ้น 166 ราย (กองควบคุมยา 2550ก) โดยส่วนใหญ่ (142 แห่ง) ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในจำนวนนี้มีประมาณ 25 แห่ง เป็นโรงงานยาชั้นนำที่เป็นของต่างชาติหรือร่วมทุนกับบริษัทต่างชาติ การผลิตยาเป็นธุรกิจที่เติบโตค่อนข้างเร็วมีมูลค่าการผลิตเพิ่มขึ้นโดยตลอด โดยในปี 2548 มีมูลค่าการผลิตรวมประมาณ สามหมื่นหนึ่งพันล้านบาท สูงกว่ามูลค่าการผลิตเมื่อปี 2535 เกือบ 3 เท่าตัว (กองควบคุมยา 2550ก) อย่างไรก็ตามธุรกิจการผลิตยาของไทยยังไม่สามารถพึ่งตนเองได้ เพราะส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมการผลิตยาสำเร็จรูป โดยนำเข้าตัวยาสำคัญและสารช่วยในการผลิตเกือบทั้งหมดจากต่างประเทศ แล้วนำมาแบ่งบรรจุหรือผ่านกระบวนการผลิตเป็นยาน้ำ ยาเม็ด ฯลฯ แล้วบรรจุเป็นยาสำเร็จรูปออกจำหน่าย เมื่อพิจารณาวัตถุดิบนับพันรายการที่ต้องใช้ในกระบวนการผลิตยาแล้ว มีวัตถุดิบที่สามารถผลิตได้เองภายในประเทศเพียงประมาณ 25 ชนิด (สุวิทย์ บก. 2537: 313) ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งก็ต้องนำเข้าสารเคมีตั้งต้นจากต่างประเทศอยู่ด้วย แสดงให้เห็นว่าธุรกิจผลิตยาของไทยยังต้องพึ่งพิงต่างประเทศอยู่อย่างมาก

ในด้านของคุณภาพของผลิตภัณฑ์ซึ่งถือว่าเป็นจุดสำคัญที่มีผลต่อผู้บริโภคโดยตรง แม้ว่าปัจจุบันรัฐพยายามยกระดับสถานที่ผลิตยาให้อยู่ในระดับมาตรฐานตามหลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตยา (GMP, Good Manufacturing Practice) โดยออกมาตรการต่างๆ จูงใจให้ผู้ประกอบการปรับปรุงการผลิตให้ดีขึ้น เช่น กำหนดให้โรงพยาบาลของรัฐซื้อยาจากผู้ผลิตที่ได้รับ GMP แล้วเท่านั้น แต่ปัจจุบันโรงงานผลิตยาอีกส่วนหนึ่งยังคงผลิตยาออกสู่ตลาดด้วยมาตรฐานต่ำกว่าเกณฑ์ GMP แม้แต่โรงงานที่ได้รับ GMP

แล้ว ก็อาจได้รับมาตรฐานเพียงบางรูปแบบของการผลิต (dosage form) หรือได้รับมาตรฐานแบบปีต่อปี ข้อมูลจากกองควบคุมยาระบุว่า มีโรงงานอีก 63 แห่ง ที่ยังคงไม่ได้มาตรฐาน GMP ในการผลิตยาน้ำ และ 68 แห่ง ที่ยังไม่ได้มาตรฐานการผลิตยาเม็ด (กองควบคุมยา 2542)

ยาที่ผลิตจากโรงงานที่ยังไม่ได้มาตรฐานเหล่านี้ส่วนใหญ่กระจายอยู่ในตลาดที่เป็นร้านยาในต่างจังหวัดเป็นหลัก (เนื่องจากโรงพยาบาลและร้านยาที่มีเภสัชกรดูแลมักไม่ซื้อยาของบริษัทเหล่านี้มาใช้) ปัจจัยเหล่านี้จึงทำให้ร้านชำในชนบทที่รับยามาจากร้านยาระดับอำเภอหรือจังหวัด กลายเป็นตลาดหลักของผู้ผลิตยาเหล่านี้ หากจะอนุมานว่าคุณภาพของยาที่ผลิตจากโรงงานที่ยังไม่ได้รับ GMP มีคุณภาพด้อยกว่าโรงงานทั่วไปแล้ว ยาที่ประชาชนในชนบทได้รับจึงน่าจะเป็นยาที่มีคุณภาพด้อยกว่ายาที่คนกลุ่มอื่นได้รับ ยิ่งทำให้เห็นว่าผู้ผลิตยามีอิทธิพลอย่างมากต่อคุณภาพของยาที่กระจายอยู่ในชนบท ยังพบอีกว่าผู้ผลิตรายย่อยเหล่านี้ นอกจากจำหน่ายยาโดยส่งผ่านพ่อค้าคนกลางแล้ว ยังจัดจำหน่ายยาเองโดยส่งรถเร่ออกขายยาถึงชุมชน หรือใช้วิธีที่ผิดกฎหมายอื่นๆ ซึ่งอาจรวมถึงเป็นผู้ผลิตยาลักษณะแปลกๆ และไม่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อบรรจุในยาชุดด้วยการกระทำเช่นนี้ยังเปิดโอกาสให้มียาที่อันตรายต่อผู้บริโภคในตลาดมากขึ้น ในส่วนของผู้ผลิตรายใหญ่หรือที่ได้รับ GMP แล้ว มีจำนวนไม่น้อยที่ผลิตยาสำหรับตลาดในชนบทโดยเฉพาะ และพบว่าบางรายจงใจผลิตยาเป็น 2 มาตรฐานเพื่อกระจายใช้ในเมืองและชนบท ดังเช่นที่เคยปรากฏว่ามีการผลิตยาแก้ใช้ชนิดน้ำเชื่อมสำหรับเด็กที่มีลักษณะภายนอกเหมือนกันมากแต่ประกอบด้วยตัวยาสำคัญที่แตกต่างกัน โดยยาที่มีองค์ประกอบของไโดพยโรนซึ่งมีอันตรายสูงกว่ามีเป้าหมายในตลาดชนบทเท่านั้น

วิธีการส่งเสริมการขายของผู้ผลิตนอกเหนือจากส่งหน่วยขายออกไปจำหน่ายและโฆษณาโดยตรงกับผู้บริโภคแล้ว มักใช้วิธีการทูลโฆษณาในรูปแบบต่างๆ ทั้งถูกและผิดกฎหมาย สื่อที่นิยมใช้ในการโฆษณา ได้แก่

วิทยุคลื่นเอเอ็ม การทำสต็อกเกอร์โฆษณาติดตามสถานที่ต่างๆ และการสนับสนุนการจัดงานในระดับจังหวัด ซึ่งงานศึกษาของสุพัตรา และคณะ (2533) ได้เสนอให้เห็นภาพไว้อย่างเป็นรูปธรรมว่า รูปแบบของโฆษณาที่ผิดกฎหมายที่นิยมใช้ได้แก่ การให้ผู้จัดรายการโฆษณาผลิตภัณฑ์โดยใช้ข้อความยังไม่ได้รับอนุญาต นอกจากนี้ยังมีการแจกตัวอย่างยา ลดราคา แถมสินค้าอื่นๆ ตามงานประจำปี นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้วิธีบริจาคหรือทำบุญตามวัดหรือโรงเรียนเพื่อให้พระและชาวบ้านนำไปแจกจ่ายกันเอง

สำหรับบริษัทที่มีภาพลักษณ์ดีรวมทั้งบริษัทยาข้ามชาติ แม้ไม่ค่อยพบว่ามีการทำผิดกฎหมายในลักษณะที่กล่าวถึงข้างต้น แต่พบว่ามี การให้ข้อมูลในฉลากยาไม่ครบถ้วนหรือแตกต่างจากข้อมูลยาที่ให้ในประเทศของตน ดังเช่นกรณีของยาไดพัยโรนในอดีต ที่ระบุสรรพคุณให้ใช้บรรเทาอาการปวดประจำเดือนและพบว่ามีการใช้อย่างกว้างขวางในประเทศไทย ในขณะที่มีการห้ามระบุสรรพคุณนี้ หรือยกเลิกยาที่มีไดพัยโรนเป็นส่วนผสมทั้งหมดแล้วในหลายประเทศ เนื่องจากมีอันตรายจากการใช้สูงมาก (กลุ่มศึกษาปัญหา ยา 2536) นอกจากนี้อาจพบว่ามีการใช้โฆษณาแฝงในรูปการทำกิจกรรมเพื่อสังคมต่างๆ

จะเห็นได้ว่าการที่ตลาดแข่งขันกันมากในธุรกิจการผลิตยาส่งผลให้ผู้ผลิตในทุกระดับพยายามใช้ทุกวิธีการเพื่อที่จะทำให้สินค้าของตนเข้าถึงผู้บริโภคให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่ส่งผลให้มียาจำนวนมากกระจายอยู่ในหมู่บ้าน ซึ่งล้วนแต่มีโอกาสทำให้เกิดผลเสียต่อผู้บริโภคได้ทั้งสิ้น โดยเฉพาะประชาชนในชนบท

■ กลุ่มผู้นำเข้ายาจากต่างประเทศ

ผู้นำเข้ายาเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีผลิตภัณฑ์ยาจำหน่ายออกสู่ผู้บริโภคจำนวนมากไม่น้อย โดยพบว่าประมาณร้อยละ 20 ของทะเบียนยาแผน

ปัจจุบันสำหรับมนุษย์เป็นยาที่นำเข้าจากต่างประเทศในรูปแบบยาสำเร็จรูป และธุรกิจนี้กำลังเติบโตขึ้นเป็นลำดับ ข้อมูลเมื่อสิ้นปี 2541 มีผู้นำเข้ายาจากต่างประเทศทั้งสิ้น 485 ราย และมีมูลค่าการนำเข้าตลอดปี 2540 ประมาณ 12,300 ล้านบาท โดยกลุ่มของยาที่มีมูลค่านำเข้าสูงสุดคือ กลุ่มของยาปฏิชีวนะ (กองควบคุมยา 2542) ในขณะที่ ปี 2548 มีผู้นำเข้ายาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศเพิ่มเป็น 600 ราย และมีมูลค่านำเข้ารวมกว่า 38,000 ล้านบาท (กองควบคุมยา 2550ก) หรือเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่าตัวในช่วง 8 ปี เนื่องจากยาที่นำเข้าส่วนใหญ่เป็นยาใหม่และมีราคาสูง จึงกระจายสู่ผู้บริโภคผ่านทางโรงพยาบาลหรือในร้านยาขนาดใหญ่ในตัวเมืองเป็นหลัก หรือถ้าหากมีผลต่อการกระจายยาในชนบทบ้าง น่าจะมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับผลที่เกิดจากผู้ผลิตยารายใหญ่หรือผู้ผลิตยาที่เป็นบริษัทข้ามชาติมากกว่า

■ กลุ่มผู้จำหน่ายยา

กลุ่มผู้จำหน่ายยาถือว่าเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลสูงต่อการกำหนดชนิดของยาที่จะมีอยู่ในชุมชน และมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ข้างต้น กลุ่มผู้ทำธุรกิจขายยาแบ่งได้ออกเป็น 2 กลุ่มหลักคือ ผู้ที่ทำธุรกิจขายส่ง ซึ่งมีทั้งที่ทำหน้าที่ขายส่งอย่างเดียวและขายส่งร่วมกับการขายปลีกกับผู้ทำธุรกิจขายปลีก ร้านขายยาใหญ่ๆ ในต่างจังหวัดมักขายส่งยาไปพร้อมกันด้วย

ร้านยาแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ตามกฎหมาย 4 ประเภท คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบันซึ่งปัจจุบันมีอยู่ 8,801 แห่ง (ต่างจังหวัด 5,186 แห่ง) ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จฯ 4,520 แห่ง (ต่างจังหวัด 4,031 แห่ง) ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จฯ สำหรับสัตว์ 640 แห่ง (ต่างจังหวัด 556 แห่ง) และร้านขายยาแผนโบราณ 2,096 แห่ง (ต่างจังหวัด 1,696 แห่ง) (กองควบคุมยา 2550ก) โดยในช่วงที่ผ่านมาร้านขายยาแผนปัจจุบัน และร้าน

แผนปัจจุบันบรรลุเสร็จๆ สำหรับสัตว์มีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ส่วนที่เหลืออีก 2 ประเภทมีแนวโน้มที่ลดลง

ธุรกิจยาเป็นธุรกิจที่มีผลตอบแทนค่อนข้างสูงและยังมีโอกาสเติบโตได้อีกมาก ดังจะเห็นได้จากการเข้ามาลงทุนทำธุรกิจด้านนี้ของร้านยาจากต่างประเทศในเมืองใหญ่ๆ การแข่งขันกันของธุรกิจร้านยาในเมืองใหญ่ในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น ทำให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์จากการแข่งขันนี้ แต่ในต่างจังหวัดเมื่อพิจารณาจากจำนวนของร้านแต่ละประเภทที่กระจายอยู่ในพื้นที่แล้ว จะเห็นว่าร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรลุเสร็จๆ มีบทบาทอย่างมากในการเป็นแหล่งกระจายยาในต่างจังหวัด แม้ร้านยาแผนปัจจุบันมีอยู่ในปริมาณมากพอควร แต่ส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีเภสัชกรทำหน้าที่ปฏิบัติการ หรืออาจมาปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเย็นที่ไม่สะดวกกับการมาใช้บริการของคนในหมู่บ้านห่างไกล

ดังนั้นการแข่งขันของร้านยาในต่างจังหวัดจึงมุ่งไปในด้านราคา และการอำนวยความสะดวกให้กับลูกค้าเป็นหลัก โดยยังไม่มีการพัฒนาในด้านคุณภาพของการบริการเท่าที่ควร จากที่กล่าวไว้แล้วว่าลูกค้าหลักกลุ่มหนึ่งของร้านยาในระดับอำเภอคือร้านชำในหมู่บ้าน การขายยาให้กับลูกค้ากลุ่มนี้ได้มากขึ้นเพียงใดก็เท่ากับการเพิ่มผลกำไรของร้านมากขึ้น และเท่าที่เข้มงวดกวดขันให้เร่งระบายยาไปสู่ชุมชนให้มากขึ้นเช่นกัน ระบบการจัดยาตามใบสั่งที่ฝากมากับรถโดยสารประจำหมู่บ้าน ระบบการขายยาให้แบบเงินเชื่อ หรือการสะสมยอดสั่งซื้อยาเพื่อรับของสมนาคุณ คือภาพสะท้อนของการแข่งขันกันให้บริการกับลูกค้ารายใหญ่เหล่านี้ซึ่งเป็นต้นเหตุที่สำคัญของการมียาแทบทุกอย่างที่ลูกค้าต้องการอยู่ในชุมชน และร้านชำเองก็ยินดีนำยาเหล่านี้มาขายแม้รู้ว่าผิดกฎหมายก็ตาม

ระบบธุรกิจยาไม่ว่าจะเป็นในส่วนของผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย ล้วนมีอิทธิพลต่อการกำหนดชนิดของยาที่กระจายอยู่ในชุมชน

และวิธีการที่ยาเหล่านั้นจะลงไปสู่พื้นที่ การดูแลกำกับปัจจัยที่มีอิทธิพล และผลประโยชน์เหล่านี้เพื่อแก้ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมใน ชนบท ในขั้นต้นควรต้องทำความเข้าใจกับรูปแบบและความเชื่อมโยงของ เครื่องข่ายความสัมพันธ์เหล่านี้ให้ชัดเจนขึ้น (จากการทบทวนงานวิจัยที่มี อยู่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องเหล่านี้ได้เลย) จากนั้นจึงนำองค์ความรู้ที่ ได้มาปรับระบบการกำกับดูแลยาของรัฐให้สามารถดำเนินการได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ซึ่งต้องทำไปควบคู่กับการปรับระบบการกำกับดูแลยาของรัฐ ที่กล่าวถึงในหัวข้อข้างต้น รวมทั้งการปรับระบบบริการสาธารณสุขที่ จะกล่าวถึงต่อไปด้วย

3) ระบบการจัดบริการสาธารณสุข

แนวคิดหลักอย่างหนึ่งที่น่ามาใช้เป็นคำตอบสำเร็จรูปสำหรับการ แก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในชนบทคือการเพิ่มจำนวนสถานบริการ สาธารณสุขให้มากขึ้น เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ารับบริการที่ได้ มาตรฐาน ซึ่งเป็นแนวคิดที่ช่วยสร้างโอกาสที่เท่าเทียมกันให้กับประชาชน ในท้องถิ่นห่างไกลให้ได้รับบริการที่เหมาะสม นอกจากนี้สถานบริการ สาธารณสุขโดยเฉพาะระดับสถานีอนามัยได้ให้บริการอื่นๆ นอกเหนือจาก งานรักษาพยาบาล เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานส่งเสริมสุขภาพ งาน สุขาภิบาลและป้องกันโรคซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อชุมชน บทบาทในการ ร่วมผลักดันให้ประชาชนมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพนี้ยิ่งชัดเจนขึ้น เพื่อพัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะประเด็นปัญหา การกระจายยาและการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน การมีสถานบริการ สาธารณสุขช่วยลดปัญหานี้ลงได้เพียงใดเป็นจุดที่น่าจะต้องทำการวิเคราะห์

แม้การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาจะยังไม่มีการศึกษาที่ชี้ชัดอย่าง ชัดเจนถึงผลกระทบในด้านนี้ แต่หากพิจารณาจากภาระหน้าที่ของเจ้า หน้าที่ระดับตำบลที่ส่วนหนึ่งต้องทำหน้าที่สำรวจร้านชำเพื่อการเฝ้าระวัง

ปัญหาด้านอาหารและยา การเพิ่มจำนวนสถานบริการน่าจะเป็นประโยชน์ในด้านลดความรุนแรงของปัญหาของยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนลงได้ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มยาที่มีอันตรายสูงซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญในการกำจัดการให้หมดไป เช่น ยาชุด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท นอกจากนี้ยาแผนปัจจุบันที่กระจายอยู่ในกลุ่มของหมอชิดยาและหมอแผนโบราณน่าจะลดลงระดับหนึ่ง เนื่องจากประชาชนสามารถรับบริการได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แต่ในส่วน of ยาประเภทอื่นๆ ที่ประชาชนใช้อยู่เป็นประจำ ทั้งที่เป็นยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ น่าจะยังคงมีการจำหน่ายอยู่เช่นเดิม เช่นเดียวกับแหล่งกระจายยาอื่นๆ เช่น รถเร่ขายหนังสือขายยา หรือการขายยาตามตลาดนัด เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อมองอีกด้านหนึ่งในภาพของความเป็นจริงในการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับตำบลที่ต้องทำงานแทบทุกงานที่จังหวัดมอบหมายมา มีแบบรายงานประจำทุกเดือนจำนวนมากที่ต้องทำ รวมทั้งงานประจำที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย งานเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อที่ต้องทำอย่างเร่งด่วนตามนโยบาย ส่งผลให้งานเฝ้าระวังในการตรวจอาหารและยาที่จำหน่ายในร้านชำในเขตหมู่บ้านรับผิดชอบ ซึ่งเป็นงานที่ไม่เร่งด่วนและต้องใช้เวลาอย่างมากไม่ได้รับความสนใจที่จะปฏิบัติเท่าที่ควร ทำให้ในภาวะการทำงานปกติปัญหาจะไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในหมู่บ้านอาจไม่ได้รับการดูแลแก้ไขเลย

นอกจากนี้ในรายงานการศึกษาหลายชิ้นยังระบุว่าเจ้าหน้าที่ระดับตำบลเป็นแหล่งสำคัญของการกระจายยาที่ไม่เหมาะสม (ลือชัย และคณะ 2537: 185; บุญเลิศ และบุปผา 2531: 72) โดยมีวิธีการให้บริการหลายรูปแบบ เช่น การเปิดคลินิกนอกเวลาราชการ การขับรถจักรยานยนต์เข้าไปตามหมู่บ้านเพื่อให้บริการกับผู้ที่ต้องการรักษา หรือการเปิดให้บริการที่บ้านพักในสถานเอนกนายนอกเวลาราชการ ซึ่งการให้บริการของเจ้าหน้าที่

ลักษณะนี้ถือได้ว่าเป็นแหล่งกระจายยาไม่เหมาะสมด้วย เพราะไม่ได้เปิดเป็นสถานบริการอย่างถูกต้อง และมียาที่ไม่เหมาะสมส่งมอบให้ประชาชน เนื่องจากยาที่ให้ส่วนใหญ่เป็นยาอันตรายที่เกินขอบเขตที่เจ้าหน้าที่เหล่านี้จะใช้ได้ ต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ และวิธีการให้ยาก็ก็น่าจะไม่เหมาะสม เช่น นิยมฉีดยา หรือให้น้ำเกลือตามความต้องการของผู้ป่วย โดยประชาชนจะทราบดีว่าหากต้องการยาเหล่านี้ต้องมานอกเวลาราชการ และจะมาพบเมื่อรู้ว่าอาการเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถรักษาได้ด้วยการซื้อยากินเอง ในกรณีนี้เจ้าหน้าที่ระดับตำบลก็จะเป็นลูกค้าที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งของร้านยาในระดับอำเภอหรือจังหวัด และมีโอกาสได้รับแรงกระตุ้นจากผู้ผลิตและจำหน่ายยาให้นำยารูปแบบใหม่ๆ เข้าสู่ชุมชนมากขึ้นได้

ปัญหาลักษณะนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในสถานบริการระดับตำบล สถานบริการระดับใหญ่ขึ้น เช่นบุคลากรของโรงพยาบาลในต่างจังหวัดก็พบว่ามีการให้บริการในลักษณะนี้เช่นกัน เมื่อมองในมุมนี้การขยายตัวของสถานพยาบาลไปใกล้ชิดประชาชนมากขึ้นจึงมีผลในด้านลบต่อชุมชนอยู่ด้วยส่วนหนึ่ง ดังนั้นระบบบริการสาธารณสุขที่กระจายออกไปสู่พื้นที่ห่างไกลมากขึ้นไม่ได้หมายความว่าจะช่วยแก้ปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมในพื้นที่เบาบางลงเสมอไป หากไม่มีระบบการควบคุมตรวจสอบการทำงานของเจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสมอาจยิ่งเป็นการเพิ่มแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสมแหล่งใหม่ให้กับชุมชนนั้น แม้ยาที่คิดว่าถูกกระจายอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่ผู้ป่วยได้รับไปจากโรงพยาบาลก็อาจก่อให้เกิดปัญหาขึ้นได้เมื่อเขาเอายาที่ได้รับมาไปแบ่งให้เพื่อนหรือญาติใช้อย่างไม่เหมาะสม การที่จะแก้ปัญหาเหล่านี้จึงเชื่อมโยงอยู่กับการแก้ไขที่จุดอื่นๆ ร่วมด้วย คงไม่สามารถแก้ไขได้ง่ายๆ ด้วยการออกคำสั่งหรือกำชับดูแลเจ้าหน้าที่ไม่ให้มีพฤติกรรมดังกล่าวเท่านั้น

จะเห็นได้ว่าปัจจัยระดับมหภาคทั้ง 3 ด้าน ที่นำเสนอมาข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นระบบการกำกับดูแลยาของรัฐ ระบบธุรกิจยา และระบบการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้มีผลอย่างมากต่อการกำหนดลักษณะของยาที่กระจายอยู่ในพื้นที่ชนบท ปัจจัยเหล่านี้ก็ได้รับผลกระทบโดยตรงจากระบบบริหารประเทศ การทำงานของรัฐบาลในประเทศ รวมทั้งผลกระทบจากระบบการค้า การเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของโลก มิฉะนั้นปรากฏการณ์การกระจายยาอย่างไม่เหมาะสมนี้คงไม่เป็นปัญหาร่วมกันของประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก คงปฏิเสธไม่ได้ว่าการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือยและไม่เหมาะสมของคนในชนบทของประเทศกำลังพัฒนานับพันล้านคนทั่วโลกนี้ คือขุมทรัพย์อันมหาศาลของบริษัทผู้ผลิตยาและสารเคมีในการผลิตยาที่มีประเทศที่พัฒนาแล้วเพียงไม่กี่ประเทศเป็นเจ้าของอยู่

3. มุมมองทางวัฒนธรรมต่อแหล่งกระจายยาในชุมชน

นับตั้งแต่ยาแผนปัจจุบันได้รับการสนับสนุนให้เผยแพร่ออกสู่ประชาชนได้ทั่วประเทศตั้งแต่สมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ ประชาชนไทยได้เริ่มสัมผัสและสร้างความคุ้นเคยกับ “ยาฝรั่ง” โดยเฉพาะเมื่อรัฐบาลได้มีนโยบายสนับสนุนให้มีอุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศ และให้มีการนำเข้ายาจากต่างประเทศอย่างจริงจังภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา ทำให้ยาแผนปัจจุบันรูปแบบต่างๆ ได้เข้ามามีบทบาทในวิถีชีวิตของคนไทยมากขึ้น

“ยาแผนปัจจุบัน” ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมใหม่ที่นำเข้ามาสู่สังคมไทยพร้อมๆ กับแนวคิดของระบบการแพทย์ตะวันตก การเรียนการสอนวิทยาศาสตร์ และระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรี ที่มีวิธีการมองโรคและอธิบายการเจ็บป่วยที่แตกต่างไปจากองค์ความรู้และวิธีการเดิมที่มีอยู่อย่างมาก หากพิจารณาในเชิงวัฒนธรรมแล้วเมื่อมีการนำวัฒนธรรม

ใหม่เข้ามาสู่สังคม วัฒนธรรมนั้นมักต้องถูกปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกลับไป
กับวัฒนธรรมเดิมที่มีอยู่ (Cultural assimilation)

แต่การปรับเปลี่ยนนั้นจะมีมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย
และมักดำเนินต่อเนื่องกันไปอย่างไม่มีจุดสิ้นสุดตราบดีที่ยังคงมี “สิ่งใหม่ๆ”
ไหลบ่าเข้ามา ตลอดเวลากว่าหนึ่งศตวรรษที่ยาแผนปัจจุบันถูกนำเข้าสู่
สังคมไทย ยาเหล่านั้นได้ถูกปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสภาพของสังคมไทยใน
หลายแง่มุมไม่ว่าจะในด้านของรูปลักษณะของยา สี กลิ่น รส รูปแบบ วิธี
การใช้ ตลอดจนถึงสรรพคุณของยาเหล่านั้นก็ได้ถูกปรับให้เข้ากับวัฒนธรรม
เดิมที่เรามีอยู่

การปรับเปลี่ยนนั้นอาจกระทำโดยผู้ผลิตหรือผู้นำเขายามาจาก
ต่างประเทศเอง ผู้ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบยา ผู้กระจายยา หรือโดยผู้
บริโภคยาเอง ยาบางรูปแบบที่ขัดแย้งกับวัฒนธรรมเดิมมากอาจถูกปฏิเสธ
ไม่ได้รับการยอมรับ ดังเช่นกรณีของการใช้ยาแอสไพรินรูปแบบสอดทวาร
หนักเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ ซึ่งได้รับความนิยมสูงมากในต่างประเทศ
เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์เร็วกว่าการรับประทาน แต่วิธีการดังกล่าวกลับไม่
ได้รับการยอมรับจากคนไทยเลยเนื่องจากขัดกับวัฒนธรรมไทยที่มีอยู่เดิม
อย่างรุนแรงนั่นเอง

หากพิจารณาในแง่นี้ การใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมที่เป็นปัญหา
อยู่ในปัจจุบัน หรือช่องทางการกระจายยาแปลกๆ ที่เกิดขึ้น ก็คือ
ปรากฏการณ์ปกติที่เป็นผลผลิตจากกระบวนการปรับตัวให้สอดคล้อง
กันของวัฒนธรรมที่กล่าวถึงนั่นเอง และเป็นเหตุการณ์ปกติที่
พบได้ในประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่มีระบบวัฒนธรรม
ที่แตกต่างจากประเทศตะวันตกที่เป็นต้นแบบของแนวคิดทางการแพทย์
แบบใหม่

รูปแบบหรือวิธีการใช้ยาที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย เช่น
การใช้ยาของแก้ปวดผสมกับน้ำปลารับประทานแก้ท้องเสีย การแกะ

แคลเซียมเอมยาโรยแผล การใช้ยาชุด การรับบริการจากเจ้าหน้าที่ที่ขับมอเตอร์ไซด์ไปฉีดยาให้ในหมู่บ้าน คือผลของการปรับตัวทางวัฒนธรรมที่ประสบผลสำเร็จอย่างสูงจนได้รับการยอมรับในวงกว้าง ส่วนวิธีการใดที่เกิดผลเสียหรือมีอันตรายสูงมากก็จะไม่ได้รับความนิยมและถูกลืมเลือนไป อย่างไรก็ตามวิธีการใช้ยาเหล่านี้จะถูกตัดสินว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมทันทีเมื่อนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์การรักษาดั้งเดิมที่คิดค้นขึ้น

การผสมกลมกลืนของวัฒนธรรมที่แตกต่างกันนั้นนอกจากถูกกำหนดด้วยปัจจัยภายในสังคมที่เชื่อถือสืบทอดปฏิบัติกันมาแล้ว ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ทำให้โลกเล็กลง ความสามารถติดต่อสื่อสารรับรู้เหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงทั่วโลกได้ภายในเสี้ยววินาทีนี้ได้ทำให้กระแสการเปลี่ยนแปลงในที่ต่างๆ ทั่วโลก มีส่วนกำหนดทิศทางการผสมกลมกลืนกันของวัฒนธรรมในพื้นที่ที่ได้รับอิทธิพลของเทคโนโลยีเหล่านี้ด้วย

จึงปฏิเสธไม่ได้เลยที่อิทธิพลของกระแสของทุนนิยม บริโภคนิยม ที่แผ่ซ่านไปทั่วโลกจะต้องเข้ามามีส่วนในการกำหนดวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา และรูปแบบการกระจายยาของคนในสังคมไทย อิทธิพลของระบบเศรษฐกิจโลก ระบบการค้าเสรี การเข้ามาของธุรกิจข้ามชาติ ได้เข้ามามีอิทธิพลทั้งต่อระบบการศึกษา ระบบราชการ ระบบเศรษฐกิจและการเมืองของประเทศ ให้เอื้อประโยชน์ให้กับผู้ที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและการค้าเหล่านั้น และส่งผลกระทบอย่างต่อเนื่องลงมาจนมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของพลเมืองทั้งในเมืองและชนบทอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมและการกระจายยาไม่เหมาะสม จึงต้องมองให้เชื่อมโยงถึงกระแสการพัฒนาของสังคมโลกไปพร้อมกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาชิ้นใดที่มองปัญหาได้อย่างเชื่อมโยงทั้งหมด

ณ จุดนี้ หากจะสรุปถึงความล้มเหลวและข้อผิดพลาดหลักที่ทำให้การแก้ปัญหาการใช้ยาและปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมในชนบทไม่ประสบผลสำเร็จนั้นน่าจะอยู่ที่ “ความไม่เข้าใจธรรมชาติของปัญหาอย่างถ่องแท้” ของผู้ที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์และเทคนิคต่างๆ ที่ทำมาทั้งหมด เมื่อนำมามองอย่างเชื่อมโยงในกรอบของวัฒนธรรมทั้งในระดับชุมชน และวัฒนธรรมโลก ที่เป็นตัวกำหนดทุกสิ่งทุกอย่างไม่ว่าวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ วิธีคิด ค่านิยม ฯลฯ แล้ว วิธีการต่างๆ ที่เจ้าหน้าที่ในทุกระดับต่างทุ่มเทกันอย่างสุดความสามารถนั้น มีผลเพียงผิวเผินเท่านั้นต่อปัญหาที่ปรากฏอยู่ ซึ่งคงไม่มีอะไรที่ยืนยันถึงผลนี้ชัดเจนไปกว่าสภาพของปัญหาที่แก้กันมานานกว่า 2 ทศวรรษ ที่ยังมีอยู่ทั่วประเทศขณะนี้

ขณะเดียวกันหากมองกลับมาในมุมของชาวบ้านในชนบทผู้ที่เราคิดว่ากำลังได้รับอันตรายจากการใช้ยาจำนวนมากและต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจาก “ผู้ที่เชี่ยวชาญเรื่องยาและโรค” เขาอาจไม่ได้รู้สึกเลยว่าเขากำลังมีปัญหากจากการใช้ยาหรือจากการที่มียาบางตัวที่ขายอยู่ในร้านเหล้าของหมู่บ้าน หรือหากเขาตระหนักในระดับหนึ่งว่าสิ่งที่เขาเลือกใช้เพื่อดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่อาจเกิดอันตรายขึ้นบ้าง แต่วิธีการที่เขาเลือกปฏิบัตินั้นก็อาจเป็นวิธีการที่ดีที่สุดแล้วในสถานการณ์ที่เขาดำรงอยู่ เพราะการตัดสินใจทำอะไรเกี่ยวกับสุขภาพของตนหรือคนในครอบครัวของใครก็ตาม น่าจะต้องผ่านการพิจารณาแล้วระดับหนึ่งตามเหตุและปัจจัยที่หมุนเนื่องอยู่ ถ้าเราอยู่ในสภาพการณ์เดียวกันนั้นก็อาจตัดสินใจไม่แตกต่างไปจากเขามากนัก

การศึกษาปัญหาการใช้ยาโดยอาศัยมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมมาช่วย จะเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพในทุกด้านในชนบทได้ทำความเข้าใจในปัญหานั้นๆ อย่างลึกซึ้งและเป็นระบบมากขึ้น โดยเฉพาะในมุมมองของผู้ที่ประสบปัญหานั้นอยู่ ความเข้าใจในส่วนนี้จะช่วยให้เห็นถึงแรงผลักดันของปัจจัยต่างๆ ที่มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของ

คนซึ่งจะแตกต่างกันไปในบริบทที่แตกต่างกัน ความรู้ที่ละเอียดอ่อนที่ได้จากการศึกษาส่วนนี้หากนำมาใช้ร่วมกับความรู้ในเชิงปริมาณด้านระบาดวิทยาและเศรษฐศาสตร์ และความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวพันกันอยู่ในระบบสังคมของชุมชนและสังคมโลก น่าจะเป็นวิธีการในการหาคำตอบเพื่อแก้ปัญหาทางสาธารณสุข (ไม่เฉพาะกับปัญหาการใช้ยาและการกระจายยาไม่เหมาะสม) ให้ประสบผลสำเร็จกว่าที่เป็นมา เข้าใจพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลักซึ่งขึ้น

การเห็นความสำคัญของบริบทที่แวดล้อมสถานการณ์นั้นๆ อยู่จะช่วยลดความอหังการและความยึดมั่นถือมั่นในความเชี่ยวชาญลง ทำให้ยอมรับและเห็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างครอบคลุมและตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ได้เห็นถึงความสามารถและภูมิปัญญาของผู้ที่เราคิดว่าอยู่ในสถานภาพที่ด้อยกว่าที่เขามีอยู่ และสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เราสามารถประยุกต์ความรู้ความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ให้นำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพสังคมที่เรากำลังช่วยกันแก้ปัญหา ไม่ใช่นำความรู้ที่มีอยู่มาใช้ด้วยความยึดมั่นในความเชี่ยวชาญของตนเองเพียงฝ่ายเดียวดังที่เป็นมาในอดีต



บทที่ 4

มาตรการทางกฎหมาย กับการใช้ยาในชุมชน



ความนำ

ก่อนที่วิทยาการการแพทย์ตะวันตกจะได้รับการเผยแพร่ในประเทศไทย รัฐไทยมิได้มีบทบาทมากนักในด้านการสาธารณสุข เว้นก็เสียแต่ในยามที่บ้านเมืองเกิดโรคระบาดที่ส่งผลอย่างรุนแรงต่ออาณาจักรและความมั่นคงเท่านั้นที่รัฐจะได้จัดพิธีการทางศาสนาเพื่อขจัดปัดเป่าโรคภัย (เพ็ญศรี 2528) ในด้านยารักษาโรคมีหลักฐานในสมัยสุโขทัยว่ารัฐได้จัดให้มีถนนป่ายาขึ้นเป็นแหล่งซื้อขายสมุนไพรต่างๆ โดยรัฐเก็บภาษีอากรจากการค้า ในสมัยต่อมา แม้จะมีการรวบรวมและสะสมตำรายาเพื่อให้ได้ตำรับยาที่มีสรรพคุณเชื่อถือได้หลายครั้งก่อนการแพทย์ตะวันตกจะเข้ามาสู่สยามประเทศ แต่ตำรับตำราต่างๆ ก็มิได้รับการส่งเสริมเผยแพร่สู่สาธารณชน จวบจนกระทั่งสมัยรัชกาลที่ 4 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์จึงได้มีการเผยแพร่วิชาแพทย์ไทยและตำรายาไทยแก่สาธารณชน โดยมีการสลักตำรายาต่างๆ ไว้บนแผ่นหินติดไว้รอบพระระเบียงวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามให้ประชาชนได้เข้ามาศึกษา

ในด้านการควบคุมหรือจัดระบบยานั้น รัฐไทยเพิ่งเริ่มบทบาทในการควบคุมดูแลคุณภาพยาหลังจากการแพทย์ตะวันตกเริ่มแพร่หลายในสังคมไทยแล้วระดับหนึ่ง โดยในปี พ.ศ. 2451 ได้มีการตรากฎหมายลักษณะอาญาขึ้นห้ามมิให้มีการผลิตยาปลอม อาจกล่าวได้ว่ามาตรการด้านกฎหมายถูกใช้เป็นกลไกหนึ่งในการควบคุมระบบยาภายหลังการปะทะกันของสองวัฒนธรรม โดยยาได้กลายมาเป็นสินค้าที่มีการปลอมแปลงแล้ว

แต่ปรากฏการณ์ที่ย่า ซึ่งมีจุดกำเนิดในระบบวัฒนธรรมหนึ่งได้กลายเป็นสินค้าและถูกนำเข้ามามีบริบทในอีกสังคมหนึ่ง ซึ่งมีวัฒนธรรมและระบบกลไกทางสังคมที่แตกต่างออกไปนี้ มีความสลับซับซ้อนกว่าที่จะเข้าใจได้ด้วยมิติทางการแพทย์หรือทางกฎหมายเท่านั้น เดวิด ฮาวส์ (David Howes) นักมานุษยวิทยาได้กล่าวถึงการบริโภคข้ามวัฒนธรรม หรือ Cross cultural consumption ว่าในกระบวนการที่สินค้าที่ถูกผลิตขึ้น ณ ที่หนึ่ง และถูกนำไปใช้ในสังคมที่มีวัฒนธรรมต่างออกไปจากวัฒนธรรมต้นกำเนิดนั้น สินค้านอกจากจะถูกเปลี่ยนแปลงไปมีวิธีใช้ใหม่ๆ ที่ต่างไปจากเจตนาเดิมแล้ว สินค้าข้ามวัฒนธรรมเหล่านี้ยังเกิดมีความหมายทางสังคมอย่างใหม่ ซึ่งความหมายใหม่นี้ถูกกำกับ/กำหนด ด้วยบริบทของท้องถิ่นที่สินค้าถูกนำไปใช้

พฤติกรรมการใช้ยาจึงมีความสลับซับซ้อนอยู่ แต่ก็มิใช่เฉพาะแต่ “พฤติกรรมการใช้ยา” ของชาวบ้านเท่านั้นที่ถูกบริบทของวัฒนธรรมท้องถิ่นกำหนดให้เป็นไปอย่างใดอย่างหนึ่ง “พฤติกรรมการบังคับใช้กฎหมาย” ของรัฐและเจ้าหน้าที่รัฐเองก็ถูกกำหนดด้วยวัฒนธรรมราชการอย่างไม่มียิ่งหย่อนกว่ากัน เนื้อหาของบทนี้เป็นการเสนอการวิเคราะห์เรื่องมาตรการด้านกฎหมายกับการใช้ยาในชุมชน

บทวิเคราะห์นี้มีได้มีความประสงค์ที่จะทบทวนรายละเอียดตัวบทกฎหมายทั้งหลายทั้งปวงที่เกี่ยวข้องกับระบบการควบคุมกำกับยา แต่จะเป็นการทบทวนการใช้มาตรการด้านกฎหมายในทางปฏิบัติ และ

ทบทวนกลไกทางนโยบายที่ใช้มาตรการด้านกฎหมายในการแก้ปัญหาการมีและการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน โดยจะทำการวิเคราะห์ทั้งในแง่ความสอดคล้องของกฎระเบียบและนโยบายต่างๆ กับสภาพความเป็นจริงทางสังคมวัฒนธรรมของการบริโภคยาในชุมชน และทั้งในแง่ความสามารถในการบังคับใช้ (Enforceability) ของกฎระเบียบต่างๆ โดยกลไกและระบบงานที่เป็นอยู่ภายใต้ความเป็นจริงทางสังคมวัฒนธรรมของระบบงานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น การวิเคราะห์นั้นนอกจากจะอาศัยข้อมูลหลักฐานจากเอกสารและงานวิจัยต่างๆ แล้วยังได้ใช้ข้อมูลจากการทำ Focused group discussion โดยเชิญผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสบการณ์มาร่วมในการสนทนากลุ่มด้วย

บทวิเคราะห์นี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ระบบการกำกับดูแลระบบยาของรัฐ ส่วนที่ 2 สถานการณ์การกระทำฝ่าฝืนกฎหมายด้านยาในชุมชน ส่วนที่ 3 มูลเหตุของความไร้ประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย

1. ระบบการกำกับดูแลระบบยาของรัฐ

แต่เดิมในกฎหมายลักษณะอาญา พ.ศ. 2451 นั้น กำหนดไว้เฉพาะการห้ามมิให้มีการผลิตยาปลอมเท่านั้น ส่วนเรื่องการจัดหา การกระจาย ตลอดจนการควบคุมการใช้ยานั้นไม่ได้มีการกำหนดไว้แต่อย่างใด ต่อมาจึงมีกฎหมายเพื่อการควบคุมการขายยาขึ้นในรูปพระราชบัญญัติชื่อ “พระราชบัญญัติควบคุมการขายยา พ.ศ. 2479” ขึ้นเป็นฉบับแรก ต่อมาถูกยกเลิกโดยมีฉบับใหม่ในปี พ.ศ. 2493 ชื่อว่า “พระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ. 2493” พระราชบัญญัตินี้ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม 4 ครั้ง คือ

(1) พระราชบัญญัติการขายยา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2493

(2) พระราชบัญญัติการขายยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2499

(3) พระราชบัญญัติการขายยา (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2500

(4) พระราชบัญญัติการขายยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2505

กฎหมายว่าด้วยยาได้รับการปรับปรุงให้ใช้พระราชบัญญัติฉบับใหม่ชื่อว่า “พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510” โดยมีเหตุผลว่า เนื่องจากกฎหมายว่าด้วยการขายยาซึ่งบังคับอยู่ในขณะนี้ ยังมีการควบคุมกิจการเกี่ยวกับการผลิตยา ขายยา และนำหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร ตลอดจนการควบคุมให้มีเภสัชกรรับผิดชอบเกี่ยวกับการขายยาอันตราย และส่วนอื่นๆ อีกที่ยังไม่รัดกุม และเหมาะสมแก่ภาวะการณ์ในปัจจุบัน จึงเป็นการสมควรที่จะปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการขายยา ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยและสวัสดิภาพของประชาชน (คัดจากราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่ม 84 ตอนที่ 101 วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2510)

ต่อมาได้มีการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 หลายครั้ง คือ

(1) พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 แก้ไขเพิ่มเติม โดยประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 321 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2515 สังกัดกระทรวงสาธารณสุขใหม่ ส่วนราชการ ระดับกรม แก้ไขเนื่องจากมีการปรับปรุง

(2) พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2518

(3) พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

(4) พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2527

(5) พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530

นอกเหนือจากพระราชบัญญัติยาแล้ว ยาที่ใช้บำบัดรักษาโรคบางส่วนถูกควบคุมโดย พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 และบางส่วนของยาอยู่ใต้การควบคุมของ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 อย่างไรก็ตามทั้ง 3 พระราชบัญญัตินี้ล้วนแต่มีหลักการในการควบคุมยาเหมือนกันคือ

- (1) ควบคุมการผลิต การขาย หรือนำเข้า หรือส่งเข้าในพระราชอาณาจักร
- (2) ควบคุมการขึ้นทะเบียนตำรับ ก่อนที่จะผลิต หรือนำเข้ามาขาย ในพระราชอาณาจักร
- (3) มีคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับการขออนุญาตและการขึ้นทะเบียนตำรับ

นอกจากพระราชบัญญัติที่ควบคุมกำกับเรื่องยาโดยตรงแล้ว รัฐยังมีพระราชบัญญัติที่ควบคุมกำกับผู้ที่สั่งใช้ยาและผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการคัดเลือก การผลิต การจัดหา การกระจายยา และการใช้ยาในระบบสาธารณสุขด้วย เช่น พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งกฎหมายดังกล่าวทั้งหมดจะครอบคลุมการกำกับดูแลยาตั้งแต่กระบวนการนำเข้ายาและวัตถุดิบ กระบวนการพิจารณาขึ้นทะเบียนยาใหม่ กระบวนการผลิต กระบวนการกระจายยา ซึ่งรวมถึงตั้งแต่การขาย การสั่งใช้ยา การโฆษณายา และการเฝ้าระวังภัยหลังจากยาออกสู่ตลาดแล้ว

นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว หน่วยงานราชการอื่นๆ ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการกระจายยาและตลาดยาอยู่ด้วย เช่น กระทรวงพาณิชย์ ที่ดูแลพระราชบัญญัติกำหนดราคาสินค้าและป้องกันการผูกขาด มีส่วนในการกำหนดราคาจำหน่ายยาบางชนิดในท้องตลาด และดูแลพระราชบัญญัติสิทธิบัตรในการคุ้มครองสิทธิของผู้คิดค้นยา ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ สำนักงานยกรัฐมนตรียังดูแลพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ที่มีส่วนในการดูแลผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่บ้าง แต่ถ้าเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยามักจะส่งเรื่องมาให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้ดำเนินการต่อ อย่างไรก็ตาม สำนักงานยกรัฐมนตรียังมีส่วนอย่างมากต่อการออก

ระเบียบมาควบคุมการจัดซื้อยาและวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ของหน่วยราชการ โดยการกำหนดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุนั้นมาให้หน่วยงานต่างๆ ถือปฏิบัติ (สุวิทย์ บก. 2537: 30) นอกจากนี้ยังมีองค์กรเอกชนต่างๆ ที่มีส่วนในการพิทักษ์ผลประโยชน์ให้กับกลุ่มตนเอง หรือปกป้องผลประโยชน์ให้กับผู้บริโภครอีกหลายองค์กร เช่น ชมรมร้านขายยา สมาคมเภสัชกรชุมชน สมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์ สมาคมผู้ผลิตยาแผนโบราณ กลุ่มศึกษาปัญหายา มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เป็นต้น

หากพิจารณาตามกฎหมายที่มีอยู่และหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลแล้ว ระบบการกำกับดูแลยาในภาพรวมของประเทศไทยก็น่าจะสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นในส่วนของการกำกับดูแลจนเกิดปัญหาการกระจายยาอย่างไม่เหมาะสมอยู่ในชุมชน ถูกมองไปใน 2 ส่วนที่สัมพันธ์กัน คือการขาดประสิทธิภาพในการใช้กฎหมาย และรายละเอียดของตัวกฎหมายหลักและกฎหมายลูกที่มีข้อจำกัดไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง หรือไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมชนบท

2. สถานการณ์การกระทำฝ่าฝืนกฎหมายด้านยาในชุมชน

1) ข้อมูลจากกองสารวัตร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พ.ศ. 2534 และผลการสำรวจของลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2535) ทำให้มีการประมาณการสถานการณ์การกระทำฝ่าฝืนกฎหมายของแหล่งกระจายยาในชุมชนดังนี้

ตารางที่ 4.1 แสดงปริมาณการฝ่าฝืนกฎหมายเกี่ยวกับการจำหน่ายยา

สถานที่ (* คำนวณจากหมู่บ้านละ 4 แห่ง)	จำนวน	ร้อยละของการฝ่าฝืน
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	4,471	21.10%
ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จฯ	5,365	74.90%
กองทุนยา	9,472	100.00%
ร้านของชำ	180,000	75-98.00%

2) ในปี 2534 รายการยาที่เป็นยาสามัญประจำบ้านซึ่งสามารถซื้อหาและจำหน่ายกันได้โดยทั่วไปมีอายุอยู่ 42 ชนิด ข้อมูลการสำรวจร้านชำในหมู่บ้าน 99 ร้านใน 17 หมู่บ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีจำนวนยาที่มีจำหน่ายอยู่ในร้านชำมีเกือบ 200 ชนิด โดยมียาควบคุมพิเศษที่มีจำหน่ายในหมู่บ้าน 7 ชนิด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท 4 ชนิด ยาอันตรายกว่า 100 ชนิด ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จฯ กว่า 74 ชนิด ในขณะที่มียาสามัญประจำบ้านมีจำหน่ายในหมู่บ้านเพียง 18 ชนิด (ธงไช และคณะ 2534) ในขณะที่สื่อชัย และคณะ (2536) ได้สำรวจกองทุนยาและร้านค้าทุกร้านในหมู่บ้านเป้าหมาย 200 หมู่บ้าน ในเขต 8 จังหวัด คือ เชียงราย อุทัยธานี ชัยภูมิ มุกดาหาร อ่างทอง ปราจีนบุรี ชุมพร และสงขลา มีการสำรวจร้านค้า 850 แห่ง กองทุนยา 104 แห่ง พบว่า มียาทั้งสิ้น 2,710 รายการ คิดเป็น 675 ชื่อการค้า ส่วนการสำรวจร้านขายของชำพบว่ามียาทั้งสิ้น 25,098 รายการ คิดเป็น 2,571 ชื่อการค้า แบ่งเป็นยาอันตรายร้อยละ 37.7 ยาสามัญประจำบ้านและยาบรรจุเสร็จร้อยละ 38.4 ยาแผนโบราณร้อยละ 21.6 อีกร้อยละ 9 เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาชุด

ในจำนวนรายการยาทั้งหมดที่พบ สามารถจำแนกเป็นกลุ่มที่พบบ่อยทั้งในกองทุนยาและหมู่บ้านคือ ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้หวัด แก้ไอ

ยาปฏิชีวนะ ยาใช้ทาภายนอก และยาแผนโบราณ ร้านขายของชำที่สำรวจใน 8 จังหวัดนี้ พบว่ามีการขายยาตั้งแต่ร้อยละ 74.5 ถึงร้อยละ 97.2 ส่วนกองทุนยาที่สำรวจ 104 แห่ง ทุกแห่งมียานอกรายการที่อนุญาตให้มีได้ในกองทุนยาซื้อการค้า กองทุนยาที่อยู่ในรูปร้านค้า และกองทุนยาเอนกประสงค์ มียานอกรายการอยู่มากที่สุด จนมีสภาพไม่ต่างกับเป็นร้านขายยา

3) ผลการสำรวจยาชุด โดยกองสารวัตร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำรวจการจำหน่ายยาชุดในร้านขายยา และร้านขายของชำ ตั้งแต่ปี 2526-2533 พบว่า ร้อยละของสถานประกอบการที่ทำผิดกฎหมาย มีมากขึ้นตามลำดับ ดังที่แสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงปริมาณการตรวจจับยาชุดในร้านยาและร้านชำ ในปี 2526-2533

ปีงบประมาณ	ร้านยา			ร้านขายของชำ		
	จำนวนทั้งหมด	จำหน่ายยาชุด	คิดเป็น%	จำนวนทั้งหมด	จำหน่ายยาชุด	คิดเป็น%
2526	2,039	37	1.81	485	15	3.09
2527	5,775	107	1.85	815	20	2.45
2528	2,178	26	1.19	280	17	6.07
2529	2,259	42	2.00	1,465	59	4.03
2530	2,259	19	0.71	995	18	1.81
2531	1,116	2	0.18	1,425	262	18.39
2532	—	—	—	2,234	245	19.02
2533	2,947	101	3.42	832	—	—

แหล่งที่มา: กองสารวัตร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2535

จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าในชุมชนชนบทมีการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันในสถานที่ประกอบการที่ผิดกฎหมายปรากฏอยู่โดยทั่วไป

3. เหตุผลของการไร้ประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย

ปัญหาการฝ่าฝืนกฎหมายที่ปรากฏให้เห็นอยู่โดยทั่วไป อาจวิเคราะห์แยกสาเหตุออกได้เป็น 2 ประการใหญ่ๆ คือ

- 1) กลไกการบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ
- 2) มาตรฐานและกฎเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดเป็นสิ่งที่จริงไม่ได้ในทางปฏิบัติ

มูลเหตุทั้งสองประการนี้ คุณจะไม่ได้มีข้อใดข้อหนึ่งถูกแต่เพียงข้อเดียว แต่มีส่วนถูกด้วยกันทั้งคู่และจำเป็นต้องพิจารณาร่วมกันในการแก้ปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย การวิเคราะห์ต่อไปนี้จะหยิบยกมาอภิปรายทีละประเด็น

1) กลไกการบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ

(1) การมีแหล่งกระจายยาเป็นจำนวนมาก

การวิเคราะห์การขาดประสิทธิภาพของการควบคุม กำกับ และตรวจสอบร้านขายยาและร้านชำมิให้ทำผิดกฎหมาย มักมีการกล่าวถึงจำนวนแหล่งกระจายยาที่มีอยู่เป็นจำนวนมากเกินไปจนทำให้ยากที่จะดูแลได้ทั่วถึง ในปี 2548 มีร้านยาทุกประเภทรวมกันถึง 16,065 แห่ง (กองควบคุมยา 2550ก) และมีร้านชำประจำหมู่บ้านที่ขายยาอีกประมาณ 300,000 แห่ง จึงเป็นภาระหนักอย่างยิ่งในการควบคุมกำกับให้ถูกต้อง (สุวิทย์ บก. 2537: 19) แนวคิดดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความพยายามที่จะกระจายอำนาจ และขยายขอบข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขออกไปในส่วนภูมิภาค ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ในระดับล่าง

ให้ทั่วถึงยิ่งขึ้น โดยที่ผ่านมามีการแต่งตั้งบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา “เนื่องจากพนักงานเจ้าหน้าที่ดังกล่าวมีเฉพาะในระดับจังหวัดและมีจำนวนจำกัด” (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, การประเมินผลการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอฯ ภาคผนวกที่ 1, ไม่ระบุปีที่พิมพ์, ไม่ระบุหน้า)

ในส่วน of พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่นเองก็มีความคิดเห็นคล้ายคลึงกันว่า แหล่งกระจายยาที่มีอยู่มากมายทำให้การดำเนินมาตรการทางกฎหมายเป็นไปได้ยาก เนื่องจากไม่สามารถออกติดตามตรวจสอบได้ทั่วถึง เพราะนอกจากงานการออกติดตามตรวจสอบยาและสถานที่จำหน่ายยาแล้ว เจ้าหน้าที่ยังต้องทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอื่นๆ (เช่น แหล่งผลิตอาหาร, น้ำดื่ม และแผนงานอื่นๆ) อีกด้วย ในการทำ Focused group discussion ผู้ปฏิบัติงานที่เข้าร่วมส่วนใหญ่เห็นว่าการควบคุมกำกับและตรวจสอบแหล่งกระจายยาเป็นสิ่งที่ทำให้สำเร็จได้ยาก “มันเป็นไปไม่ได้ เราไม่มีเวลามาดูเขาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ปีหนึ่งอย่างมาก จะได้ตรวจอย่างมาก 3 ครั้งต่อปี เราก็แย่แล้ว (ถ้าถามว่า) ทำไมหมอมไม่ไปจับร้านขายยา (ที่ทำผิดกฎหมาย) หมอก็คงบอกว่าหมอมไปดูเขาทุกวันไม่ได้...” การมีแหล่งกระจายยาจำนวนมาก และข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากรดูจะเป็นเหตุผลของการขาดประสิทธิภาพในการควบคุม กำกับ และตรวจสอบแหล่งกระจายยา

ในช่วงที่ผ่านมา มีความพยายามที่จะแก้ปัญหาการขาดแคลนพนักงานเจ้าหน้าที่ที่จะติดตามสถานการณ์และตรวจสอบให้มีการดำเนินการตามกฎหมายด้านอาหาร ยา และการควบคุมการใช้สารระเหยในส่วนบุคคล โดยการขยายกลไกการบังคับใช้กฎหมายออกสู่ระดับภูมิภาคมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2535 มีการแต่งตั้งเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ และเภสัชกรในโรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งอยู่นอกอำเภอเมืองที่ไม่มีโรงพยาบาลชุมชนให้เป็น “พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ” รวมทั้ง

สิ้น 2,207 คน ภายหลังการดำเนินการได้ 1 ปี ได้มีการประเมินผลการ แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ การประเมินผลดังกล่าวต้องการ ศึกษาว่าเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 ปี พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอมี ความรู้ความสามารถด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เพิ่มขึ้นหรือไม่

ผลการประเมินโดยการส่งแบบสอบถามแก่ผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่มคือ ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกระดับ) หัวหน้าฝ่ายเภสัชสาธารณสุข และพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ พบว่า ภายหลังการดำเนินการ 1 ปี บุคคล ทั้ง 3 กลุ่มมีทัศนคติและความคิดเห็นต่องานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่วนในด้านความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค นั้น หัวหน้าฝ่ายเภสัชสาธารณสุข และพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับ อำเภอมีความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขลดลง โดยในการ ทดสอบความรู้ ทั้ง 2 กลุ่มตอบผิดในเรื่องเกี่ยวกับกฎหมายเป็นส่วนใหญ่ ทั้งกฎหมายเบื้องต้นและกฎหมายอาหารและยา สำหรับเจ้าหน้าที่ระดับผู้ บริหารของจังหวัดมีทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคลดลงกว่าเดิม

ไม่เพียงแต่การประเมินผลด้านความรู้ และทัศนคติเท่านั้นที่แสดง ให้เห็นถึงปัญหาประสิทธิภาพของกลไกการดำเนินงาน แต่ผลการดำเนิน งาน (Performance) ในการบังคับใช้กฎหมายในช่วงหลังปีงบประมาณ 2535-2536 ซึ่งมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นรวม 2,207 คนนั้น ปรากฏว่าจำนวนผู้กระทำผิดที่ถูกเปรียบเทียบปรับตามพระราชบัญญัติยา ไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่กลับลดลงเล็กน้อยทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (ดูตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนรายการเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ. ยา

	ปี2531	2532	2533	2535	2533	2535	2537	2538	2539
จำนวนรายการรวม	273	263	193	316	266	125	113	219	118
ส่วนกลาง					229	120	80	191	77
ส่วนภูมิภาค					37	5	33	28	41

สำหรับข้อมูลผลการดำเนินคดี (ร้องทุกข์-ส่งเรื่องให้พนักงานสอบสวน) เกี่ยวกับยาในช่วงปีงบประมาณ 2537–2540 นั้นก็มีการดำเนินคดีลดลงตามลำดับ และมีการดำเนินคดีน้อยมากในส่วนภูมิภาคทั้งที่เป็นพื้นที่กว้างใหญ่และมีแหล่งกระจายยาหม่มากกว่าส่วนกลางหลายเท่า (ดูตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 แสดงการดำเนินคดีเกี่ยวกับยา (ร้องทุกข์-ส่งเรื่องให้พนักงานสอบสวน)

ปี	2537	2538	2539	2540
ส่วนกลาง	37	18	6	14
ส่วนภูมิภาค	2	2	2	—

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วงเวลาหลังการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ไม่เพียงแต่การดำเนินการด้านกฎหมายตามพระราชบัญญัติยาลดลงเท่านั้น แต่การดำเนินการด้านกฎหมายทั้งตามพระราชบัญญัติอาหาร เครื่องสำอาง วัตถุออกฤทธิ์ และเครื่องมือแพทย์ ลดลงด้วย (ข้อมูลจากข้อมูลสถิติอาหารและยา พ.ศ. 2535 และสถิติ-สนเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พ.ศ. 2535–2537) ในขณะที่สถานการณ์การกระทำผิดกฎหมายของแหล่งกระจายยาในช่วงเวลาดังกล่าวดูเหมือนจะมีปัญหาโดยทั่วไป

โจทย์ที่จำเป็นต้องหาคำตอบก็คือ “หากการเพิ่มปริมาณพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างที่เป็น ไม่สามารถรับรองว่าจะทำให้มาตรการทางกฎหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายอย่างไร?” แต่ก่อนที่จะวิเคราะห์เรื่องคุณภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่ ต้องย้อนกลับไปหาคำถามที่เป็นรากของโจทย์ข้อนี้ คือ “จริงหรือที่ว่าการมีแหล่งกระจายยามาก และมีพนักงานเจ้าหน้าที่จำกัด (ทั้งในแง่ปริมาณหรือคุณภาพ) ทำให้ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ?” ข้ออ้างที่ว่าแหล่งกระจายยามาก/เจ้าหน้าที่จำกัด มีฐานคติที่ถูกต้องแล้วหรือ?

ฐานคติของวิธีคิดที่เห็นว่า จะต้องเพิ่มพนักงานเจ้าหน้าที่ให้มากขึ้น เพื่อบังคับใช้กฎหมายนี้ เป็นการมองมาตรการทางกฎหมายว่าอยู่ที่การติดตาม ตรวจจับผู้ทำผิด การมีแหล่งกระจายยามากย่อมทำให้การเฝ้าติดตามและตรวจจับให้ครบถ้วนเป็นไปได้ยาก แต่การบังคับใช้กฎหมายเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าการเฝ้าระวังและการตรวจจับมาก และการเฝ้าระวังกับการตรวจจับก็มีใช่มาตรการทางกฎหมายที่สำคัญที่สุด **หลักการที่ทำให้การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพไม่ได้อยู่ที่การเฝ้าติดตามผู้ที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายให้ใกล้ชิด หรือ “ตลอด 24 ชม.” แต่อยู่ที่การทำให้กฎหมายศักดิ์สิทธิ์และทำให้คนเคารพกฎหมาย** ซึ่งมีได้หมายความว่า การกระทำผิดจะถูกลงโทษทุกกรณี แต่จะต้องทำให้ผู้ที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายนั้นรู้สึกว่าการกฎหมายเป็นสิ่งที่ต้องรองไม่ได้ และแม้ว่าโอกาสที่จะถูกจับเมื่อทำการฝ่าฝืนกฎหมายอาจไม่สูงมากนัก แต่มีบทลงโทษที่รุนแรงไม่คุ้มกับการเสี่ยงเพื่อผลประโยชน์เล็กๆ น้อยๆ แต่สภาพการดำเนินมาตรการทางกฎหมายในปัจจุบันนั้นดูเหมือนจะเป็นไปในทิศทางตรงข้าม การทำผิดกฎหมายเป็นเรื่องปกติ และการลงโทษมีการผ่อนผันสูง

นอกจากนั้น การเปรียบเทียบปรับตามพระราชบัญญัติยา ก็ยังมีอัตราปรับที่ค่อนข้างต่ำ โดยตลอดระยะเวลาปี 2531-2537 นั้น มีการ

เปรียบเทียบปรับรวมทั้งสิ้น 1,283 ราย คิดเป็นเงิน 3,367,600 บาท หรือเท่ากับเป็นการปรับเฉลี่ย 2,625 บาทต่อรายของการเปรียบเทียบปรับ (คำนวณจากข้อมูลการเปรียบเทียบปรับระหว่างปี 2531-2537 โดยตัดข้อมูลปี 2535 ออก เนื่องจากในปี 2535 เป็นปีเดียวที่จำนวนเงินการปรับเปรียบเทียบปรับพุ่งสูงขึ้น จากเฉลี่ยรายปีละ 5 แสน เป็น 11 ล้านบาทในปี 2535)

แม้ว่าตัวเลขอย่างเป็นทางการของการเปรียบเทียบปรับ และการส่งเรื่องให้พนักงานสอบสวนจะมีน้อยมากหากเปรียบเทียบกับอัตราการพบร้านขายยาผิดกฎหมาย แต่ข้อมูลตามรายงานนี้เป็นตัวเลขที่ไม่ได้สะท้อนว่าในการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่พบการกระทำผิดน้อยตรงกันข้ามการทำผิดกฎหมายยังปรากฏอยู่โดยทั่วไปในรูปแบบและระดับต่างๆ แต่เจ้าหน้าที่ไม่ได้ใช้การเปรียบเทียบปรับหรือการส่งเรื่องให้พนักงานสอบสวน แต่กลับใช้วิธีการที่ง่ายกว่า เพื่อหลีกเลี่ยงความยุ่งยากของการดำเนินคดี วิธีการที่ใช้มีตั้งแต่การบอกกล่าวให้ร้านขายยารู้ว่าจะมีการออกตรวจ ไปจนถึงการให้เจ้าของร้านทำลายยาที่เป็นของกลางด้วยตนเองเป็นการลงโทษรูปแบบหนึ่ง เหตุผลสำคัญของการปฏิบัติดังกล่าวคือการหลีกเลี่ยงความยุ่งยากของขั้นตอนการดำเนินคดีต่างๆ (ประเด็นเหตุผลของการไม่ยุ่งยากในขั้นตอนการดำเนินคดีนี้จะกล่าวถึงภายหลัง) แต่การกระทำดังกล่าว กลับทำให้กฎหมายกลายเป็นสิ่งที่ต่อรองได้ และมีความศักดิ์สิทธิ์น้อยลง

กล่าวโดยสรุป ทศนะที่มองว่าการมีแหล่งกระจายยาเป็นจำนวนมาก ทำให้การดำเนินการด้านกฎหมายมีประสิทธิภาพจำกัด เป็นทศนะที่มีฐานคติเรื่องการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ถูกต้องทั้งหมด การมีเจ้าหน้าที่จำกัดอาจทำให้การเฝ้าติดตาม ตรวจสอบ และจับเป็นไปได้จำกัด แต่หากกล่าวโดยหลักการบังคับใช้กฎหมาย การกระทำผิดอาจไม่ได้ถูกลงโทษทุกกรณี แต่การลงโทษที่รุนแรงโดยไม่มีการผ่อนผันจะทำให้

กฎหมายมีความศักดิ์สิทธิ์ และผู้ต้องปฏิบัติตามกฎหมายไม่คิดที่จะทำการฝ่าฝืน

(2) การกวดขันการใช้มาตรการทางกฎหมายในระดับ

ท้องถิ่นเป็นการแก้ปลายเหตุ

ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในระดับท้องถิ่นให้บทเรียนตรงกันว่า การตามตรวจสอบหรือจับผู้กระทำผิดในระดับท้องถิ่นนั้น เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ซึ่งเมื่อจับและลงโทษแล้ว ปัญหาก็กลับมีขึ้นมาใหม่อีก เพราะระบบหรือโครงสร้างที่ก่อให้เกิดปัญหา ไม่ได้รับการแก้ไข ระบบหรือโครงสร้างที่กล่าวถึงนี้หมายความว่าทั้งระบบยา และระบบเศรษฐกิจสังคมที่ทำให้ประชาชนต้องพึ่งพายามากเกินความจำเป็น

ในประเด็นเรื่องระบบยานั้น ความหละหลวมของขั้นตอนที่ควบคุมยาก่อนที่จะให้มีการกระจายเป็นส่วนที่ต้องแก้ไขก่อน ไม่ใช่ปล่อยให้เกิดปัญหาแล้วให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามแก้ปัญหา ผู้ปฏิบัติงานรายหนึ่งตั้งคำถามกับกลไกการควบคุมยาในส่วนกลางว่า

“ผมก็แปลกใจนะ เรื่องของ Pre-Marketing Control เรื่องของการควบคุม แต่ทำไมทำให้ยาจำพวกไพร้อคซิแคม มีขนาดบรรจุ 10 เม็ดบ้าง 5 เม็ดบ้าง 4 เม็ดบ้าง ก็ยังมีอยู่ ทั้งที่เป็นยาอันตรายแต่ยังอนุญาตให้แพคเกจเล็ก (เหมือนยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ) มันก็แปลก อันนี้คงต้องไปดูนโยบายของ อย.”

การปล่อยให้มีการโฆษณาทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์ โดยเฉพาะในกลุ่มยาที่มีได้มีไว้สำหรับให้ประชาชนไปซื้อหามากินหรือใช้เองจากร้านค้า การอนุมัติชื่อยาหรือบรรจุภัณฑ์ที่ทำให้เกิดผลทางการโฆษณา การอนุมัติให้ผลิตจำหน่ายยาที่มี Dosage form ที่ไม่เหมาะสม ฯลฯ เหล่านี้ล้วนแต่

เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การบังคับใช้กฎหมายในระดับท้องถิ่นเป็นไปได้อย่างยากลำบากและขาดประสิทธิภาพ เมื่อระบบยาขาดความรัดกุมในระดับโครงสร้างและไม่สามารถป้องกันปัญหา การตามไปแก้ไขที่ส่วนปลาย คือ แหล่งกระจายยาที่มีอยู่ทั่วไป จึงเป็นเรื่องยาก

ในประเด็นเรื่องระบบเศรษฐกิจสังคมที่ทำให้ประชาชนต้องพึ่งยามากเกินจำเป็นนั้น ดูเหมือนจะยิ่งทำให้การแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนเป็นไปได้ยาก และทำให้นุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกหมดปัญญาที่จะแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยากลุ่มยาแก้ปวดต่างๆ และยาฉีด งานวิจัยหลายชิ้นที่ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้ประชาชนบริโภคยาเกินจำเป็น (สุพัตรา และคณะ 2533; สำลี ใจดี และคณะ 2523; จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี และคณะ 2535; บุษบา สุวรรณศรี 2537 และอื่นๆ) ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของเหตุปัจจัยระดับโครงสร้างที่ “บังคับ” หรือ “ปิดกั้นทางเลือก” ให้ประชาชนจำเป็นต้องแสวงหา “ยา” ที่ตอบสนองการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้สามารถทำงานต่อไปได้

ทัศนคติที่เห็นการใช้ยาเป็นผลลัพธ์ของระบบสังคมทำให้เกิดการมองการแก้ปัญหาที่ชาวบ้านว่าเป็นการแก้ปัญหาแบบแยกส่วนและแก้ไขที่ปลายเหตุ แม้ว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขระบบยาให้สามารถควบคุมยาบางประเภทให้ดีขึ้นได้ แต่ปัญหาการใช้ยาอย่างอื่นก็จะเกิดขึ้นมาอีก เนื่องจากโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองยังไม่ได้รับการแก้ไข ความสำเร็จของการแก้ไขสูตรยาแก้ปวด เอฟีซี หรือการลดปริมาณคาเฟอีนในเครื่องดื่มชูกำลังก็ดี ล้วนเป็นกรณีตัวอย่างของการแก้ไขที่จุดหนึ่ง แล้วทำให้ปัญหากลับไปปรากฏที่จุดอื่น มาตรการทางกฎหมายจึงต้องดำเนินการควบคู่ไปกับมาตรการทางสังคมอื่นๆ ด้วย

(3) ความเหมาะสมของบทบาทหน้าที่ของกลไกและ บุคลากรระดับท้องถิ่น

ผลการแต่งตั้งเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ และเภสัชกรในโรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งอยู่นอกอำเภอเมืองที่ไม่มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอเพิ่มขึ้น 2,207 คนในปี พ.ศ. 2536 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า แม้จะมีการเพิ่มปริมาณและขยายกลไกการบังคับใช้กฎหมายออกไปสู่ระดับท้องถิ่นมากขึ้น แต่ผลการดำเนินงานกลับลดลง ปัญหาที่น่าจะพิจารณาคือบทบาทหน้าที่ที่มอบหมายออกไปให้บุคลากรในระดับท้องถิ่นนี้มีความเหมาะสมหรือไม่

ประสบการณ์จากการทำงานของหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขที่สะท้อนออกมาจากการทำ Focused group discussion แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า งานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาที่จะต้องไปเกี่ยวข้องกับมาตรการทางกฎหมาย เป็นงานที่ถูกระบุว่า “ไม่ชอบมากที่สุด” การวิเคราะห์ถึงทัศนคติและวิธีคิดของผู้ปฏิบัติงานทำให้เห็นเหตุผลหลายประการที่ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกอึดอัดใจและลังเลที่จะใช้อำนาจตามกฎหมายในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่

(4) ความขัดแย้งระหว่างบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย กับลักษณะทางวิชาชีพ

ในขณะที่การทำหน้าที่และแสดงบทบาทตามกฎหมายในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ เป็นการใช้อำนาจหรือ “พระเดช” เภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ถูกฝึกฝนอบรมและถูกคาดหวังจากสังคมให้เป็นผู้มีมนุษยธรรม มีความรู้คู่กับความเมตตากรุณา ซึ่งเป็นบทบาทที่ใช้ “พระคุณ” เป็นหลัก เมื่อจะต้องใช้พระเดชจึงมักมีการผ่อนผัน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งกล่าวว่า

“ถ้าเราผ่อนผันได้หรือค่อยๆ ทำจะดีกว่า แต่ถ้าไปใช้อำนาจ

เลย จริงๆ แล้วไม่อยากเลย ถ้าสมมุติว่ามันไม่ไหวจริง เราก็ควรจะทำ แต่มันยังมีอีกนิดหนึ่งว่าเราก็ไม่อยากให้เขาคิดว่า เราเป็นผู้ที่ทำให้เขาต้องได้รับความเดือดร้อนจริงๆ พยายามหลีกเลี่ยงไปว่าระบบทำให้เป็นไป มันก็เลยค่อนข้างจะยากหน่อย แต่ต้องใช้ประสบการณ์ของตัวเอง... ใช้เทคนิคเข้าไปช่วย แต่ความเป็นจริงผมไม่ชอบให้ตนเองต้องตกอยู่ในสถานะแบบนี้...”

“มันมีความรู้สึกหลายประการสำหรับคนปฏิบัติ ประการหนึ่งคือ โดยธรรมชาติของสังคมไทยเขาจะมองภาพพจน์ของหมอก็คือผู้ให้ ไม่ได้มองภาพพจน์ว่า หมอเหมือนตำรวจ คือผู้ปราบปรามเลย อันนี้ก็เป็นตัวหนึ่งที่ทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่ไม่ว่าระดับไหนค่อนข้างจะยากต่อความรู้สึกตรงนี้ว่าเราจะต้องทำแบบจะไปบังคับ ไป enforce เขาให้ทำอย่างนั้นอย่างนี้เหมือนตำรวจนั้นยาก อันที่สองคือ ความรู้สึกของชาวบ้านเอง เขาก็มองอย่างนั้นเวลาเห็นตำรวจเขาจะกลัว บอกอะไรเขาก็จะเชื่อ แต่ว่าพอเราบอกแล้วเขาจะบอกว่าอะไรนั้นหนา เขามีความรู้สึกว่าเราต้องให้ตลอดเวลาโดยธรรมชาติ”

(5) ความไม่ไว้วางใจในกลไกและกระบวนการทางกฎหมาย

บุคลากรที่รับผิดชอบขาดความกระตือรือร้นในการบังคับใช้กฎหมาย เนื่องจากมีความรู้สึกว่าการกระบวนการทางกฎหมายมักไม่สามารถดำเนินการอย่างบริสุทธิ์ยุติธรรมได้ ผู้ปฏิบัติงานรายหนึ่งกล่าวว่า

“ร้านที่เราดำเนินคดีส่วนใหญ่เรามี Black-list... ร้านที่ดำเนินคดี บอกตรงๆ เลยว่าเป็นร้านที่เฝ้าสมัครเป็นเจ้าของ

ตรงนี้ดำเนินคดีเพราะเคยเตือนและขอความร่วมมือ
หลายครั้งแล้ว ก็ยังทำอย่างนี้อยู่... เรายอมไม่ได้ แต่ตอน
หลังเราไม่ค่อยดำเนินคดีเลย เพราะว่าลักษณะตะหมูเข้า
ปากหมา พอเราไปแจ้งความ พอเรื่องอยู่ในขั้นตอนของ
ตำรวจ ปรากฏว่าเขาวิ่งเต้นกับตำรวจแล้ว มักหลุด มันไม่
มีอะไรเกิดขึ้น...”

ความคิดที่ว่ามาตรการทางกฎหมายไม่สามารถดำเนินการให้
เป็นธรรม ยังสะท้อนออกมาในลักษณะที่เห็นว่า เวลาจับกุมหรือเปรียบเทียบปรับมักจะได้เฉพาะผู้ขายรายย่อยระดับท้องถิ่นแต่กลับไม่สามารถ
ทำอะไรกับบริษัทผู้ผลิตหรือผู้ค้าส่งซึ่งเป็นต้นทางของการกระจายยาที่ผิด
กฎหมายได้ หรือทัศนคติที่ว่า

“ถ้าจังหวัดเราจังหวัดเดียวจะเข้มงวดจะทำตามกฎหมาย
เลย มันก็ไม่สามารถจะทำได้ เพราะมันจะมีว่าจังหวัดข้าง
เคียงซึ่งการคมนาคมมันค่อนข้างจะไปง่าย... มันก็ทำให้
ว่า... เอ ..จังหวัดนี้ไม่เห็นเข้มงวดขนาดนี้ ทำไมตรงนี้เข้ม
งวด ทำไมตรงนี้ไม่เข้มงวด..”

ข้อสังเกตที่น่าสนใจประการหนึ่งก็คือ ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่
มักจะผ่อนผันให้แก่ผู้ขายปลายทาง เช่น ร้านขายของชำในหมู่บ้านมากกว่าร้านขายยา ขย.1 ที่มีเภสัชกรดูแล ไม่ใช่เพียงเพราะร้านขายยาที่มี
เภสัชกรคุมควรจรรู้เรื่องกฎหมายดีเท่านั้น แต่เหตุผลอีกส่วนหนึ่งคือ การ
ดำเนินมาตรการทางกฎหมายกับร้านชำในหมู่บ้านอาจจะมีผลกระทบต่อ
งานสาธารณสุขในชุมชนด้วย เพราะงานสาธารณสุขเหล่านี้ต้องพึ่งพาอาศัย
ผู้นำชุมชน ซึ่งส่วนมากจะเป็นเจ้าของร้านค้าในหมู่บ้านด้วย นอกจากนั้น
บุคลากรการแพทย์ในระดับท้องถิ่นยัง “เกลียด” การต้องไปเกี่ยวข้องกับนาย

กับเรื่องโรงเรือนศาล เมื่อต้องมีการออกตรวจจับการกระทำผิดจึงมักเลียงมิให้ต้องมีปัญหายุ่งยากด้วยเทคนิคต่างๆ เช่น การแอบบอกไปยังร้านยาก่อนที่ส่วนกลางจะออกมาตรวจ เพื่อจะได้ไม่ต้องตรวจพบการกระทำผิดและไม่ต้องวุ่นวายกับการดำเนินขั้นตอนทางกฎหมาย หรือเมื่อออกตรวจเองและพบการกระทำผิดก็ใช้การให้เจ้าของสถานประกอบการทำลายยาที่ผิดกฎหมายเป็นการลงโทษ ทั้งนี้เพื่อจะได้ไม่ต้องยุ่งยากเรื่องเกี่ยวกับตำรวจหรือศาล

หากพิจารณาจากกิจกรรมหรือโครงการปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นความคิดริเริ่มของท้องถิ่นจะเห็นได้ชัดว่า แทบไม่มีโครงการใดเลยที่จะใช้ปฏิบัติการทางกฎหมายเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน จะมีก็เฉพาะแต่โครงการที่จังหวัดชัยภูมิ (ธงไช และคณะ 2534) เพียงโครงการเดียวเท่านั้นที่มีการใช้มาตรการทางกฎหมายร่วมด้วย นอกจากนี้แล้ว โครงการอื่นทั้งหมดจะเน้นการให้ข้อมูล การสุศึกษาประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมยาสามัญประจำบ้านเพื่อทดแทนยาอันตราย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับร้านยาก็มักจะออกมาในรูปของการแสวงหาความร่วมมือจากชมรมหรือสมาคมร้านขายยา การพัฒนาศักยภาพบุคลากรขายยา การฝึกอบรม หรือการผลิตสื่อที่ช่วยให้คนขายยามี GPP ซึ่งทั้งหมดนี้มีลักษณะของการ Approach แบบใช้พระคุณเป็นตัวตั้งเป็นหลัก

2) มาตรฐานและกฎเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด เป็นสิ่งที่จริงไม่ได้ในทางปฏิบัติ

การวิเคราะห์ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายมักมีข้อเสนอให้มีการปรับแก้กฎหมายให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของสังคมไทยโดยเฉพาะสังคมชนบท การมียาผิดประเภทจำหน่ายผิดที่ หรือการมียาชุดในชุมชนเป็นผลลัพธ์จากการที่ระบบยาที่เป็นอยู่ไม่เหมาะสม ทศนะนี้มองว่าการควบคุมมิให้มียาผิดประเภทในร้านยา หรือมิให้ร้านขายของชำและกอง

ทุนยาเมียแผนปัจจุบันจำหน่ายเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากหรือเป็นไปได้ เพราะขัดกับสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ การแบ่งกลุ่มยาออกเป็นยาสามัญประจำบ้าน ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษเป็นมาตรการหลักอย่างหนึ่งของระบบการควบคุมยา โดยตามกฎหมายนั้น ยาแผนปัจจุบันยกเว้นยาสามัญประจำบ้านจะต้องจำหน่ายในร้านขายยาที่ได้รับอนุญาต คือ ขย.1 และ ขย.2 เท่านั้น ส่วนยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษจะต้องจำหน่ายในร้านขายยา ขย.1 แต่ในความเป็นจริงแล้ว อำเภอทั้งอำเภออาจมีร้านขายยาประเภท ขย.1 และ ขย.2 เพียง 3-4 แห่งเท่านั้น หรือในบางอำเภออาจไม่มีร้านยา ประเภท ขย.1 เลย ในขณะที่รายการยาสามัญประจำบ้านไม่สอดคล้องกับการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยในวิถีชีวิตของชาวบ้าน และยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จต่างๆ มีการโฆษณาเหมือนสินค้าที่พึงจะซื้อหามาใช้กันเองได้ ทั้งสถานบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นก็เปิดให้บริการเฉพาะในระหว่างเวลาราชการเท่านั้น

ปัญหาที่พบบานานกว่า 3 ทศวรรษ ก็คือ การที่ยาผิดประเภท ถูกกระจายอยู่ผิดที่ ขัดกับกฎระเบียบที่วางไว้ ในขณะที่รายการยาสามัญประจำบ้านไม่เป็นที่นิยมและแก้ปัญหาความเจ็บป่วยในวิถีชีวิตของชาวบ้านได้จำกัด ร้านชำจึงมีการนำยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ (รวมทั้งยาอันตรายและยาชุด) ซึ่งมีแรงหนุนด้านโฆษณามาจำหน่าย ขย.2 ซึ่งตามกำหนดจำหน่ายได้เฉพาะยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ ก็มีการนำยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ (รวมทั้งวัตถุออกฤทธิ์) มาจำหน่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีการจัดยาชุดส่งออกจำหน่ายตามร้านชำด้วย ปัญหานี้สะสมจนกลายเป็นเรื่องปกติ โดยที่ผู้มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบก็ผ่อนผันไม่ดำเนินการทางกฎหมายกับร้านขายของชำที่จำหน่ายยาบางกลุ่มที่มีอันตรายไม่มากนัก เช่น ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ ประเภทยาลดไข้บรรเทาหวัด หรือยาแก้ท้องเสีย ยาระบาย และยาลดกรด โดยจะกวดขันเฉพาะยาที่มีอันตราย

สูง เช่น ยาชุด ยาปฏิชีวนะ และยาควบคุมพิเศษ ในขณะที่เดียวกันก็ผ่อนผันให้ ขย.2 จำหน่ายยาแผนปัจจุบันอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ แต่จะควบคุมกวดขันเฉพาะยาควบคุมพิเศษเป็นสำคัญ

หัวหน้าฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ สะท้อนสภาพปัญหานี้อย่างชัดเจนว่า

“ผมคิดว่า (รายการยาสามัญประจำบ้าน) ไม่ cover หลายตัวเลย เช่น ยาแก้ท้องเสีย สิ่งที่ชาวบ้านต้องการคือ อยากให้มันหยุดถ่าย ซึ่ง (รายการยาสามัญประจำบ้าน) ยังไม่มีตัวยาตัวนี้อยู่ แต่ถ้าเป็น OTC [Over The Counter drug] ตามความเข้าใจของผมเองนะ คิดว่ามันยังกว้างกว่า มียาอะไรที่จะเอามาใช้ได้หลายอย่างกว่า... ขณะที่ผมทำงานอยู่เนี่ยยังคิดว่า ตัวเองมี Hidden agenda อยู่ อย่างในร้านชำก็ดี ร้านอะไรก็ดี ยังพยายามทำในลักษณะว่า แบ่งกลุ่มยาในประเทศเป็นลักษณะ OTC เลย และยอมให้ร้านชำขายยากลุ่มที่เราเข้าใจว่า เป็น OTC drug ฉะนั้นหากเราจะผ่อนผันให้ขายยาที่เป็น OTC drug แล้ว ร้านขายยาก็จะมีประเภทเดียวเลย คือ เป็น ขย. 1 ไปเลย ส่วนร้านชำ หรือร้านอะไรทั้งหลายก็ให้ขาย OTC drug ไปเลย ถ้าการกวดขันไม่ให้ขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จตามร้านค้า จะซื้อแอนตาชีลลิกแวงหนึ่ง ต้องเดินหาร้านขายยา ขย.2”

ส่วนกลางเองดูเหมือนจะเข้าใจสภาพความเป็นจริงของการทำงานพื้นที่อยู่และมีความพยายามที่จะผ่อนผัน โดยในระยะหลังมานี้ได้มีการทำ “แนวทางร่วมดำเนินการเพื่อลดและขจัดปัญหาการทำฝ่าฝืนกฎหมาย” หรือ Compliance Policy โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไข และเน้นหนักการดำเนินการในส่วนที่ถือว่าเป็น

ปัญหาสำคัญ โดยในส่วนของยาแผนปัจจุบันนั้นมีจุดเน้นหนัก ที่เป้าหมาย และตัวชี้วัดดังนี้

1. ร้านขายยาแผนปัจจุบัน
 - 1.1 ไม่มียาชุด
 - 1.2 ไม่มียาที่ไม่มีทะเบียน ร้อยละ 95
 - 1.3 การขายยาควบคุมพิเศษเป็นไปตามกฎหมาย ร้อยละ 80
2. ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ/ขายยาแผนโบราณ
 - 2.1 ไม่มียาชุด
 - 2.2 ไม่มียาควบคุมพิเศษ ร้อยละ 90
 - 2.3 ไม่มียาที่ไม่มีทะเบียน ร้อยละ 95
3. ร้านขายของชำจำหน่ายยา
 - 3.1 ไม่มียาชุด ร้อยละ 80
 - 3.2 ไม่มียาควบคุมพิเศษ ร้อยละ 100
 - 3.3 ไม่มียาที่ไม่มีทะเบียน ร้อยละ 95
 - 3.4 ไม่มียาอันตราย ร้อยละ 80

ฐานคติของ Compliance Policy ก็คือ การยอมรับว่ามาตรฐานที่กฎหมายกำหนดไว้นั้นเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ หากดูจากความเคร่งครัดในการควบคุมร้านขายของชำที่จำหน่ายยาจะเห็นได้ชัดว่า ไม่มีการกำหนดเป้าหมายเรื่องการห้ามร้านขายของชำจำหน่ายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จเลย ซึ่งเท่ากับเป็นการยอมรับโดยปริยายว่ายาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จนี้ ยอมให้มีการจำหน่ายในร้านขายของชำได้ นโยบาย Compliance Policy อาจช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถระบุมหาความสำคัญในการควบคุมที่จะต้องเร่งรัดโดยกำหนดให้ดำเนินการในส่วนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนมากและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติก่อน

แต่ในขณะเดียวกันก็เท่ากับเป็นการยอมรับให้มีการทำผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้ผู้ที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายยิ่งมีความรู้สึกว่าการกฎหมายเป็นสิ่งที่ไม่ผ่อนผันกันได้ ปัญหาที่น่าสนใจก็คือ ในเมื่อมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดให้ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ มีจำหน่ายได้เฉพาะใน ขย.1 และ ขย.2 เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ไม่ได้ในทางปฏิบัติ ทำไมไม่แก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับความเป็นจริงโดยกำหนดกลุ่มยาที่มีอันตรายน้อย ใช้น้อย และสอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนออกเป็นยากลุ่ม OTC และให้สามารถจำหน่ายได้ทั่วไป เพราะในทางปฏิบัติก็ดำเนินการเช่นนี้อยู่แล้ว โดยใช้วิธีเลี่ยงการบังคับใช้กฎหมาย ประเด็นที่น่าสนใจก็คือข้อเสนอให้มีการจัดกลุ่มยาใหม่ไม่ใช่สิ่งใหม่ แต่เป็นสิ่งที่นักวิชาการและองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคได้มีความพยายามเสนอมาตลอดเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ความพยายามที่ล้มเหลวในการเรียกร้องให้มีการจัดกลุ่มยาใหม่นี้ให้บทเรียน และสะท้อนปัญหาของระบบที่จำเป็นต้องแก้ไขบางประการ

■ กลไกนโยบายกับข้อเสนอการจัดกลุ่มยาใหม่:

บทเรียนเชิงโครงสร้าง

ในรอบ 20 ปี ที่ผ่านมาได้มีข้อเสนอให้มีการปรับปรุงบัญชียา และวิธีการควบคุมยาในกลุ่มต่างๆ ใหม่ (ดูคำสี และคณะ 2523 : 52-53; คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของไทย 2537; พรทิพย์ 2538: 46 เป็นอาทิ) จนถึงปัจจุบันมีการเสนอให้พิจารณาระบบของสากลซึ่งแบ่งยาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ OTC (Over the counter) เป็นยาที่ซื้อหาได้โดยไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ และ Prescription drug เป็นยาที่ต้องมีใบสั่งแพทย์จึงจะซื้อหาไปใช้ได้ ซึ่งระบบยาไทยในปัจจุบันนั้นยากลุ่มที่ควรจะเป็น OTC นั้นมีการโฆษณาและการส่งเสริมการขายโดยตรงต่อผู้บริโภค แต่กลับถูกจำกัดให้จำหน่ายได้โดย ขย.1 และ ขย.2 ซึ่งมีอยู่เพียงไม่กี่แห่งในแต่ละอำเภอ และ

แทบจะไม่มีอยู่ในระดับหมู่บ้านเลย ส่วนยาที่เป็น Prescription drug กลับสามารถซื้อหาได้ง่ายๆ

โดยทั่วไป สถานการณ์ดังกล่าวถูกวิเคราะห์ว่ามีสาเหตุสำคัญมาจากการจัดประเภทยาที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของระบบการกระจายยา และเป็นที่มาของข้อเสนอให้มีการจัดกลุ่มยาใหม่ เพื่อให้ยาจำเป็นที่มีความปลอดภัยสูงสามารถกระจายทั่วถึงอย่างถูกกฎหมาย และให้สามารถควบคุมยาที่ต้องการควบคุมที่เคร่งครัดได้ดียิ่งขึ้น แต่ข้อเสนอดังกล่าวดูเหมือนจะยังไม่มี การตอบสนองที่ชัดเจนจากผู้รับผิดชอบ

ประเด็นที่จะต้องหยิบยกมาพิจารณา ณ ที่นี้ ไม่ได้มีเฉพาะเรื่องความเหมาะสมหรือความเป็นไปได้ของข้อเสนอการจัดกลุ่มยาใหม่ว่าจะสามารถแก้ปัญหาคุณภาพการใช้ยาในชุมชนหรือไม่ แต่ต้องการตั้งประเด็นเรื่อง Accountability ของโครงสร้างนโยบายที่รับผิดชอบระบบยา หากพิจารณาในแง่นี้ คำถามจึงมีอยู่ว่า **“ทำไมองค์กรที่รับผิดชอบจึงสามารถนิ่งเฉยต่อข้อเสนอดังกล่าวมาได้ถึงสองทศวรรษ”** ที่กล่าวเช่นนั้นไม่ได้หมายความว่า ผู้เขียนต้องการผลักดันให้ผู้มีอำนาจรับผิดชอบยอมรับ และนำข้อเสนอการจัดกลุ่มยาใหม่นี้ไปปฏิบัติ ข้อเสนอดังกล่าวอาจจะเหมาะสมหรือไม่ก็ได้ หรืออาจยังมีข้อเสนอดีกว่านี้

ประเด็นอยู่ที่ตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ข้อเสนอนี้ถูกนำเสนอมา โครงสร้างอำนาจของระบบควบคุมยาไทยเป็นอย่างไรจึงทำให้องค์กรรับผิดชอบไม่ต้องมีท่าทีที่ชัดเจนต่อข้อเสนอนี้เลย ท่าทีที่ชัดเจนที่ว่านี้อาจจะไม่เห็นด้วยก็ได้ เพียงแต่องค์กรที่รับผิดชอบจะต้องตอบกับสาธารณะให้มีความชัดเจนว่าข้อเสนอนั้นๆ มีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร และมีท่าทีที่ชัดเจนต่อข้อเสนอนี้อย่างไรเท่านั้น จะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ตาม เพียงแต่ให้มีกระบวนการเชิงนโยบาย (Policy Process) ที่ Responsive ต่อข้อเสนอของชุมชนนักวิชาการด้วยการเปิดรับและแลกเปลี่ยนความเห็นกันอย่างเปิดเผย **ความสำคัญของประเด็นนี้ไม่ได้อยู่ที่การตอบรับหรือปฏิเสธข้อ**

เสนอ แต่อยู่ที่การมีกระบวนการทางนโยบายที่ชัดเจน ที่ข้อเสนอสำคัญๆ จะไม่ถูกทิ้งไว้นานๆ ได้รับการพิจารณาอย่างจริงจัง และโปร่งใส

ในขณะที่ปัจจุบัน ระบบงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับการปรับปรุงจนสามารถจัดการด้วย Standard Operating Procedure (SOP) รวมทั้งลดขั้นตอนต่างๆ ในการทำงาน นำที่จะขยายการพัฒนากระบวนการให้กว้างกว่าเรื่องการอนุญาต และขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์อาหารและยา ซึ่งเป็นมาตรการที่รองรับภาคธุรกิจให้มีมาตรการรองรับด้านนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้นด้วย โดยข้อเสนอเชิงนโยบายต่างๆ ที่ถูกนำเสนออย่างเป็นทางการจากผู้มีคุณสมบัติ น่าจะมีการกำหนดระยะเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไปที่ผู้รับผิดชอบจะต้องตอบ หรือมีท่าทีที่ชัดเจนต่อข้อเสนออื่นๆ ได้ ซึ่งจะทำให้ข้อเสนอไม่ถูกปล่อยยให้ล่องลอยอยู่ในอากาศนานเป็นทศวรรษ เช่น ในกรณีข้อเสนอการจัดกลุ่มยาใหม่นี้

ข้อสรุป

จะเห็นได้ชัดว่า การปรับปรุงการใช้มาตรฐานด้านกฎหมายในการแก้ปัญหาอันตรายอันเกิดจากการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชนนั้น จำเป็นจะต้องดำเนินการในทั้ง 2 ส่วนคือ ทั้งในด้านการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้เกณฑ์และมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะการจัดกลุ่มยาให้สอดคล้องกับความเป็นจริงและเป็นไปได้ในการบังคับใช้ ทั้งนี้จะต้องนำเอาข้อจำกัดและเงื่อนไขการดำเนินชีวิตของประชาชนซึ่งเป็นผลมาจากโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคมที่ทำให้ชาวชนบทต้องพึ่งยามาพิจารณาด้วย โดยต้องถือว่าระบบยาที่หละหลวมปล่อยให้มียาอันตรายสามารถซื้อหาได้ทั่วไปเป็นการซ้ำเติมชาวชนบทที่เสียเปรียบในโครงสร้างเศรษฐกิจสังคมที่เป็นอยู่ในขณะเดียวกันกลไกการบังคับใช้กฎหมายก็ต้องมีการปรับปรุง โดยแทน

ที่จะปล่อยให้ต้องไปเร่งรัดควบคุมดูแลที่ปลายทางซึ่งเป็นไปได้ยาก ควรเน้นการป้องกันปัญหาโดยให้เคร่งครัดในชั้นของ Pre-marketing Control ในขณะเดียวกันก็ต้องใช้มาตรการอื่นๆ ควบคู่ไปกับการส่งเสริม Good Pharmaceutical Practices ของแหล่งกระจายยาและการ Empower consumer groups ต่างๆ ให้มีอำนาจต่อรองมากขึ้นด้วย



บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ



การทบทวนงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษาตนเอง และสภาพการใช้ยาในชุมชนที่มีอยู่ มีข้อสรุปที่เด่นชัดที่สุดประการหนึ่งคือ ความแพร่หลายของการใช้ยาเพื่อรักษาตนเองในชุมชนชนบท และพฤติกรรมการรักษาตนเองด้วยยาที่พบดังกล่าว มีความคล้ายคลึงกับที่ได้รายงานในการศึกษาวิจัยในประเทศต่างๆ ทั่วโลก และดูเหมือนว่าความพยายามที่จะศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์การใช้ยารักษาตนเองเหล่านี้จะยังไม่สามารถนำมาซึ่งแนวทางการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้เท่าไรนัก ในบทสรุปนี้จะเริ่มด้วยการทบทวนและประเมินแนวคิดหลักที่ขึ้นำกำหนดวิธีการมองปัญหาการใช้ยา แม้ว่าในงานวิจัยต่างๆ หรือแผนงานโครงการที่ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจะมีนิยามหรือให้ความหมาย “ความสมเหตุสมผล” ในการใช้ยาที่แตกต่างกัน ทั้งในแง่ของระดับการมองปัญหา (เช่น ระดับชาติ ระดับชุมชน ระดับครอบครัว หรือระดับปัจเจกบุคคล) และในแง่ของหลักการที่ใช้พิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยา แต่งานวิจัยและแผนงานโครงการเหล่านี้มักอ้างอิงการวิเคราะห์ปัญหาความไม่เหมาะสมในการใช้ยาโดยใช้ทัศนะหลัก 3 ด้าน ประกอบด้วย ทัศนะทางเศรษฐศาสตร์ ทัศนะทางการ

1. การประเมินทัศนะหลักและการมองปัญหาการใช้ยา

ทัศนะการวิเคราะห์ปัญหาความไม่เหมาะสมในการใช้ยาในชุมชนทั้ง 3 ด้านนี้ เป็นการมองจากมุมมองที่ต่างกัน อาจเสริมกันหรือขัดกันในการวิเคราะห์สภาพปัญหาการใช้ยาในชุมชน และการวิเคราะห์ที่ต่างกันย่อมนำไปสู่แนวทางการแก้ปัญหาที่ต่างกันออกไปด้วย

1) ทัศนะทางเศรษฐศาสตร์

ทัศนะนี้ให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยาที่สะท้อนความไม่มีประสิทธิภาพในการจัดการระบบยา งานวิจัยและแผนงานโครงการจำนวนหนึ่งแม้จะมีได้เป็นการศึกษาในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แต่ก็ใช้ทัศนะทางเศรษฐศาสตร์ประกอบในการมองปัญหาการใช้ยาในชุมชนที่นำไปสู่ความสิ้นเปลืองและการสูญเสียทางเศรษฐกิจ (เช่นงานของปรีดา และคณะ 2533; วงศ์นี้ 2534; สมบัติ และคณะ 2536; บุษบา 2531 เป็นต้น) ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านยาต่างๆ เช่น อัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมจะเป็นตัวชี้วัดสำคัญของสถานการณ์การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลผลของระบบยาหนึ่งๆ แนวทัศนะแบบนี้มักตั้งคำถามกับความมีประสิทธิภาพและความสมประโยชน์ของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้น ข้อมูลการบริโภคยาของประเทศไทยเท่าที่ประมวลได้มีดังนี้

ตารางที่ 5.1 มูลค่าการบริโภคยาของประเทศไทย

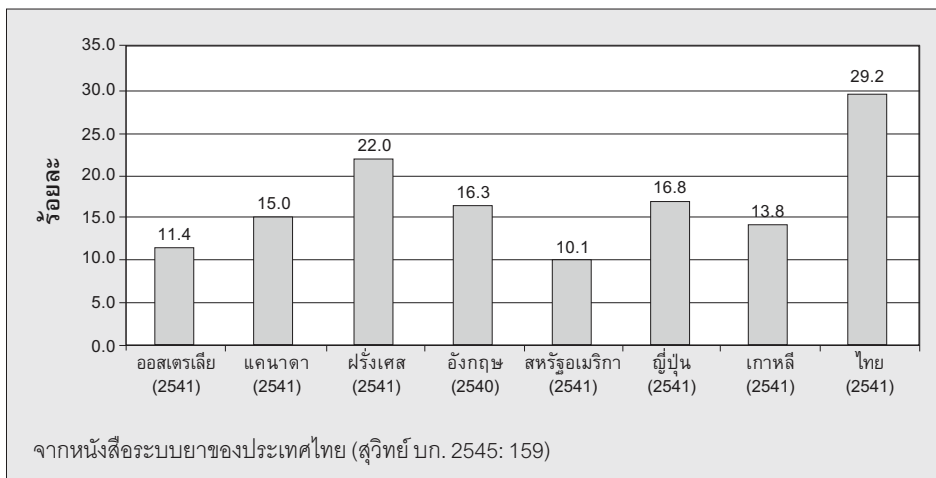
มูลค่าการบริโภคยา ของสังคมไทย	ปีที่ประเมิน	ผู้ประเมิน
53,894 ล้านบาท (ราคาขายปลีก)	2533	วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*
84,420 ล้านบาท	2535	สำนักงานคณะกรรมการการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ*
23,400 ล้านบาท (ราคาขายส่ง)	2535	บริษัท ไอ เอ็ม เอส ดาต้า (ประเทศไทย) จำกัด*
50,000 ล้านบาท (ราคาขายปลีก)	2536	คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ ระบบยาของประเทศไทย**
27,000 ล้านบาท (ราคาขายส่ง)	2536	คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ ระบบยาของประเทศไทย**
23,677.65 -39,492.78 ล้านบาท (ราคาขายปลีก)	2537	คณะทำงานย่อยเพื่อศึกษาวิเคราะห์ ระบบการจัดหาและการกระจายยา ในประเทศไทย**
92,727.5 ล้านบาท (ราคาขายปลีก)	2540	คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ ระบบยาของประเทศไทย***
102,400.2 ล้านบาท (ราคาขายปลีก)	2543	คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ ระบบยาของประเทศไทย***

* อ้างใน พรเทพ และคณะ (2542) ** จาก สุวิทย์ บก. (2537) *** จาก สุวิทย์ บก. (2545)

นอกจากข้อมูลการบริโภคยาแล้ว ข้อมูลที่ใช้บ่งบอกว่าการใช้ยามากเกินไปของประเทศไทยมักอ้างอิงถึงคือ สัดส่วนการใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด โดยเฉพาะหากเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้ว ในภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการบริโภคยาของคนไทยคิดเป็นร้อยละ 29 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งนับเป็นสัดส่วนที่สูงมาก หากเทียบกับประเทศที่

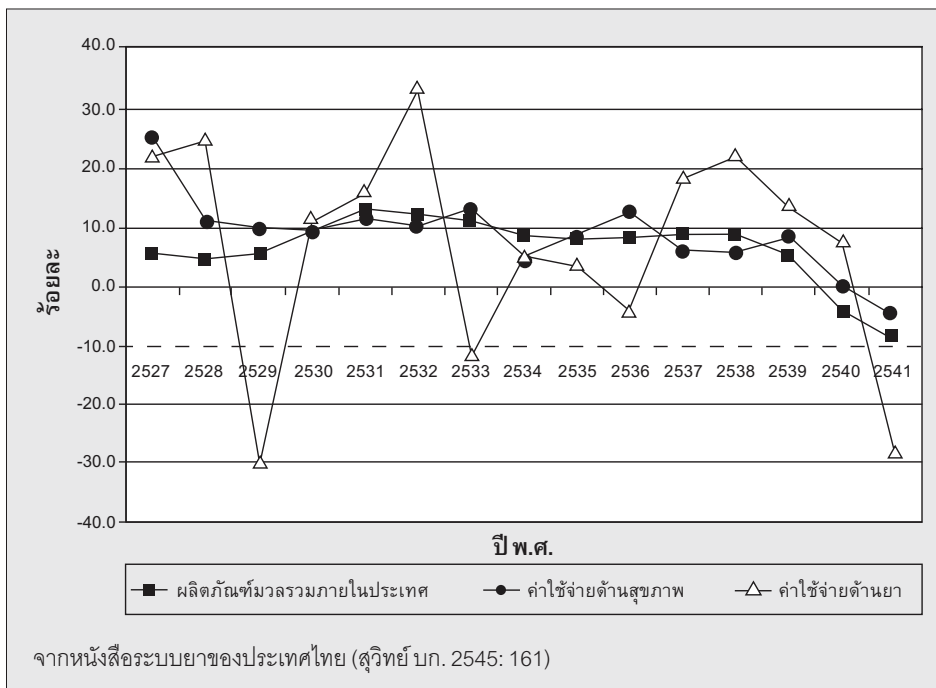
พัฒนาแล้ว ซึ่งมีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 10–20 เท่านั้น ยิ่งเมื่อพิจารณาจากตัวเลขการประมาณการทางอ้อมโดยใช้ข้อมูลการวิจัยเรื่องการเงินการคลังของจังหวัดลพบุรีมาคำนวณ จะพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาในราคาขายปลีกจะสูงถึง ร้อยละ 54.5 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด (สุวิทย์ บก. 2545: 152) อย่างไรก็ตามตัวเลขนี้อาจมิได้หมายความว่าประเทศไทยใช้ยาฟุ่มเฟือยหรือมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่อาจเป็นเพราะค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ (เช่น ค่าห้อง ค่าแพทย์ ฯลฯ) ของประเทศเหล่านั้นสูงกว่าในประเทศไทยมาก ทำให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่ำลง

ภาพที่ 1 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ



นอกจากนี้ อัตราการเพิ่มของมูลค่าการบริโภคนยา สูงกว่าอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และอัตราเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ดังจะเห็นได้จากภาพที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านยา บ่งชี้ถึงสภาพการบริโภคนยาที่เพิ่มขึ้นมากดูจากเส้นกราฟ ซึ่งถือกันว่าสาเหตุส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีการบริโภคนยาที่มากเกินไป (สุวิทย์ บก. 2545: 161)

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านยา



อย่างไรก็ตาม การมองภาพรวมมูลค่าการบริโภคยาอาจมิได้บ่งชี้ถึงสภาพการใช้จ่ายในชุมชนโดยตรง คณะทำงานย่อยเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบการจัดหาและกระจายยาในประเทศไทยเสนอตัวเลขประมาณการว่า รวบรวมร้อยละ 32 ของยาในประเทศผ่านทางร้านขายยาสู่ประชาชน (สุวิทย์ บก. 2545: 92) แต่ร้านขายยาเหล่านี้ก็จำหน่ายยาจำนวนมากแก่โรงพยาบาล และสถานบริการการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชนด้วย คำถามที่น่าสนใจคือ ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงจากการบริโภคยาของคนไทยที่ใช้อ้างอิงโดยทั่วไปนั้นเป็นมูลค่ายาที่คนไทยใช้ทั้งในสถานบริการทางการแพทย์และยาที่ประชาชนซื้อหากันเองจากร้านค้าที่มียาจำหน่ายในสัดส่วนเท่าไร

ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี 2537 ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา

พยาบาล และค่ายาเฉลี่ยของครอบครัวไทยเป็นเพียงร้อยละ 3.5 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน หรือเท่ากับ 621.53 บาทต่อครอบครัวต่อเดือน หรือ 3,144 บาทต่อครัวเรือนต่อปี หรือ 786 บาทต่อคนต่อปี และข้อมูลในปี พ.ศ. 2543 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของครอบครัวนี้ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการในสถานพยาบาลถึงร้อยละ 81.4 และรายจ่ายในการซื้อยากินเองเพียงร้อยละ 18.6 เท่านั้น

ตารางที่ 5.2 รายจ่ายเพื่อสุขภาพต่อเดือน(บาท) ของครัวเรือนไทย จำแนกตามภาค

รายจ่ายเพื่อสุขภาพ ต่อเดือนของครัวเรือนไทย	ทั้ง ประเทศ	กทม.และ ปริมณฑล	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้
พ.ศ. 2524						
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ (บาท)	113	170	136	94	94	98
ซื้อยากินเอง (%)	31.9	22.9	32.4	31.9	37.2	36.7
ใช้บริการสถานพยาบาล (%)	68.1	77.1	67.6	68.1	62.8	63.3
พ.ศ. 2531						
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ(บาท)	143	217	154	132	109	159
ซื้อยากินเอง (%)	21.7	15.2	24.0	22.7	27.5	15.7
ใช้บริการสถานพยาบาล (%)	78.3	84.8	76.0	77.3	72.5	84.3
พ.ศ. 2535						
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ(บาท)	226	434	227	194	175	166
ซื้อยากินเอง (%)	18.0	11.0	21.0	22.0	21.0	16.0
ใช้บริการสถานพยาบาล (%)	82.0	89.0	79.0	78.0	79.0	84.0
พ.ศ. 2539						
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ(บาท)	343	579	351	374	241	421
ซื้อยากินเอง (%)	12.0	9.7	15.5	13.3	14.1	7.3
ใช้บริการสถานพยาบาล (%)	88.0	90.3	84.5	86.7	85.9	92.7

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

รายจ่ายเพื่อสุขภาพ ต่อเดือนของครัวเรือนไทย	ทั้ง ประเทศ	กทม.และ ปริมณฑล	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้
พ.ศ. 2541						
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ(บาท)	287	573	331	240	172.8	237
ชื้อยากินเอง (%)	16.8	14.0	17.2	17.1	19.9	18.1
ใช้บริการสถานพยาบาล (%)	83.2	86.0	82.8	82.9	80.1	81.9
พ.ศ. 2542						
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ(บาท)	273	532	294	276	165	195
ชื้อยากินเอง (%)	15.4	10.3	16.9	14.4	20.8	19.7
ใช้บริการสถานพยาบาล (%)	84.6	89.7	83.1	85.6	79.2	80.3
พ.ศ. 2543						
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ(บาท)	263	474	288	214	177	260
ชื้อยากินเอง (%)	18.6	17.3	19.1	19.6	20.6	16.2
ใช้บริการสถานพยาบาล (%)	81.4	82.7	80.9	80.4	79.4	83.8

ที่มา : สุวิทย์ บก. 2545: 157

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งจากการเปรียบเทียบรายจ่ายเพื่อสุขภาพต่อเดือนของครอบครัวไทยในช่วงปี 2524–2539 พบว่าสัดส่วนรายจ่ายจากการชื้อยากินเองเปรียบเทียบรายจ่ายจากการใช้สถานพยาบาลทางการแพทย์ลดลงมาโดยตลอดจากร้อยละ 31.9 ในปี 2524 เป็น 12.0 ในปี 2539 และลดลงในทุกภาคทั่วประเทศ จากนั้นจึงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นบ้างจนถึงปี พ.ศ. 2543 (สุวิทย์ บก. 2545: 157) แต่ก็ยังน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในสถานบริการมาก

ตัวเลขที่แสดงสัดส่วนการจ่ายยาเพื่อชื้อยากินเองมีการลดลงได้เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในสถานบริการมีราคาแพงมากขึ้น โดยที่ประชาชนไม่ได้จ่ายเงินชื้อยารักษาตนเองลดลงเลยก็ได้ ประชาชนโดย

เฉพาะในกลุ่มที่มีฐานะยากจนอาจจ่ายเงินจำนวนมากขึ้นในการซื้อยา
กินเอง เพราะไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการที่มีราคาแพง
ขึ้นมากก็เป็นได้ อย่างไรก็ตามในระยะหลังก็จะพบว่าประชาชนใช้จ่ายเพื่อ
ซื้อยาเพิ่มมากขึ้น คำถามที่น่าสนใจก็คือ ในภาคประชาชนนั้นมีการซื้อ
ยากินเองที่เป็นการใช้ยาเกินจำเป็นหรือไม่อย่างไร

ข้อมูลจากงานวิจัยที่มีอยู่แสดงให้เห็นว่าในการซื้อยากินเองของ
ชาวบ้านไทยในชนบทนั้นมีการใช้ยาในบางลักษณะที่อาจถือว่าการใช้
ยาโดยไม่มีความจำเป็น พฤติกรรมดังกล่าวที่เด่นชัดก็คือการใช้ยาลดไข้แก้
ปวดโดยไม่มีความเจ็บป่วยที่เป็นข้อบ่งชี้ งานวิจัยทางการแพทย์หลายชิ้น
แสดงให้เห็นว่าแบบแผนการใช้ยาแก้ปวดลดไข้ในชุมชนเป็นไปใน 3
ลักษณะ คือ (1) ใช้บำบัดอาการไข้ หรือแก้ปวด (2) ใช้เพื่อให้ “ทำงาน
ทน” คือสามารถทำงานหนักต่อเนื่องได้ และ (3) ใช้เพราะติดยา (ลือชัย และ
คณะ 2534; จรัสพรพรณ และคณะ 2535; บุษบา 2537; จริยาวัตร และคณะ
2527; ชาญชัย และคณะ 2535; ชูเพ็ญ และคณะ 2526; บรรเจิด 2536;
วินัส 2533; สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน 2536;
สะอาดลักษณ์ 2538)

สุพัตรา และคณะ (2533: 30) ได้ศึกษาและแสดงให้เห็นว่าในชุมชน
ชนบทมีการใช้ยาโดยที่ชาวบ้านบอกว่าการใช้ยาที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะ
ความเจ็บป่วย การใช้ยาดังกล่าวมีตั้งแต่การทดลองยาใหม่ การใช้ยาเพื่อ
ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง การใช้ยาเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรค และการใช้ยา
เนื่องจากติดยาเป็นนิสัย อาจกล่าวได้ว่าการใช้ยาจนติดเป็นนิสัย การ
ใช้ยาเพื่อให้สามารถทำงานหนักต่อเนื่อง หรือให้หายจากความปวด
เมื่อยเพื่อทำงานต่อไปได้นั้น หากมองจากทัศนะทางการแพทย์แล้ว
อาจถือว่าการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีความสมเหตุสมผลใน
ทางการแพทย์ แต่หากมองจากมุมมองทางสังคมแล้ว การใช้ยาดัง
กล่าวอาจถือได้ว่าเป็น “ความจำเป็น” ที่เกิดจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ

สังคมที่บีบบังคับให้ชาวบ้านต้องใช้ยาเพื่อความอยู่รอด การใช้ยาดังกล่าวจึงอาจถือได้ว่าไม่สมเหตุสมผลทางการแพทย์แต่เป็นความจำเป็นทางสังคมเศรษฐกิจ

■ ข้อจำกัดของกรอบทัศน์เชิงเศรษฐศาสตร์

ค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้นนี้อาจมีเหตุผลให้ต้องวิตกกังวลว่าเป็นปัญหาความสิ้นเปลืองในระดับชาติ แต่หากเราพิจารณาโดยใช้วิถีชีวิตของชาวบ้านเป็นตัวตั้งแล้ว เราจะเห็นได้ว่าการซื้อยากินเองยังนับได้ว่าเป็นรูปแบบการรักษาความเจ็บป่วยที่มีราคาถูกที่สุดทั้งในแง่ค่ารักษาพยาบาลและค่าเสียโอกาสอื่นๆ เช่น การต้องเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่าในการใช้ยารักษาตนเองอาจกลายเป็นความสิ้นเปลืองในระยะยาวในภายหลังก็ได้ การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้สุขภาพทรุดโทรม โรคกำเริบจากการดื้อยา หรือจากการรักษาที่ไม่ครบถ้วน รวมทั้งอาจเกิดผลข้างเคียงของยาที่ทำให้กลายเป็นปัญหาหนักได้ในระยะต่อมา อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่จะประเมินผลกระทบระยะยาวของการใช้ยารักษาตนเอง งานวิจัยที่อ้างอิงทัศนะทางเศรษฐศาสตร์จะทำการอนุมานจากข้อมูลในระดับมหภาค และสรุปว่ามีความสิ้นเปลืองจากการใช้ยาดำรงอยู่ในชุมชน โดยยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงขนาดของปัญหาความสิ้นเปลืองจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในระดับชุมชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าวมาอาจช่วยให้เรามีคำตอบที่ชัดเจนขึ้นว่า มูลค่าการบริโภคยาของประเทศไทยที่เพิ่มมากขึ้นนั้นมีส่วนมาจากพฤติกรรมการซื้อยากินเองของชาวบ้านมากน้อยเพียงใด และการลดความสิ้นเปลืองของการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพ น่าจะมุ่งเน้นไปที่การลดความสิ้นเปลืองในระบบบริการหรือที่พฤติกรรมการซื้อยากินเองของประชาชน

2) ทักษะทางการแพทย์

กรอบวิธีคิดที่มองความเหมาะสมในการใช้ยานี้ อาจให้ความสนใจเรื่องความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจด้วย แต่จะคำนึงถึงคุณภาพของการใช้ยาว่าถูกต้องหรือไม่ (ถูกโรค ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา) และเน้นถึงผลเสียที่อาจมีต่อสุขภาพเมื่อใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น การเกิดอาการข้างเคียง การใช้ยาที่เสี่ยงต่ออันตราย การใช้ยาที่มีข้อห้ามในผู้มีโรคหรือภาวะประจำตัว การใช้ยาผิดประเภท/ชนิด ซึ่งทำให้การรักษาไม่ได้ผล หรือการใช้ยาด้านจุลชีพไม่ครบขนาดอันอาจทำให้ไม่หายจากโรคและเกิดการดื้อยาของจุลชีพ งานวิจัยที่ทำในระดับชุมชนแทบทั้งหมด มิได้มุ่งค้นหาปัญหาดังกล่าวว่ามีขนาด ลักษณะและความรุนแรงของผลเสียอันเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมอย่างไร แต่ทว่างานวิจัยเหล่านั้นตั้งอยู่บนฐานทางความคิดที่ว่าพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นอยู่นั้น หากอนุมานจากหลักวิชาการทางการแพทย์และเภสัชศาสตร์แล้วถือว่าการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาว่าพฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้านนั้น (เมื่อเทียบกับสิ่งที่ควรจะเป็นตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพแล้ว) มีความไม่เหมาะสมอย่างไร โดยแทบจะไม่มีงานวิจัยทางระบาดวิทยาที่นำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ถึงอุบัติการณ์ หรือความชุกของอาการแทรกซ้อนหรือผลเสียของการใช้ยาที่เป็นรูปธรรมเลย

เกณฑ์ที่มักใช้ในการพิจารณาว่ายาชนิดใดเป็นยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนมีหลายแง่มุม เช่น อาจพิจารณาตามเกณฑ์ของกฎหมาย หรือตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งผลเสียที่เกิดจากการมีรูปแบบยาที่ไม่เหมาะสมด้วย โดยภาพรวมแล้วยาที่มีปัญหาที่พบบ่อยและมีอันตรายสูงสามารถแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มยาชุด
2. กลุ่มยาปฏิชีวนะ
3. กลุ่มยา STEROID
4. กลุ่มยา NSAIDs
5. กลุ่มยาแก้ปวด ลดไข้

ชนิดของยาในแต่ละกลุ่มอาจซ้ำซ้อนกัน และลักษณะของปัญหาที่พบในแต่ละกลุ่มก็อาจแตกต่างกันไปจากยากกลุ่มอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ยังพบกลุ่มยาที่มีปัญหาอยู่ไม่น้อย ได้แก่ ยาถ่ายพยาธิ วิตามิน ยาลดความอ้วน รวมทั้งยาฉีดประเภทต่างๆ และน้ำเกลือ แต่ขนาดของปัญหาและความรุนแรงน้อยกว่าในกลุ่มยา 5 กลุ่มที่กล่าวมาแล้ว

เกณฑ์การพิจารณาความไม่เหมาะสมในการใช้ยายังอาจรวมไปถึงวิธีการได้ยามาอย่างไม่เหมาะสมด้วย เช่น การซื้อยาโดยนำยาตัวอย่างไปเทียบสีและขนาด การใช้ยาที่เหลืออยู่หรือใช้ยาของคนอื่นในรายที่เห็นว่ามีอาการคล้ายคลึงกัน การไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม หรือการกินไม่ครบขนาด ตัวอย่างเช่น การศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนจังหวัดนครปฐมพบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ประมาณ 1 ใน 10 ได้รับยามาด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม คือนำเอายาเก่าไปเทียบเป็นตัวอย่างซื้อจากร้านขายของชำ โดยที่ 9 ใน 10 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบชื่อยาปฏิชีวนะที่ใช้ในครั้งสุดท้าย (อ้างใน พรเทพและคณะ 2542: 49) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพฤติกรรมการใช้ดังกล่าวจะถือได้ว่าไม่เหมาะสม แต่หากเป็นการใช้กับยาที่มีอันตรายจากการแพ้ยาหรือผลข้างเคียงน้อย ก็มักถูกพิจารณาว่าไม่เป็นปัญหา เช่น การซื้อหายาแผนปัจจุบันบรรจุน้ำ (ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ ยาลดกรด) เป็นต้น

ดูเหมือนว่าเกณฑ์ของการใช้ยาที่เหมาะสมที่กำหนดโดยนักวิชาชีพกับความรู้ของชาวบ้านที่ได้จากประสบการณ์ชีวิตจะมีความแตก

ต่างกันในระดับพื้นฐาน งานวิจัยต่างๆ ที่มีอยู่แสดงให้เห็นถึงความนิยมของการซื้อยาจากร้านขายของชำเพื่อรักษาตนเอง (ล่ำลี 2519; วิสูตร 2526; วีระพันธ์ และคณะ 2533; สุพัตรา และคณะ 2533; เพ็ญจันทร์ 2534) และในบรรดา ยาต่างๆ ที่สามารถซื้อยาได้จากร้านขายของชำนี้ มียาที่เป็นปัญหาอยู่มากคือ ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาชุดสเตียรอยด์ และยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้ประเด็นที่ศึกษากันมากในการวิจัยพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของชาวบ้านคือ สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้มีการใช้ยา ซึ่งข้อค้นพบในรายงานวิจัยเหล่านี้คือ การที่ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา ไม่รู้จักซื้อยา การไม่สนใจปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา หรือไม่สนใจข้อมูลบนฉลาก นอกจากนี้ยังมีการวิจัยที่สนใจเกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา แนวทางดังกล่าวมีพื้นฐานความคิดอยู่ที่ความพยายามเข้าใจอิทธิพลที่กำหนดพฤติกรรมการใช้ยา ทั้งนี้ก็เพื่อแสวงหาแนวทาง “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” โดยมาตรการทางสุขศึกษาในรูปแบบต่างๆ

■ ข้อจำกัดของกรอบคิดเชิงพฤติกรรมที่เป็นอยู่

(1) กรอบคิดในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ดังกล่าวเชื่อว่าหากเราสามารถเข้าใจกระบวนการตัดสินใจเลือกใช้ยาของชาวบ้านอย่างละเอียดแล้ว จะสามารถหาแนวทางการแก้ปัญหาด้วย Behavioral intervention ได้ ทศนะดังกล่าวทำให้การมองการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมว่าเป็นปรากฏการณ์ปัญหาระดับท้องถิ่นหรือ Local phenomena กล่าวคือ พฤติกรรมการใช้ยาสามารถเข้าใจได้ด้วยการศึกษาความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) หรือความรับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดจากยา (Perception) ที่ผ่านมา ความพยายามที่จะศึกษา “เหตุปัจจัย” ของพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นปัญหาระดับท้องถิ่น และกลวิธีการแก้ปัญหาที่ใช้กรอบดังกล่าวดูเหมือนจะไม่ประสบ

ผลสำเร็จในการสร้างหรือคิดค้นมาตรการระดับท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาเท่าใดนัก แต่โดยกรอบการวิจัยที่เน้น “พฤติกรรม” นั้น จำกัดขอบเขตการวิเคราะห์ไว้ที่ระดับท้องถิ่น การวิจัยจึงวนเวียนอยู่กับท้องถิ่นและไม่สามารถชี้ทางออกเชิงระบบได้ แม้ว่าจะงานวิจัยบางชิ้นจะสนใจเกี่ยวกับการกระจายยาในชุมชน แต่ก็มักจะให้ความสนใจกับ “พฤติกรรม” ของร้านยาหรือร้านขายของชำที่นำยามาจำหน่าย และมักมีคำตอบต่อคำถามที่ว่า “ทำไมร้านค้าเหล่านี้จึงเอายามาจำหน่าย” โดยร้านค้าเหล่านี้มักให้เหตุผลว่าเพราะมีลูกค้ามาถามหา หรือตนเองเคยใช้ยาดังกล่าวแล้วได้ผลจึงนำมาขายให้คนอื่นใช้ต่อ หรือเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ชาวบ้านในชุมชน ฯลฯ ซึ่งล้วนแต่เป็นกรอบวิธีคิดมหภาคที่มองปรากฏการณ์แบบเฉพาะท้องถิ่น ที่ไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระบบที่เป็นโครงสร้างระดับ macro-social (ซึ่งหมายถึงโครงสร้างระบบยา โครงสร้างระบบสาธารณสุข และโครงสร้างระบบเศรษฐกิจสังคม)

(2) กรอบแนวคิดของการศึกษาและการแก้ปัญหาคำกล่าวใช้ยาของชุมชนดังกล่าว มีฐานคติแบบชนชั้นกลาง กล่าวคือ มองพฤติกรรมของชาวบ้านว่าเป็นสิ่งที่ชาวบ้านเลือกปฏิบัติได้ สาเหตุที่ชาวบ้านยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้องคือใช้ยาเกินจำเป็นและไม่เหมาะสม เป็นเพราะการขาดข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เพราะความเชื่อผิดๆ ความเคยชิน หรือเพราะไม่มีของที่ดีกว่า (ปลอดภัยกว่า ซึ่งส่วนใหญ่จะมองไปที่ยาสามัญประจำหมู่บ้าน) ให้เลือกใช้ ทัศนะดังกล่าวอาจสอดคล้องกับสังคมเมืองของชนชั้นกลาง แต่สำหรับชาวบ้านนั้นทางเลือกถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหลายประการที่อยู่เหนือการควบคุมของชาวบ้านได้ และเป็นเงื่อนไขหลักที่เข้ามาชี้นำพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน กลวิธีในการแก้ปัญหาคำกล่าวใช้ยาโดยการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อแก้ไขความเชื่อผิดๆ ด้วยความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยเชื่อว่าเมื่อชาวบ้านได้รับความรู้ที่ถูกต้องแล้ว ก็จะสามารถป้องกันตนเองโดยการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธ (คือ

เลือกที่จะไม่ใช้ยาอันตรายได้) หากจะอุปมาให้เห็นภาพพจน์ก็เสมือนกับการสอนวิธีการหลบหลีกขวากหนามให้ชาวบ้านซึ่งต้องเดินอยู่ในดงหนาม ในขณะที่ชาวบ้านเองก็ต้องแบกสัมภาระที่หนักอึ้งอันเกิดจากระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ภาคเกษตรกรรมต้องดิ้นรนอยู่ในโครงสร้างที่หมดหวัง

หากจะมีข้อค้นพบอันหนึ่งที่ถือว่าเป็น “ความจริงที่พิสูจน์แล้ว” ในการวิจัยเรื่องการไ้ยาในชุมชน ข้อเท็จจริงดังกล่าวก็คือ “ชาวบ้านใช้ยารักษาตนเองเป็นเรื่องปกติ” ซึ่งเปรียบเสมือนกับว่า ชาวบ้านต้องเดินไปในเส้นทางนี้เป็นธรรมดา ปัญหาก็คือในขณะที่ชาวบ้านต้องเดินไปบนทางที่เต็มไปด้วยขวากหนามนั้น ชาวบ้านยังต้องแบกภาระต่างๆ เช่น หนี้สิน ความไม่แน่นอนของราคาพืชผล ความแปรปรวนของฝนฟ้าที่ไม่ตกตามฤดูกาล ภาวะการอพยพแรงงานเพื่อหางานทำในเมือง **สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เพียงชาวบ้านจะไม่มีทางเลือก แต่เงื่อนไขชีวิตของชาวชนบทนั้นไม่เปิดโอกาสให้ชาวบ้านเลือกได้เท่าใดนัก** ในขณะที่วิถีชีวิตถูกกำหนดโดยโครงสร้างเศรษฐกิจสังคม กรอบแนวคิดของการมองและแก้ปัญหาการใช้ยาในชุมชนกลับมีฐานคติที่มองวิถีชีวิตเป็น Freedom of Choices คือให้ชาวบ้านมีสิทธิ์เลือกอย่างอิสระที่จะหลีกเลี่ยงยาอันตราย

(3) หากมองโดยใช้วิถีชีวิตและเงื่อนไขที่บีบคั้นให้ชาวชนบทป่วยอย่างเกินจำเป็น และเมื่อป่วยแล้วต้องรีบรักษาให้หายอย่างรวดเร็วเพื่อให้ทำงานต่อได้ จะเห็นได้ชัดว่าการแก้ปัญหาการใช้ยาในชุมชน ไม่เพียงแต่จะเป็นเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคโดยทำให้ชาวบ้านสามารถเดินไปตามทางที่เขาจะเดินโดยมีต้องห่วงกังวลต่อขวากหนามเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องการคุ้มครองแรงงานและสวัสดิการทั้งในภาคการเกษตรและอุตสาหกรรมที่จะลดการเจ็บป่วยเกินจำเป็น ซึ่งก็จะลดปัญหาการบริโภคยาเกินจำเป็นด้วย ปัญหาก็คือ การแก้ปัญหาเรื่องยา (เช่นเดียวกับปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ) ถูกพิจารณาแยกขาดออกจากปัญหาโครงสร้าง

ทางเศรษฐกิจการเมืองทั้งในงานวิจัยและในแผนงานคุ้มครองผู้บริโภค คำถามจึงมีอยู่ว่า เป็นไปได้หรือไม่ที่บทบาทในด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านยาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะก้าวออกมาส่งเสริมการบริโภคข้าวกล้องด้วยเหตุผลที่ว่า หากประชาชนหันมาบริโภคข้าวกล้องกันมากขึ้น จะทำให้ประเทศสามารถประหยัดพลังงานที่ต้องใช้ไปในการสีข้าวให้ขาว

3) ทิศนะทางกฎหมาย

การจัดประเภทยาเป็นกลุ่มต่างๆ เป็นกลไกสำคัญที่กฎหมายใช้ในการกำกับควบคุมยา เพื่อให้ยาอันตรายหรือยาที่ต้องการควบคุมได้ถูกควบคุมให้เหมาะสม ในขณะที่เดียวกันก็ช่วยให้สามารถกระจายยาที่ใช้บ่อยและมีความปลอดภัยสูงไปให้ทั่วถึง ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้นพบว่ามียาผิดประเภทกระจายอยู่ในที่ที่ไม่ควรมี รวมทั้งมียาผิดกฎหมาย (ยาชุด) อยู่ทั่วไปในชุมชน การสำรวจของศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขพบว่าหมู่บ้านหนึ่งมียาเฉลี่ย 91 รายการ กลุ่มยาที่พบมาก 5 อันดับแรก คือ ยาใช้ภายนอก (ร้อยละ 19.7) ยาลดไข้แก้ปวด (ร้อยละ 19.2) ยาแผนโบราณ (ร้อยละ 17.4) ยาแก้หวัด (ร้อยละ 13) และยาลดกรดและบรรเทาอาการโรคกระเพาะ (ร้อยละ 10.7) สำหรับยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ พบยาปฏิชีวนะในทุกหมู่บ้าน ยาควบคุมพิเศษ เช่น Dexamethasone พบร้อยละ 40 ของหมู่บ้าน ส่วนยาชุดพบเกินกว่าครึ่งของหมู่บ้าน ในแง่การพิจารณาตามเกณฑ์ของกฎหมายและการมีอยู่ของยาในชุมชน อาจแบ่งยาที่มีอยู่เป็น 3 กลุ่ม คือ

(1) ยาที่ทั้งร้านจำหน่ายยาในอำเภอหรือจังหวัด ผู้ขายยาในร้านขายของชำในชุมชนหรือแม้แต่ชาวบ้านผู้ขายยาต่างก็รู้ว่า เป็นยาผิดกฎหมายคือ ยาชุด และถึงแม้จะรู้ว่าผิดกฎหมายแต่ก็ยังมีการซื้อขายทั้งโดยเปิดเผย (ในระดับชุมชน) และโดยการลักลอบ (ในร้านยา ขย.2 ที่จัดยาชุด

ส่งจำหน่ายแก่ร้านค้าในชุมชน)

(2) ยาที่จำหน่ายได้ตามร้านขายยาทั่วไป (ขย.1 และ ขย.2) แต่ไม่สามารถจำหน่ายได้ในร้านค้าอื่นๆ ซึ่งได้แก่ ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จชนิดต่างๆ เช่น ยาแก้หวัด ยาลดกรด ฯลฯ ร้านค้าในชุมชนไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเรื่องผิดกฎหมายที่จะจัดหายาเหล่านี้มาจำหน่าย เพราะ “ยาพวกนี้ก็เหมือนกับยาที่ร้านขายยาจำหน่ายอยู่” และ “ถ้าผิดกฎหมาย ทำไมไม่หลวงอนุญาตให้ผลิตออกมา” ในหลายแห่ง การวิจัยพบว่ากองทุนยาที่รัฐเข้าไปตั้งได้มีการจัดหายาเหล่านี้มาจำหน่ายด้วย

(3) ยาสามัญประจำบ้าน เป็นยาที่สามารถจำหน่ายได้ทั่วไป ทางรัฐโดยองค์การเภสัชกรรมเองก็สนับสนุนให้จำหน่ายในกองทุนยาโดยมีการลดราคาให้เป็นกำไร อย่างไรก็ตาม ความนิยมแพร่หลายของการใช้ยาสามัญประจำบ้านยังจำกัดมาก

กรอบความคิดในการมองปัญหาการใช้ยาในชุมชนทั้งสามลักษณะคือ ทิศนะทางเศรษฐศาสตร์ ทิศนะทางการแพทย์ และทิศนะทางกฎหมายนั้น ล้วนแต่เป็นกรอบที่นักวิชาชีพเป็นผู้กำหนดเกณฑ์ความถูกต้องเหมาะสมขึ้น ปัญหาที่น่าสนใจก็คือกรอบวิธีคิดดังกล่าว ได้ชี้นำกำหนดทิศทางการจัดระบบยาและวิธีการในการควบคุมยา ตลอดจนกลวิธีด้านการคุ้มครองผู้บริโภคได้ให้บทเรียนอะไรบ้างกับสังคมไทย การทบทวนงานวิจัยและแผนงานโครงการต่างๆ รวมทั้งกฎระเบียบที่กำกับระบบยาได้ชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดที่ทำให้การแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในหลายประการ

2. ข้อจำกัดของการแก้ปัญหาคาใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ในชุมชน

1) การแก้ปัญหาคาใช้ยาในชุมชนมีลักษณะแยกส่วน ในขณะที่ปัญหาคาใช้ยามิติดๆ หรือการมียาอันตรายอยู่ในชุมชน เป็นผลกระทบจากโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคมที่ทำให้เกิดวิถีการดำเนินชีวิตที่ต้องพึ่งยา ยากลายเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในระบบชีวิตที่ต้องทำงานหนักในช่วงเวลาที่ต้องเร่งงาน การให้สุศึกษาและการเน้นให้ชาวบ้านใช้ยาที่ปลอดภัยไม่สามารถแก้ปัญหาคาได้ เพราะยาที่พวกเขาต้องการเป็นยาที่แรงพอที่ทำให้ทำงานต่อไปได้ทันที ความจำเป็นดังกล่าวสอดคล้องกับระบบความคิดที่เห็นยาเป็นคำตอบสำเร็จรูปของความเจ็บป่วยที่ไม่มีคิดเรื่อง “โทษของยา” กำกับไว้ การแก้ปัญหาคาใช้ยาแบบตั้งรับและเน้นการให้การศึกษาโดยไม่สนใจโครงสร้างทางสังคมที่กำหนด/กำกับชีวิตชุมชนจึงประสบความสำเร็จอย่างจำกัดยิ่ง

2) ระบบยาไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือระบบยาที่กำหนดขึ้นด้วยกฎหมาย และระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นที่เกิดขึ้นจริงบนเงื่อนไขการดำเนินชีวิตของชาวบ้านและไม่อยู่ในวิสัยที่จะ “บังคับใช้” ให้เป็นจริงได้ ในขณะที่ความจำเป็นในชีวิตชาวบ้านมีหลากหลาย “ยาสามัญประจำบ้าน” กลับตอบสนองความต้องการได้อย่างจำกัด ยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านไม่สามารถจัดหามาจำหน่ายในชุมชนให้ถูกต้องตามกฎหมายได้ เพราะ “ร้านยา” ที่ถูกกฎหมายไม่มีอยู่ในชุมชน ยาต่างๆ ที่เป็นที่ยอมรับใช้อยู่ในชุมชนจึงมาจากแหล่งที่ผิดกฎหมายทั้งสิ้น

3) ยาเป็นธุรกิจที่ให้กำไรมากเกินไป หลักวิชาการทางเศรษฐ-

ศาสตร์สาธารณสุขได้ชี้ให้เห็นว่าธุรกิจสามารถสร้างอุปสงค์เทียมได้มาก ราคายาจึงไม่ได้เป็นไปตามหลักการง่าย ๆ ของอุปสงค์และอุปทาน ธุรกิจยา และการโฆษณาจึงจำเป็นต้องมีการควบคุม แต่หากทำไรที่ได้้นั้นมากอย่าง ยิ่ง กลไกการควบคุมจะไม่สามารถตามไปควบคุมได้ ตัวอย่างที่สุดชัดที่อาจ สะท้อนภาวะดังกล่าวคือปัญหาเรื่องยาบ้า ซึ่งหากมีตลาด (เพราะคนติดยา นั้นมีอยู่จริงในสภาพสังคมที่เป็นอยู่) และให้ผลกำไรสูง ถึงแม้จะบังคับใช้ กฎหมายด้วยกำลังตำรวจก็ยังไม่สามารถปราบให้หมดสิ้นได้ ในปัจจุบัน ธุรกิจยาให้กำไร 30–80 % จากราคาต้นทุน ยาบางประเภท เช่น ยาชุด อาจ ให้ผลกำไรมากกว่านี้

4) ความพยายามแก้ปัญหาของหน่วยปฏิบัติมีลักษณะจำกัด อยู่กับการแก้ปัญหาในระดับท้องถิ่น ในขณะที่การมีและใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเป็นปัญหาเชิงระบบ คือ ระบบรัฐที่ขาดประสิทธิภาพ ระบบตลาดที่ เน้นการแสวงหากำไรและขาดการควบคุม ระบบบริการสาธารณสุขที่มี ลักษณะตั้งรับและแยกส่วน และระบบยาที่ปล่อยให้มียาอันตรายอยู่โดยทั่วไป การแก้ในระดับท้องถิ่นโดยไม่มีการปฏิรูประบบอาจได้ผลในบาง ปัญหาเฉพาะช่วงสั้นๆ และจำเป็นต้องมีปฏิบัติการซ้ำๆ เช่น ผีอกบวม นิเทศ และติดตามอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมักไม่เป็นจริงในทางปฏิบัติ เนื่องจากเจ้าหน้าที่รัฐมีข้อจำกัดคือต้องทำงานอื่นๆ ด้วย ข้อเท็จจริงก็คือแรงกระทำที่ ระบบกระทำต่อท้องถิ่นนั้นแรงเกินกว่าที่ท้องถิ่นจะตั้งรับและแก้ปัญหาได้ตามลำพัง

5) กระบวนการแก้ปัญหากการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชนนั้น มีลักษณะที่ใช้รัฐเป็นศูนย์กลาง (State centered) กล่าวคือ เมื่อมีปัญหา อันเกิดจากระบบรัฐขาดประสิทธิภาพที่จะทำหน้าที่ควบคุมแก้ไขปัญหา ก็มีการเสนอแนวทางแก้ไขโดยการเพิ่มบทบาทหน้าที่ของรัฐ เช่น เพิ่มนโยบาย เพิ่มแผนงานโครงการ เพิ่มงบประมาณ และเพิ่มอัตรากำลังคน ให้มากยิ่งขึ้น เมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้อีกก็เสนอให้เพิ่มอำนาจหน้าที่ของรัฐอีก

โดยไม่ได้ตั้งคำถามกับรูปแบบการจัดการ (Model) ที่มีรัฐเป็นศูนย์กลางนี้ วิธีคิดนี้ได้กลายเป็นวิธีคิดหลักและทำให้องค์กรด้านการคุ้มครองผู้บริโภค นอกภาครัฐ และองค์กรที่เป็นปากเสียงให้กับประชาชนที่ถูกเอาเปรียบจากระบบธุรกิจยาที่ไม่เป็นธรรม ไม่มีโอกาสเติบโตควบคู่ไปกับการเติบโตของภาครัฐและภาคธุรกิจ

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ปัญหาการใช้ยาในชุมชนกับระบบยา

ข้อมูลจากการวิจัยพฤติกรรมการรักษาตนเองและการสำรวจแหล่งกระจายยาที่มีอยู่ทั้งหมดแสดงให้เห็นอย่างไม่มีข้อสงสัยถึงความแพร่หลายของการซื้อยาแผนปัจจุบันเพื่อการรักษาตนเองของชาวชนบท ปრაการณที่ประชาชนซื้อยารักษาตนเองถือว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา เป็นสิ่งที่สามารถพบเห็นได้เหมือนกันในทุกสังคมทั่วโลก **ปัญหาไม่ได้** อยู่ที่การทำให้ประชาชนเลิกการรักษาตนเองแล้วหันกลับมาพึ่งสถานบริการทางการแพทย์ แต่อยู่ที่จะทำอย่างไรที่จะปรับระบบยาให้สามารถช่วยเสริมศักยภาพในการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีความเข้มแข็งควบคู่ไปกับการมีความปลอดภัยในการใช้ยารักษาตนเอง

หากผลการศึกษาวิจัย ประสพการณ์ และการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจะให้บทเรียนเกี่ยวกับการแก้ปัญหาอันตรายจากการใช้ยาในชุมชนกับเราได้บ้าง บทเรียนนั้นก็คือ การแก้ปัญหาด้วยมาตรการระดับท้องถิ่นที่ผ่านมาไม่เคยปรากฏว่ามีพื้นที่ใดทำได้สำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นการจัดตั้งกองทุนยา การใช้มาตรการด้านการสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ การรณรงค์รูปแบบต่างๆ การส่งเสริมยาสามัญประจำบ้านเพื่อทดแทนยาอันตราย หรือการใช้มาตรการทางกฎหมาย การดำเนินการทั้งหลายทั้งปวง

ดังกล่าวจะไม่มีทางแก้ปัญหาได้หากไม่มีการแก้ไขที่ตัวระบบยา โดยจะต้องสร้างระบบยาที่สามารถกระจายยาที่มีความปลอดภัยสูงและสอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วยและความต้องการของประชาชนให้ทั่วถึง ในขณะเดียวกันยาที่เป็นอันตรายและกลุ่มยาที่มีได้มีไว้สำหรับให้ประชาชนซื้อหาใช้เองจะต้องมีการควบคุมที่เด็ดขาด

ในขณะที่ระบบเศรษฐกิจสังคมที่เป็นอยู่ได้ทำให้ภาคเกษตรและชนบทมีความเป็นอยู่ที่ล้าหลัง เสียเปรียบ และต้องดิ้นรนต่อสู้กับโครงสร้างผลประโยชน์ที่เอื้อต่อภาคอุตสาหกรรมและภาคเมือง ชาวนชนบทมีวิถีชีวิตที่ต้องพึ่งยา ในสภาพการณ์เช่นนี้ระบบยาที่ปล่อยให้มียาอันตรายกระจายอยู่และหาซื้อได้ทั่วไปเป็นระบบที่ซ้ำเติมชาวนชนบทและจำเป็นต้องแก้ไข ข้อเสนอที่ดีที่สุดในการแก้ไขระบบยาซึ่งมีการเสนอมาแล้วซ้ำอีกแต่ยังไม่มี การนำลงมือแก้ไขอย่างจริงจังคือ การจัดกลุ่มยาใหม่ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยให้จัดเป็นยากลุ่มที่ประชาชนสามารถซื้อหาได้ให้สามารถมีจำหน่ายอย่างทั่วถึงคล้ายกลุ่มยา OTC drugs ที่เป็นระบบสากล และกลุ่มยา Prescription drugs ที่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ (หรือบุคลากรทางการแพทย์) จึงจะสามารถซื้อหาได้ ข้อเสนอไม่ได้เป็นข้อเสนอใหม่เลย แต่เป็นข้อเสนอที่มีการเสนอมาแล้วมากกว่ายี่สิบปี

2) ระบบยากับโทษของยา

องค์ความรู้จากการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าประชาชนโดยทั่วไป และโดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวนชนบทมีทัศนคติต่อยาที่ผิดพลาด กล่าวคือ มีทัศนคติที่ไม่ตระหนักถึงโทษหรืออันตรายอันอาจเกิดจากการบริโภคยา คดีเรื่อง “โทษของยา” ที่ขาดหายไปจากระบบวิธีคิดเกี่ยวกับยาในสังคมไทยทำให้มีการใช้ยาอย่างขาดความระมัดระวังเกิดขึ้นโดยทั่วไปทั้งในภาควิชาชีพ (Professional sector) และในภาคประชาชน (Popular sector) กล่าวสำหรับภาคประชาชนนั้น ทัศนคติดังกล่าวเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิงจาก

เดิมเมื่อครั้งการแพทย์ตะวันตกเริ่มได้รับการนำเข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทยใหม่ๆ ที่คนไทยไม่นิยมและไม่เชื่อถ้อยยาฝรั่งเลย กลายเป็นเห็นยาฝรั่งเป็นคำตอบสำเร็จรูปของปัญหาความเจ็บป่วย ทักษะของชาวบ้านที่ใช้ยาอย่างไม่เห็นโทษนี้ไม่ได้เกิดขึ้นลอยๆ แต่เป็นผลจากการปลูกฝังทักษะใหม่โดยผ่านสถาบันและบุคลากรทางการแพทย์ในยุคแรกของประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในไทย และในระยะหลังผ่านภาคธุรกิจยาที่มีการโฆษณาเป็นเครื่องมือ

ผลลัพธ์ก็คือยาสมัยใหม่กลายเป็นของวิเศษที่มีแต่ด้านดี และมีสถานะเป็นตัวแทนรูปธรรมที่สำคัญที่สุดของการรักษาโรค จนเกิดคำกล่าวที่ว่า “No cure of disease is possible unless drugs are taken.” เวชปฏิบัติและระบบบริการทางการแพทย์ถูกพัฒนาโดยมียาเป็นแกนกลางของกิจกรรมการรักษาโรคที่เรียกกันว่าเป็น Drugs-oriented health care system ทักษะที่เห็นยาเป็นคำตอบสำเร็จรูปดังกล่าวเป็นอุปสรรคใหญ่ต่อการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม เพราะเป็นทักษะที่ปฏิเสธทวิลักษณ์ของยาคือลักษณะสองด้านของยาที่มีทั้งคุณและโทษ การแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจะต้องสร้างทักษะขั้นพื้นฐานในเรื่องโทษของยาให้แก่สังคมโดยรวม ซึ่งรวมทั้งสถาบันทางการแพทย์ องค์กรที่รับผิดชอบระบบยา และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้วย การสร้างสัมมาทักษะให้สังคมเห็นทวิลักษณ์ของยานี้ไม่ใช่การปรับเปลี่ยนทัศนคติของชาวบ้าน ทั้งนี้เพราะทักษะของชาวบ้านนั้นเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำของกลไกและโครงสร้างระดับมหภาค การสร้างทักษะที่ถูกต้องของสังคมนี้จะต้องเน้นย้ำใน 2 ประเด็นให้ชัดเจน คือ (1) โทษของยา และ (2) ไม่จำเป็นไม่ควรใช้ยา

การแก้ไขทักษะของสังคมจะต้องมีการปรับเปลี่ยนในระดับโครงสร้างและหน้าที่ขององค์กรที่รับผิดชอบระบบยา และจะต้องเป็นการเคลื่อนไหวในระดับมหภาคพร้อมกันทั้งหมด ไม่ใช่ให้แต่ละจังหวัด อำเภอ หรือ

ตำบลไปรณรงค์กันเอง ทั้งนี้เพราะมาตรการระดับท้องถิ่นเหล่านี้ได้รับการพิสูจน์ในการดำเนินงานที่ผ่านมาแล้วว่าไม่สามารถต้านกระแสวัฒนธรรมการแพทย์ที่เน้นยาเป็นทางออกหลักของปัญหาสุขภาพที่มาจากระดับมหภาคได้ การปรับในระดับโครงสร้างที่จะแก้ไขจิตสำนึกของสังคมจะทำได้โดย

(1) องค์การสูงสุดที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ ทั้งกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และมหาวิทยาลัย จะต้องปรับโครงสร้างให้มีองค์กรที่มีบทบาทเด่นชัดและดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องในการตอกย้ำให้เห็นโทษของยา รวมทั้งการส่งเสริมมาตรการทางสุขภาพที่ไม่ใช้ยา ทั้งนี้เพื่อให้เรื่องโทษของยาปรากฏและถูกย้ำเตือนอย่างต่อเนื่องจากองค์กรที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพอยู่เสมอ

(2) การกำหนดเพียงแค่ว่าให้ฉลาก เอกสารกำกับยา และการโฆษณาในทุกรูปแบบจะต้องมีการระบุคำเตือน ข้อห้าม และข้อควรระวังให้ชัดเจนเท่านั้น ปรากฏว่ายังไม่เพียงพอที่จะสร้างความระมัดระวังในการใช้ยาของประชาชนได้ จะต้องกำหนดให้การระบุคำเตือน ข้อห้าม และข้อควรระวังมีสัดส่วนขนาดพื้นที่ที่ใช้พิมพ์ หรือภาพและเสียงในโฆษณาทีวี และวิทยุเป็นสัดส่วนช่วงเวลาที่มาพอเช่นเดียวกับการระบุภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อปลูกฝังทัศนะเรื่องโทษของยา และให้สังคมเกิดจิตสำนึกที่มีความระมัดระวังในการใช้ยา มาตรการนี้มีใช้มุ่งความสำคัญที่ทำให้ประชาชนระมัดระวังในการใช้ยาชนิดหรือประเภทที่กำลังโฆษณา แต่เป็นมาตรการที่หวังผลระยะยาวในการปลูกฝังสำนึกอย่างใหม่ที่ใช้อยู่ด้วยความระมัดระวัง

(3) ควรกำหนดให้งดการโฆษณายาในกลุ่มที่ไม่ได้มีไว้สำหรับให้ประชาชนไปซื้อหาใช้เองจากร้านยา และกลุ่มยาที่มีงานวิจัยทางระบาดวิทยาที่เชื่อถือได้ว่า มีการใช้ผิดๆ หรือไม่เหมาะสมอันอาจก่อโทษแก่

ประชาชนได้

(4) รูปแบบของยาที่จะจำหน่ายโดยตรงให้ประชาชนจะต้องมีบรรจุภัณฑ์ที่สามารถระบุค่าเตือน ข้อห้าม และข้อควรระวังให้เห็นได้ชัดเจน

(5) ลดผลตอบแทนจูงใจ (Incentive) ที่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้บริหารได้จากการสั่งจ่ายยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่แพทย์ใช้การจ่ายยาและคิดค่ายาเป็นค่าตรวจรักษาทำให้ต้องมีการจ่ายยาทุกครั้งที่มีการตรวจรักษา ยาจึงมีสถานะเป็นตัวแทนของกระบวนการรักษาและกลายเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ ระบบค่าตอบแทนดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปลูกฝังทัศนคติที่เห็นทวิลักษณ์ของยา

(6) เพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินการของศูนย์ติดตามอาการ ไม่เพียงประสงค์จากการใช้ยา ควบคู่ไปกับการส่งเสริมการวิจัยทางระบาดวิทยา เพื่อให้สามารถทราบถึงความชุกและอุบัติการณ์ของผลเสียที่เกิดจากการใช้ยาในลักษณะต่างๆ รวมทั้งกลวิธีอื่นๆ ที่จะช่วยให้กลไกการรายงานเมื่อพบปัญหา (Negative feedback loop) ของระบบยามีประสิทธิภาพมากขึ้น

(7) เสริมบทบาทองค์กรวิชาชีพ และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของยาให้ทั่วถึง รวมทั้งแสวงหามาตรการทางสังคมใหม่ๆ เช่น การทำประชาพิจารณ์ การใช้ประโยชน์จาก พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารทางราชการ การตั้งกลุ่ม Watchdog เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในระบบยา

(8) ส่งเสริมทางเลือกในการรักษาโรคโดยไม่ใช้ยาสำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง เช่น การแพทย์แผนไทย การนวด การใช้สมุนไพร การฝึกสมาธิ หรือการบริหารโดยให้ผสมผสานกับระบบแพทย์สมัยใหม่

3) โครงสร้าง กลไก และกระบวนการเชิงนโยบาย (Structure and Policy Processes)

ข้อเสนอกว้างๆ ที่ให้พัฒนาโครงสร้างและกลไกในระดับนโยบายที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นข้อเสนอแบบกำปั้นทุบดิน ปัญหาก็คือจะพัฒนา กลไกในระดับนโยบายอย่างไรให้มี Accountability มากขึ้น ซึ่งหากไม่มีการปรับกลไกในระดับนโยบายและโครงสร้างระดับนโยบาย ข้อเสนอต่างๆ ทั้งหมดก็ไม่มีหลักประกันว่าจะมีการนำไปปฏิบัติหรือแม้แต่นำไปพิจารณาได้ หากพิจารณาจากประสบการณ์ในอดีตจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า กลไกในระดับนโยบาย ตลอดจนตัวนโยบาย รวมทั้งแผนงานโครงการต่างๆ ในการแก้ปัญหายาล้วนแต่มีวิธีคิดที่ใช้รัฐเป็นศูนย์กลาง หรือ State centered approach ตัวอย่างของแนวคิดดังกล่าวมีอยู่ทั่วไปเช่นที่ปรากฏในข้อเสนอแนะของคณะทำงานย่อยเพื่อศึกษาวิเคราะห์นโยบายแห่งชาติ ด้านยาในรายงานระบบยาของประเทศไทย (สุวิทย์ บก. 2537: 130) ข้อเสนอแนะดังกล่าวมุ่งให้มีการพัฒนากลไกรัฐทั้งในระดับองค์กรที่รับผิดชอบ นโยบาย การประสานงาน (ระหว่างหน่วยงานรัฐ) การพัฒนาประสิทธิภาพของหน่วยงาน (รัฐ) ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนการดำเนินการให้หน่วยงานรัฐมีกฎระเบียบและแผนงานโครงการในทิศทางเดียวกัน

ที่ยกตัวอย่างมานี้ไม่ได้หมายความว่านโยบายและแผนงานโครงการต่างๆ ได้มีการดำเนินการตามข้อเสนอที่ว่านี้จนมีลักษณะ State-centered ไปหมด แต่ข้อเสนอนี้เป็นตัวอย่างของวิธีคิดชุดหนึ่งที่มีอยู่ร่วมกันของผู้บริหารและนักวิชาชีพที่รับผิดชอบระบบยาที่ไม่คิดตั้งคำถามกับกลไก การปฏิบัติงาน (Operational model) ที่มีรัฐเป็นศูนย์กลางนี้ กระบวนการแก้ปัญหาแบบนี้มีวัฏจักรที่ไม่สิ้นสุด กล่าวคือ เมื่อมีปัญหาอันเกิดจากระบบ รัฐบาลประสิทธิภาพที่จะทำหน้าที่ควบคุมแก้ไขปัญหา ก็จะเสนอแนวทางแก้ไขโดยการเพิ่มบทบาทหน้าที่ของรัฐ เช่น เพิ่มนโยบาย เพิ่มแผนงาน

โครงการ เพิ่มกลไกการประสานงาน เพิ่มงบประมาณ หรือเพิ่มอัตรากำลังคนให้มากยิ่งขึ้น เมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้อีกก็เสนอให้เพิ่มอำนาจหน้าที่ของรัฐอีก โดยไม่มีการตั้งคำถามกับ model ที่มีรัฐเป็นศูนย์กลางนี้ วิธีคิดนี้ได้กลายเป็นวิธีคิดหลักและทำให้องค์กรด้านการคุ้มครองผู้บริโภคนอกภาครัฐไม่มีการเติบโตควบคู่ไปกับการเติบโตของภาครัฐและภาคธุรกิจ หากพิจารณาจากตัวอย่างความสำเร็จในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาเช่น การแก้ไขปัญหายาแก้ปวดสูตรผสมเฮพรีซินสำเร็จนั้น การเคลื่อนไหวเพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยพลังภาคสังคมที่ประสานและกดดันพลังในระบบจึงสามารถผลักดันการแก้ปัญหายาที่ยากที่สุดและมีผลประโยชน์มากที่สุดเรื่องหนึ่งจนสำเร็จ

ทิศทางที่ควรเร่งรัดในการพัฒนากลไกในระดับนโยบายคือ ด้านหนึ่งจะต้องลดความเป็นรัฐ-ราชการของกลไกที่ใช้ควบคุมระบบยา ลง ในขณะที่เดียวกันจะต้องเสริมความเข้มแข็งขององค์กรนอกภาครัฐนอกภาคธุรกิจ (Non-profit private organizations) หรือองค์กรภาคประชาสังคม (Civil Society Organizations) ให้มีบทบาทมากขึ้น ซึ่งจะต้องดำเนินการในหลายระดับ คือ

(1) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้มีความพยายามที่จะปรับสถานะสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไปเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐ โดยคาดว่าจะการแปรรูปดังกล่าวจะทำให้มีความคล่องตัวในการบริหารมากขึ้น แม้ว่าในภาครัฐจะมองการแปรรูปหน่วยงานราชการผ่านกรอบความคิดของการเพิ่มประสิทธิภาพเพื่อรองรับภาคธุรกิจและการลดภาระของทางราชการ แต่มาตรการดังกล่าวจะช่วยให้องค์กรที่รับผิดชอบสูงสุดเกี่ยวกับยา มี accountability และความโปร่งใสมากขึ้น เพราะไม่อาจหลบซ่อนหรือฝังตัวเองอยู่ในกำแพงเขาวงกตหลายชั้นของระบบระเบียบราชการ อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวควรได้รับการพิจารณาว่า ความเป็นไปได้เป็นขั้นเป็นตอนอย่างไร โดยเฉพาะ

รูปแบบองค์กรภายใต้ พ.ร.บ.องค์กรอริสระมหาชน (2541) และรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2540 กระบวนการศึกษาความเป็นไปได้ดังกล่าวควรเปิดเผยต่อสาธารณชนเพื่อให้เกิดความรอบคอบและความโปร่งใสในการตัดสินใจ

(2) รัฐธรรมนูญตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมาระบุไว้ว่าการตัดสินใจต่างๆ ของหน่วยงานที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับผู้บริโภคมจะต้องรับฟังความเห็นจากตัวแทนของผู้บริโภค (องค์กรอริสระ) แม้ว่าในทางปฏิบัติการใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 มากกว่า 10 ปี จะยังไม่มี ความชัดเจนว่าองค์กรอริสระที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญจะจัดตั้งขึ้นได้อย่างไร หรือใครบ้างจะเข้าข่ายการเป็นองค์กรอริสระ แต่ก็ควรจะตั้งศึกษารูปแบบต่างๆ ที่ตัวแทนผู้บริโภคจะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ กรณีศึกษาที่น่าจะทำให้เห็นความเป็นไปได้และปัญหาต่างๆ ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสรรงบประมาณ สปร. (สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) ซึ่งมีตัวแทนองค์กรเอกชน และสื่อมวลชนเข้าร่วม และกรณีการจัดสรรคลื่นวิทยุเงื่อนไขของรัฐธรรมนูญใหม่มีส่วนเอื้ออำนวยให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยามีประสิทธิภาพ โปร่งใส และมีความรับผิดชอบมากขึ้น เพราะหากกิจการสาธารณะที่มีผลกระทบต่อประชาชนดำเนินไปโดยไม่ฟังความเห็นขององค์กรอริสระก็อาจถูกตีความว่า เป็นการกระทำที่ขัดกับรัฐธรรมนูญได้ คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะกรรมการยา ตลอดจนกลไกนโยบายอื่นๆ จะต้องปรับวิธีทำงานให้เปิดรับความเห็นของภาคสังคมมากขึ้น กลไกเหล่านี้จะทำให้องค์กรภาคประชาสังคมเข้มแข็งขึ้นในระยะยาวด้วย

(3) ในระยะปี พ.ศ. 2540 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้แสดงจุดยืนและท่าทีที่ชัดเจนที่สุดเท่าที่เคยมีมาต่อการพัฒนาบทบาทของภาคสังคม และการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยได้ระบุอย่างชัดเจนในทิศทาง การดำเนินงานปี 2540 ว่า “ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งองค์กรเอกชนของผู้บริโภคให้มีบทบาทในการคุ้มครองและพิทักษ์ผลประโยชน์ของ

ตนในการบริโภค” (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2541: 41) และ “ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักในหน้าที่ของผู้บริโภคและกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการเรียกร้องสิทธิ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยการแจ้งข้อมูลแก่หน่วยงานของรัฐ” แม้ว่ากลวิธีจะมีความก้าวหน้าไปมากทั้งในรูปแบบการรณรงค์ทางสื่อมวลชนอย่างต่อเนื่อง การเปิดช่องทางสายด่วนผู้บริโภคหมายเลขโทรศัพท์ 1556 และสาย อย. ปกป้องสิทธิ หรือแม้กระทั่งถึงขั้นมีการแก้ไขระเบียบราชการให้สามารถมอบรางวัลแก่ผู้แจ้งข้อมูลผู้กระทำผิด แต่กลไกดังกล่าวดูเหมือนจะให้ผลดีขึ้นตามลำดับเฉพาะในเขตเมืองที่คนชั้นกลางมีความตื่นตัวต่อสุขภาพและสิทธิของผู้บริโภคสูงขึ้นเท่านั้น ในการที่จะส่งเสริมกลไกดังกล่าวให้มีขึ้นในชนบทนั้น เนื่องจากองค์กรเอกชนอิสระในภาคชนบทยังไม่มี การจัดตั้งที่เข้มแข็ง จำเป็นต้องส่งเสริมองค์กรเอกชนให้เป็นปากเสียงแก่ชาวชนบท และควรประสานความร่วมมือกับประชาคม องค์กรชุมชนต่างๆ และเครือข่ายองค์กรชาวบ้านในภาคชนบทที่เริ่มตื่นตัวมากขึ้นในปัจจุบัน

(4) แม้ว่าประเด็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจะมีความสำคัญ แต่จุดยุทธศาสตร์ของการแก้ปัญหาต้องอยู่ที่การปรับโครงสร้างและกลไกการตัดสินใจที่จะสามารถรับผิดชอบต่อสาธารณะได้ดีขึ้น ประเด็นเชิงนโยบายต่างๆ ที่มีการเสนอไว้มากมายในรายงานการวิจัยและรายงานการประชุมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดกลุ่มยาใหม่ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชนบท การจัดทำบัญชียาหลัก การบังคับใช้ชื่อสามัญทางยา (Generic name) ล้วนแต่ต้องการกลไกเชิงระบบที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ จึงจะสามารถทำให้เกิดสัมฤทธิ์ผลได้

4) ระบบยากับระบบเศรษฐกิจสังคม

งานศึกษาวิจัยทั้งในประเทศไทยและจากทั่วโลกระบุอย่างชัดเจนว่า การใช้ยาผิดๆ นั้นเป็นผลลัพธ์มาจากระบบเศรษฐกิจสังคมและ

โครงสร้างการผลิตที่บ่งการวิถีชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งชีวิตของชนชั้นที่ด้อยโอกาสหรือเสียเปรียบทางเศรษฐกิจ สังคมเกษตรที่ผลิตเพื่อขายโดยเฉพาะการเกษตรที่ปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยว ชาวนา และแรงงานรับจ้างต้องดำเนินชีวิตโดยพึ่งพายาแก้ปวด คนขับรถบรรทุกสลิปล้อหรือรถโดยสารต้องใช้อยาชาูกำลังเพื่อให้ทำงานได้ทน แม่บ้านที่มีความวิตกกังวลสูงและมีอำนาจต่อรองในครอบครัวและสังคมต่ำ ต้องใช้อยาชุดเพื่อคลายความวิตกกังวลและให้นอนหลับได้ ข้อเท็จจริงเหล่านี้เป็นที่รับรู้กันอยู่โดยทั่วไป แต่กลไกของระบบยายังไม่สามารถเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหาเหล่านี้แล้วแก้ไขปัญหาคิดอย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่จะทำได้ดูเหมือนจะมีเพียงการให้สุศึกษาแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องหรือการเสนอแนะเทคนิคทางสุขภาพอื่นๆ ในการแก้ปัญหาคความเจ็บป่วยแทนการใช้ยาอันตราย เช่น การนวด การบริหาร หรือการใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น

การจัดการปัญหาการใช้ยาแบบแยกส่วนตัดตอนจากสาเหตุทางสังคมเช่นนี้ ไม่สามารถแก้ปัญหาคการใช้ยาคอนมีรากเหง้าจากระบบเศรษฐกิจสังคมได้ ปัญหาคมีอยู่ว่าในโครงสร้างระบบราชการที่แยกส่วนรับผิดชอบ องค์การที่รับผิดชอบระบบยาจะเข้าไปมีส่วนในการปรับเปลี่ยนระบบเศรษฐกิจสังคม หรือระบบการผลิตอย่างไร? หากการส่งเสริมอุตสาหกรรมเกษตรเช่นไร่อ้อยหรือการที่ราคาข้าวตกต่ำลงทำให้เกษตรกรชาวนาคต้องบริโภคยาอันตรายมากขึ้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือคณะกรรมการแห่งชาติด้านยาจะทำอะไรได้บ้าง? แม้ว่าการดำเนินการโดยตรงในด้านที่เกี่ยวกับทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอาจเป็นไปได้ยาก แต่ก็มีการหลายประการที่เป็นไปได้ ตั้งแต่การควบคุมยาอันตรายให้รัดกุมขึ้นจนถึงการปรับบทบาทขององค์การที่รับผิดชอบด้านยาให้สามารถดำเนินการมาตรการทางสังคมมากขึ้น

(1) องค์การที่รับผิดชอบด้านยาต้องเข้มงวดกวดขันเรื่องการควบคุมมิให้ยาอันตรายสามารถมีอยู่ทั่วไปและซื้อหาได้อย่างอิสระ รวมทั้งลด

ปัจจัยที่จะทำให้ยาอันตรายแพร่หลาย (กรณีการอนุญาตให้ piroxicam ผลิตในบรรจุภัณฑ์ที่คล้ายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จๆ เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีในเรื่องนี้) ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้ยาที่มีประสิทธิภาพดีแต่มีขอบเขตความปลอดภัยสูงกว่าให้มีราคาถูกลงและกระจายให้ทั่วถึง ทั้งนี้ข้อเสนอเรื่องการจัดกลุ่มยาใหม่ในลักษณะ OTC และ Prescription drugs จะต้องได้รับการพิจารณา

(2) องค์กรที่รับผิดชอบด้านยา โดยเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะต้องแสดงบทบาทการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ โดยจะต้องสามารถแสดงความเห็นอิสระที่อาจไม่เห็นด้วย หรือแสดงความเห็นทักท้วง ต่อนโยบายการพัฒนาที่อาจทำให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่ด้อยโอกาสและไม่สามารถป้องกันตัวเองได้เท่าที่ควร

(3) แม้ว่าองค์กรที่รับผิดชอบด้านยา หรือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะไม่มีกลไกของตนโดยเฉพาะที่จะเข้าไปส่งเสริมวิถีชีวิตหรือวิธีการผลิตที่ลดการใช้ยาอันตรายได้โดยตรง แต่ก็สามารถประสานงานหรือสนับสนุนแผนงานโครงการต่างๆ ที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการอยู่เพื่อส่งเสริมทางเลือกวิถีชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งยามากนัก เช่น การส่งเสริมเศรษฐกิจพอเพียง การเกษตรแบบพึ่งตนเอง ธุรกิจชุมชน การเกษตรปลอดสารเคมี หรือเกษตรทางเลือกต่างๆ บนพื้นฐานที่ว่าวิถีชีวิตดังกล่าวช่วยลดการบริโภคยาอันตรายได้ เช่นเดียวกับที่การไฟฟ้าฝ่ายผลิตออกมามีบทบาทสนับสนุนการบริโภคข้าวกล้อง ด้วยเหตุผลของการประหยัดพลังงานที่ต้องใช้จากการสีข้าว การสนับสนุนทางเลือกเหล่านี้ยังมีความสำคัญในเชิงสัญลักษณ์ที่ช่วยเสริมกระแสที่ต้องการปลูกฝังคติเรื่องอันตรายจากยาอีกด้วย

(4) กลไกสาธารณะสุขที่รับผิดชอบการปฏิบัติตามนโยบายคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาต้องทำหน้าที่ประสานงานกับกลุ่ม องค์กร หรือสมาคมที่

เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น สมัชชาเกษตรกรรายย่อย สมาคมพ่อค้าอ้อย โดยการประสานงานนี้ต้องเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่เป็น Working relationship ระยะยาว ไม่ใช่เป็นการไปสอนสุขศึกษาหรือจัดประชุมชี้แจงโทษของยาเป็นคราวๆ แต่เป็นการร่วมกันทำงานแบบภาคีสุขภาพ หรือแนวร่วมเพื่อสุขภาพ (Alliance for Health) เพื่อหาทางออกร่วมกัน โครงการพัฒนาร้านขายยาให้เป็นสถานบริการสาธารณสุขชุมชนเป็นตัวอย่างที่ดีของ Approach นี้

(5) จำเป็นต้องพัฒนานโยบายและระเบียบที่ใช้ควบคุมการค้ากับยาให้มีความศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าต้องมีเจ้าหน้าที่ไปเฝ้าติดตามตรวจร้านขายยาตลอดเวลา แต่จะต้องทำให้กฎหมายเป็นสิ่งที่ต้องร้องไม่ได้ โดยมาตรการลงโทษที่เด็ดขาด ไม่ใช่มีแต่การประนีประนอมอย่างที่เป็นอยู่ โดยรูปแบบการดำเนินการไม่ควรใช้นักวิชาชีพด้านการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์ที่ทำงานในระดับท้องถิ่นเป็นผู้บังคับใช้กฎหมาย

5) ระบบยาและระบบสาธารณสุข

ระบบบริการและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งระบบการควบคุมยามีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการใช้ยาของชุมชน งานวิจัยหลายชิ้นทั่วโลกยืนยันให้เห็นว่า พฤติกรรมขององค์กรและบุคลากรทางการแพทย์นั้นถูกกำหนดจากระบบการจ่ายค่าตอบแทนประเทศที่แพทย์ได้รับค่าตอบแทนจากการจ่ายยา มีแนวโน้มที่แพทย์จะจ่ายยาปริมาณมากและราคาแพงกว่ามาก ในขณะที่เดียวกันชาวบ้านก็เรียนรู้จากระบบบริการและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย คุณภาพการบริการทั้งด้าน availability, accessibility, affordability และ acceptability ล้วนแต่มีผลต่อการเลือกแหล่งบริการสุขภาพของชาวบ้าน นอกจากนั้น พฤติกรรมของระบบการควบคุมยาที่แสดงออกผ่านพนักงานเจ้าหน้าที่ก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของแหล่งกระจายยาและมีผลไปถึง

พฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้านอีกทอดหนึ่ง การปรับระบบบริการและระบบการควบคุมยาจึงมีส่วนเสริมกันและต้องทำไปด้วยกัน

(1) การเน้นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการปลูกฝังเรื่องโทษของยาแก่ผู้มารับบริการ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับพฤติกรรมของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการนอกภาครัฐ (Private practice) ที่มักมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ให้ลดการจ่ายยาที่ไม่จำเป็นลง

(2) ควรให้แพทย์และเภสัชกรทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันมากขึ้น การที่เภสัชกรมีบทบาทมากขึ้นในคลินิก จะช่วยให้แพทย์ระมัดระวังในการสั่งจ่ายยา และสามารถปรึกษาเภสัชกรเพื่อเลือกใช้ยาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยควรสนับสนุนให้สถานบริการทุกระดับให้มีการประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation, DUE) ด้วย กรณีโรงพยาบาลศูนย์ลำปางที่ดำเนินงานด้านเภสัชกรรมคลินิก (Clinical pharmacy) ได้ผลสำเร็จเป็นตัวอย่างของความเป็นไปได้ในเรื่องนี้

(3) ระบบการผลิตบุคลากรทางการแพทย์จะต้องปลูกฝังทัศนคติต่อยาที่ถูกต้อง และจะต้องให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ในเรื่องทางเลือกในการรักษาพยาบาลที่ไม่ใช้ยา และการใช้การรักษาแบบอื่นๆ เพื่อทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น การใช้สมุนไพรที่ปลอดภัย การนวดพื้นบ้าน เพื่อลดลักษณะ Drugs-oriented ของระบบบริการ

(4) ควรส่งเสริมความนิยมเรื่องยาสามัญประจำบ้านอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการลดระเบียบกฎเกณฑ์จุกจิกในการผลิตและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านเพื่อให้ภาคธุรกิจสามารถช่วยส่งเสริมความนิยมของการใช้ยากลุ่มนี้

(5) จากการศึกษาพบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่นมีความรู้สึกขัดแย้งกับการแสดงบทบาทการออกตรวจจับร้านขายยาหรือร้านชำที่กระทำการฝ่าฝืนกฎหมาย ทางออกสำหรับเรื่องนี้ควรเน้นบทบาทในการออกตรวจจับของพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง โดยให้มีการ

ลงโทษที่รุนแรงเป็นแบบอย่างในกรณีที่มีการตรวจพบว่าทำผิด แต่ไม่จำเป็นต้องเน้นการจับและดำเนินการทางกฎหมาย (เปรียบเทียบปรับหรือดำเนินคดี) ให้ได้จำนวนมากๆ ในส่วนภูมิภาคนั้นควรเน้นให้พนักงานเจ้าหน้าที่ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคโดยการสร้าง Working Relationship กับสถานที่จำหน่ายยา และองค์กรท้องถิ่นต่างๆ เช่น สมาคม และชมรมร้านขายยา เป็นต้น โดยใช้มาตรการทางสังคมอื่น ๆ ในการควบคุมพฤติกรรมของแหล่งกระจายยา

4. สถานะงานวิจัยที่เป็นอยู่

แม้ว่างานวิจัยทางสังคมศาสตร์ในยุคแรกๆ ที่ศึกษาชีวิตชุมชนเมื่อหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยคณะผู้วิจัยของมหาวิทยาลัยคอร์เนลล์ สหรัฐอเมริกา จะมีการกล่าวถึงการดูแลสุขภาพและการรักษาตนเองของชุมชนไทยภาคกลางอยู่บ้าง แต่การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาที่ถือเป็นงานสำคัญชิ้นแรกๆ คืองานของ Cunningham เรื่อง “Thai Injection Doctors” ซึ่งตีพิมพ์ในปี 1970 งานชิ้นนี้ชี้ให้เห็นถึงความนิยมและการแพร่หลายของยาฉีดในชุมชนชนบท หลังจากนั้นได้มีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (Health seeking behavior) และพฤติกรรมการใช้ยาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนมากเป็นงานวิจัยเล็กๆ การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมามีข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ

- 1) ไม่มีแผนงานวิจัยระดับชาติเรื่องปัญหาการใช้ยาที่กำหนดทิศทางการวิจัย เพื่อที่จะทำให้สามารถประมวลและประเมินสภาพปัญหาการใช้ยาในชุมชนอย่างเป็นระบบและทันต่อสถานการณ์งานวิจัยส่วนมากเป็นการศึกษาชิ้นเล็กๆ ที่แยกกันทำอย่างกระจัดกระจาย

- 2) แม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในชุมชนอยู่มาก แต่ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่เป็นที่

เชื่อก็คือ การที่ไม่มีการตีพิมพ์หมายความว่ากรวิจัยนั้น ๆ จะไม่ได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ (Critical review) จากชุมชนนักวิจัย และไม่มี การเผยแพร่ให้เกิดการใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

3) งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชนส่วนมากเป็นงานที่ศึกษา โดยบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นข้าราชการในระบบที่มีส่วนรับผิดชอบต่อ ปัญหาการใช้ยาในชุมชนที่ดำรงอยู่ การวิจัยจึงไม่ค่อยมี Critical assessment โดยเฉพาะในเรื่องปัญหาของตัวระบบหรือปัญหาเชิง โครงสร้าง

4) การวิจัยนอกจากจะขาดความเป็นสหวิชาการในการวิเคราะห์ ปัญหาแล้ว คุณภาพของงานวิจัยโดยส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในเชิงระเบียบ วิธีการวิจัยอยู่มาก นอกจากนั้นงานวิจัยส่วนใหญ่ไม่สามารถสังเคราะห์ ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย (ระบบยาแบบใหม่ที่ควบคุมได้) ข้อเสนอแนะ โดยส่วนมากจะเป็นข้อเสนอแนะที่รู้กันอยู่แล้ว เช่น มาตรการให้สุศึกษา การควบคุมโฆษณา การเร่งรัดมาตรการด้านกฎหมาย หรือการจัดให้มี ทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าการใช้ยาที่มีอันตราย

5. ข้อเสนอแนะด้านทิศทางการวิจัยในอนาคต

1) จำเป็นต้องจัดให้มีแผนงานวิจัยระดับชาติที่มีทิศทางการวิจัย ที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาการใช้ยาในชุมชนได้อย่างเป็น ระบบและสามารถสังเคราะห์แนวทางใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาได้ แผนงาน วิจัยดังกล่าวยังต้องกำหนดให้มีความชัดเจนในด้านการพัฒนาบุคลากรที่ ทำการวิจัยให้มีขีดความสามารถในการวิจัยด้วย

2) ในงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชน ความรู้และการวิจัยได้ กลายเป็นเครื่องมือที่ถูกใช้เพื่อกำกับและปรับเปลี่ยน “พฤติกรรมการใช้ยา” ของชาวบ้าน ดังนั้นเป้าหมายของการวิจัยคือการศึกษากฎพฤติกรรมชาวบ้าน

ในแง่มุมต่างๆ (เช่น รู้ “พฤติกรรม” ความเชื่อ ความคิด ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติหรือ KAP) เพื่อจะได้แสวงหาแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกรอบวิธีคิดดังกล่าวนี้การวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของระบบ ในขณะที่ปัญหาที่เกิดจากความผิดปกติของระบบเองไม่อยู่ในกรอบของการวิเคราะห์หรือวิพากษ์จากมุมมองที่อิสระ ทิศทางการวิจัยในอนาคตจะต้องเน้นงานวิจัยที่วิเคราะห์โครงสร้างและพฤติกรรมของระบบองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา ทั้งเพื่อการตรวจสอบและเพื่อการปรับปรุงกลไกการปฏิบัติงาน

3) ในส่วนการวิจัยเพื่อค้นหา (Identify) ปัญหาการใช้ยาในชุมชนจำเป็นต้องเน้นความเป็นสหวิทยาการมากขึ้น โดยให้มีทิศทางการวิจัยที่มุ่งการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อให้สามารถระบุปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นแทนการระบุปัญหาโดยการอนุมานผ่านข้อมูลอื่นๆ บางตัวความสามารถในการวิเคราะห์แยกแยะปัญหาด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์จะทำให้การแก้ปัญหา มีความเฉพาะเจาะจงขึ้น การวิจัยเชิงระบาดวิทยา (Clinical epidemiology และ Pharmaceutical epidemiology) จะทำให้สามารถระบุปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น แต่ก็จำเป็นต้องมีมุมมองทางสังคมศาสตร์ด้วย เพราะในทางปฏิบัติจริงนั้นแนวทางการแก้ปัญหามักจะต้องปรับให้สมดุลระหว่างความสมเหตุสมผลทางการแพทย์กับความเป็นจริงทางสังคมเสมอ

6. ประเด็นการวิจัยที่สำคัญในแต่ละสาขาวิชาการ

1) ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

(1) ควรทำการวิจัยเพื่อให้สามารถระบุให้เฉพาะเจาะจงได้ว่าความสิ้นเปลืองจากการใช้ยาที่เป็นอยู่เป็นปัญหารุนแรงในระบบบริการสาธารณสุข หรือในการซื้อยากินเองของประชาชน มาตรการที่จะลดความความสิ้นเปลืองจากการใช้ยาควรดำเนินการในระดับใด และในการใช้ยาใน

ภาคประชาชนหรือในระบบสาธารณสุข

(2) ควรวิจัยเพื่อพัฒนาการใช้มาตรการทางการเงินการคลังสาธารณสุขในการจัดระบบค่าตอบแทนที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพการให้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ ในการควบคุมพฤติกรรมการสั่งจ่ายยา (Drug dispensing behavior) ของสถานบริการและบุคลากรทางการแพทย์

(3) ควรศึกษากลไกตลาดของยาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถใช้มาตรการด้านราคาและผลกำไรในการเสริมให้แนวคิดเรื่องการให้ยาอย่างเหมาะสมมีการบังคับใช้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

(4) ควรวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่มี Context-sensitive ซึ่งจะช่วยให้วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยา เช่น ราคายา มูลค่าการบริโภคยา มูลค่าการซื้อยากินเองของประชาชน ให้เป็นไปในมาตรฐานเดียวกันเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างประเทศและเพื่อการวางแผนการเงินการคลังด้านยา

2) ด้านระบาดวิทยา

(1) ควรพัฒนาการวิจัยและระบบงานวิจัยด้านระบาดวิทยาให้สามารถทำหน้าที่ในด้านการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยาซึ่งจะทำให้รู้สถานการณ์ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้ดีขึ้น

(2) ควรมีการวิจัยระบาดวิทยาของการใช้ยาในกลุ่มยาที่เป็นปัญหา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาชุด ยากลุ่มสเตียรอยด์ ฯลฯ เพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์ จัดลำดับความสำคัญ และประเมินผลการดำเนินงานในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

3) ด้านสังคมศาสตร์สาธารณสุข

(1) ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิเคราะห์โครงสร้างและพฤติกรรมขององค์กรหรือของระบบงานที่ทำหน้าที่ควบคุมดูแลเกี่ยวกับสวัสดิภาพการใช้ยาของประชาชนโดยนักวิจัยอิสระมากขึ้น ทั้งเพื่อการตรวจสอบและเพื่อการปรับปรุงกลไกการปฏิบัติงานของระบบการควบคุมยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

(2) ควรวิจัยเพื่อแก้ปัญหาระบบบริการสุขภาพที่เน้นยาเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะการศึกษาให้เข้าใจถึงกลไกที่ทำให้เกิดการเสริมซึ่งกันและกันระหว่างระบบเวชปฏิบัติที่เป็นอยู่โดยเฉพาะในภาคเอกชนกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของชุมชน

(3) ควรวิจัยว่าข้อเสนอเรื่องการแยกหน้าที่ระหว่างเภสัชกรกับแพทย์ให้ชัดเจนจะมีส่วนช่วยให้คุณภาพการใช้ยาในชุมชนดีขึ้นหรือไม่อย่างไร

(4) ควรวิจัยทบทวนองค์ความรู้ระดับสากลเรื่องรูปแบบการจัดตั้งองค์กรที่รับผิดชอบด้านยาว่ามีทางเลือกอย่างไรบ้าง และลักษณะใดจะเกื้อกูลต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในสังคมไทยได้ดี

(5) ควรศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้กลไกท้องถิ่นในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของชุมชนและประชาคมท้องถิ่น และ non-state actors ต่างๆ

(6) ควรศึกษาเพื่อรวบรวมมาตรการทางสังคมรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาแนวทางที่ภาคสังคมจะสามารถมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น เช่น เงื่อนไขและความเป็นไปได้ของการใช้กลไกประชาพิจารณ์ในการรับฟังความเห็นของผู้บริโภค การใช้ Ethical codes of conduct และ Social sanction รูปแบบต่างๆ (เช่น ในกรณี UNICEF ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมและมาตรการการโฆษณาของบริษัทยา) หรือรูปแบบที่เป็นไปได้ในการมีส่วนร่วมผ่าน พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสาร พ.ร.บ.องค์กรมหาชน และ

รัฐธรรมนูญใหม่

(7) ควรศึกษารูปแบบและลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของ Pharmaceutical transaction แบบต่างๆ เพื่อเข้าใจบริบททางสังคมและปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของการ “แลกเปลี่ยน” หรือ “การซื้อขาย” เช่น ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ซื้อและผู้ขาย อำนาจในการตัดสินใจเลือกยา ความคาดหวังและสิ่งที่ได้รับ ตลอดจนการแลกเปลี่ยน “ความหมาย” หรือ “คำอธิบาย” เกี่ยวกับโรคและยา ความรู้ที่รอบด้านมากขึ้นจะช่วยให้การปรับระบบบริการสาธารณสุขและระบบยาสอดคล้องกับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของ Pharmaceutical transaction แบบต่างๆ ได้มากขึ้น



บรรณานุกรม

- กนิษฐา ปิงสุทธีวงศ์, จัญจรี เรืองวิเศษ และรัตนภรณ์ อาวิพันธ์. (2535). *การวิเคราะห์โฆษณาที่เผยแพร่ทางวิทยุโทรทัศน์*. ปรินญา นิพนธ์การศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข. (2539). *โครงการร้านค้า ตัวอย่าง ปีงบประมาณ 2539*. รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม.
- กลุ่มศึกษาปัญหาฯ. (2536). *ไต้พัยโรน มาตรการคุ้มครองผู้บริโภค*. เอกสารประกอบการสัมมนา โครงการเวทีวิชาการกลุ่มศึกษา ปัญหา ณ ห้องประชุมสารนิเทศ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 3 ตุลาคม 2536.
- กองควบคุมยา. (2542). *ฐานสถิติข้อมูลด้านยา*. กองควบคุมยา [www.fda.moph.go.th/fda-net/html/product/drug/fda_drug/] สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2542.
- กองควบคุมยา. (2550ก). *สถิติข้อมูลด้านยา*. กองควบคุมยา [http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001.asp] สืบค้นเมื่อ วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2550.

- กองควบคุมยา. (2550ข). สถิติข้อมูลด้านยา. กองควบคุมยา [http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_drug/dru001.asp?]
สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2550.
- การุณ ไทยเสรีกุล และวิทยา ศิริสัจจวัฒน์. (2535). อิทธิพลของสื่อมวลชนที่มีต่อการบริโภคยาของประชาชนที่มาซื้อยาจากร้านขายยาของคนต่างจังหวัด (ภาคใต้). รายงานการศึกษาวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย. (2539). ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โกศล ฉันทจิรธรรม, ชูยศ หาญประมุขกุล และอานนท์ จรุงเรืองทรัพย์. (2530). การรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยตนเองของประชาชนในเขตกทม. โครงการพิเศษ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. (2542). “บัญญัติสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน”. ใน บัญชีหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542. กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะทำงานเพื่อวิเคราะห์นโยบายแห่งชาติด้านยา. (2536). รายงานผลการศึกษาวเคราะห์นโยบายแห่งชาติด้านยา. รายงานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี และคณะ. (2535). พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดชนิดของของผู้ใช้แรงงานในชนบทและชุมชนแออัด. รายงานการวิจัย แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- จริยวัตร คมพัยค์, ปราณี เทียมใจ และสุปราณี ชุคล้าย. (2527). ระบาดวิทยาการใช้ยาระงับปวดและลดไข้ของผู้ประกอบอาชีพเก็บจักยานสามล้อในจังหวัดนครราชสีมา. รายงานการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรรยา ยณะสาร. (2538). การใช้ยาของประชาชนบ้านห้วยน้ำดัง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์, วิณา ศิลปอาชา, รุ่งรวี เต็มศิริฤกษ์กุล และยุวดี เชี่ยววัฒนา. (2524). การใช้ยาชุดรักษามาลาเรียของชาวชนบท. รายงานการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิระ วิภาสวงศ์, สุรัชย์ นิยมไพบูลย์วัฒน์, อินทริยา อินทพันธุ์ และคณะ. (2537). พฤติกรรมผู้ขายที่ใช้ยาคุมกำเนิดเพื่อบำบัดรักษาโรคกระเพาะอาหารอักเสบ: กรณีศึกษาหมู่บ้านน้ำดิบน้อย ตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน.

จุไรรัตน์ นันทานิช, ระพีพรรณ ฉลองสุข และวิเชียร ลีลาสง่าลักษณ์. (2535). การศึกษาวิจัยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของประชาชน ที่มีต่อกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านในเขตจังหวัดนครปฐม. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร.

เจริญชัย ตันตระกูลรัตน์. (2534). “สถานการณ์การใช้ยาและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาทางสาธารณสุขมูลฐาน”. ใน รายงานการสัมมนา เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาทางสาธารณสุขมูลฐาน ปัญหาและทางออกในแผนฯ 7. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข.

ฉลอง อัครชินเรศ, นครินทร์ บุญชัยแสน, ดรุณี วงศ์มีเกียรติ, ระพีพรรณ ศิรินารถ, สุทธิพร ชมภูศรี และอัมพร ศรีกุล. (2536). การแก้ปัญหาการซื้อ - การขายยาที่ไม่เหมาะสมในหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลจำป๋าหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.

ฉลาดซื้อ. (2539). “ยา ทางแพร่ของสวรค์และนรก”. ฉลาดซื้อ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 13 (มิ.ย.-ก.ค.) น. 29-38.

ชนิดา พงศ์สงวนสิน และคณะ. (2529). การรักษาโรคติดเชื้อด้วยตนเอง ของประชาชน. รายงานการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชาญชัย จารุภาชนัน, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, นงลักษณ์ ช่วยนา, วิบูลย์ วัฒนนามกุล และสุพัฒนา ขาติปัญญาชัย. (2535). พฤติกรรม การใช้ยาหลังตัดคาเฟอีนออกจากตำรับยาของผู้เคยใช้ยาแก้ปวด ผสมคาเฟอีนเป็นประจำ: กรณีศึกษา 10 หมู่บ้าน อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชาญชัย วสุธาลักษณ์นันท์, สมบัติ รุ่งศิลป์, บรรจง ฉายบุญ และคณะ. (2536). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคยาจากร้านชำของประชาชน จังหวัดพัทลุง. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533). “การดูแลสุขภาพตนเองพร้อมแดนความรู้”. ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, (บรรณาธิการ). ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ศูนย์ศึกษานโยบาย สาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, ลือชัย ศรีเงินยวง และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2536). สถานการณ์ยาและกองทุนยาในชนบท. รายงานการวิจัย ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธงไช กาญจน์ภาส, ประทีป เมฆประสาน, พิบูล กมลเพชร, วงศ์นี้ กุลพรม และคำพันธ์ เจริญทรัพย์. (2534). การสนับสนุนการใช้ยาสามัญ ประจำบ้าน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.

- ธงไชย กาญจน์ภาส, พวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และพรทิพย์ สุประดิษฐ์. (2534) การสนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.
- นัตตา ปิยานนท์. (2529). การศึกษาผลการจัดบริการ “มุมขายยา” ของโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 7 ราชบุรี. รายงานการวิจัย ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 7 ราชบุรี.
- บรรเจิด เดชาศิลป์ชัยกุล. (2536). พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- บรรพต ตันธรวงศ์ และคณะ. (2540). การสำรวจสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย 2540. รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุญผา ศิริวิศมี. (2531). สถานการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญศรี เลานักดี และมยุรี กล้าณรงค์. (2539). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในเขตสาธารณสุขที่ 4. รายงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
- บุญผา ศิริวิศมี. (2540). พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษบา สุวรรณศรี. (2537). การรับรู้ต่อยาแก้ปวด: กรณีศึกษาการใช้ยาแก้ปวดรักษาตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประทีป เมฆประสาน และพิบูล กมลเพชร. (2534). การสนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
- ประสาธ ลิมดุลย์. (2534). การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชน. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง.
- ปรีดา ดีสุวรรณ และสมควร รัตนสะอาด. (2533). การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน. โรงพยาบาลแพร์ จังหวัดแพร์.
- ปัทมา อินทวงศ์. (2534). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า 2 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ภูษิต ประคองสาย, นันทยา อัมไพเจนเจริญ และบัวสอน วระโพธิ์. (2533). ภาคเอกชนกับการจำหน่ายยาในชุมชน. รายงานการวิจัย กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข.
- พรทิพย์ สุประดิษฐ์. (2538). การพัฒนารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาทางสาธารณสุขมูลฐาน. รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2542) การเงินการคลังด้านยาระดับจังหวัด:กรณีศึกษาจังหวัดลพบุรี. รายงานการวิจัย สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมลพรรณ อิศรภักดี. (2535). การศึกษาประสิทธิภาพของกองทุนยา ข้อมูลจากกองทุนยา 5 จังหวัด. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2533). มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้สมุนไพร Monograph series no.9. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มยุรี กล้าณรงค์. (2541). การใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบน ของเจ้าหน้าที่สถานเฝ้าระวัง จังหวัดสมุทรสงคราม. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม.
- มณฑนา ภาณุมาภรณ์. (2525). รายงานสรุปโครงการฟื้นฟูการใช้ยาสามัญประจำบ้าน. รายงานการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มานิต วีระตันติทานนท์. (2535). รายงานโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เรื่อง โรคอุจจาระร่วง พื่นผุ บาดแผล อัมพาตประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2533-2535. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.
- รุ่งเพชร เจริญวิสุทธิวงศ์. (2541). การจัดทำรายการยาเพื่อการจัดทำดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดค่ายา. รายงานการวิจัย โครงการจัดตั้งภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งศรี ปรีชาบริสุทธิ์กุล และคณะ. (2531) การใช้ยารักษาโรคเด็กโดยประชากรในกลุ่มชุมชนแออัด. รายงานการวิจัย. ปริญญาเภสัชศาสตร์บัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจิราถ อรรถสิทธิ์ฐ. (2530). “ปัญหาและแนวทางการพัฒนาเวชกรรมไทย”. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง. โครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.
- ลือชัย ศรีเงินยวง. (2533). “มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้สมุนไพรในชุมชน”. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (บรรณาธิการ). พฤติกรรมสุขภาพ. ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

- ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). (2534). *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบุษบา มีพร. (2534). “ผลกระทบของการถอนยาแก้ปวดผสมคาเฟอีนต่อพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทย: ข้อพิจารณาในเชิงสังคมวัฒนธรรม”. *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์*. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (ธ.ค.) น.28–39.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2537). “แหล่งกระจายยาและสถานการณียาในชนบท”. *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข*. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (ก.ค.–ก.ย.) น.182–191.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2537). *Implication of community Health Workers distributing drugs*. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุบโยคิน. (2533). “พหุลักษณะของระบบการแพทย์ในภาคกลางและการเปลี่ยนแปลง”. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (บรรณาธิการ). *พฤติกรรมสุขภาพ*. ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และอมันดา เลอ แกรนด์. (2533). “สมุนไพรรักษาโรคของชาชนบทไทย”. ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง Monograph series no.8*. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วงศ์นี้ กุลพรหม. (2534). *พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมในแม่และลูกอายุ 0–5 ปี และการกระจายยาในหมู่บ้าน*. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลจตุรัส สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.

วรวิมล เมฆเวียน, ประเสริฐ ฤทธิศรณ, อำพล บุญประภากร, ถวัลย์ บุญศรี และวิระ ปฏฐา. (2537). พฤติกรรมของร้านขายยาในการจ่ายยา ปฏิชีวนะสำหรับโรคหวัดในเด็กในเขตจังหวัดอุดรธานี. รายงาน การวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา คณะเภสัชศาสตร์ และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิชัย โชควิวัฒน์ (บรรณาธิการแปล). (2549). *กระซอกหน้ากากรธุรกิจยา ข้ามชาติ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

วิทยา กุลสมบูรณ์, พัชรีย์ ตั้งตุลยางกูร, กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, เจริญชัย ตันตระกูลรัตน์ และสุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2530). *ห้องยาชุมชน*. รายงานการวิจัย ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิมล พักตร์วิไล. (2531). “การศึกษาปัญหาการขายยาและการใช้ยาที่เป็น ของกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”. ใน เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา ทศวรรษแห่งการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย วันที่ 16-17 สิงหาคม 2531. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิวัฒน์ วรวัช, วิโรจน์ สุ่มใหญ่ และสมจิตต์ เอี่ยมไพศาล. (2530). *วิธีประเมินสถานการณ์การระบาดของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในหมู่บ้าน*. รายงานการวิจัย กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

วิศิษฐ์ ประวีณวงศ์วุฒิ และคณะ. (2540). *การวิจัยศักยภาพของบุคลากรขายยาในร้านขายยา*. รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คณะเภสัชศาสตร์และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิสูตร สุนทรพิรุ และคณะ. (2526). การศึกษาสภาพการใช้ยาในชนบท
รายงานผลโครงการการเรียนการสอนเพื่อการพัฒนาชนบท
พ.ศ. 2526. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระพันธ์ เจริญผล. (2539). สาเหตุของการตัดสินใจขายยาชุดในร้านชำเขต
ชนบท อำเภอเมือง จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ (2533). “การเจ็บป่วยและการรักษา
ของสมาชิกครัวเรือนเกษตรกร”. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ
(บรรณาธิการ) พฤติกรรมสุขภาพ. ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ
ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข.
- สถิตย์พงศ์ ธนวิริยะกุล, เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, ยุพดี ศิริสินสุข,
วรรณ ศรีวิริยานุภาพ และนียดา เกียรติยิ่งอังสุลี. (2539). การ
พัฒนาค่าบ่งชี้สภาพการใช้ยาในร้านยา. รายงานการวิจัย หน่วย
ปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สมจิตต์ ใจวิถี, พัชรา ถาวระ, ศุภวรรณ นันทวาส, ปราณี ไชยอนุบาล และ
มานิต ศิริไชยบุรณ์วัฒน์. (2536). พฤติกรรมการซื้อขายของ
ประชาชน และร้านขายของชำ: กรณีศึกษาตำบลท่าน้ำ อำเภอก
เมือง จังหวัดน่าน. รายงานการวิจัย โครงการวิจัยงานคุ้มครอง
ผู้บริโภคภาคเหนือ.
- สมใจ ยิ่งศักดิ์มงคล และสัณชัย ไบไพศาล. (2530). การรักษาโรคติดเชื้อ
ด้วยตนเองของประชาชนในชุมชนแออัด. รายงานการวิจัย
ปริญญาเภสัชศาสตร์บัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล.

- สมชาย สุริยไกร และอำพล บุญประภากร. (2534). การสำรวจความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่มารับบริการในร้านโอสถศาลา ในเรื่องการใช้ยาเตตราซัยคลิน (TETRACYCLINE). รายงานการวิจัย ภาคเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมนึก สุขัยธนาวิช และคณะ. (2537). การพัฒนารูปแบบการกระจายยาสามัญประจำบ้านสู่ชนบท อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย (2535-2536). รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สมบัติ รุ่งศิลป์ และคณะ. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคยาจากร้านขายของประชาชน. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.
- สะอาดลักษณ์ จงคล้ายกลาง. (2538). พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของเกษตรกรผู้สูงอายุ: การศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (มานุษย-วิทยาประยุกต์) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันทนต์ เสริมศรี, เจมส์ เอ็น โรลีย์. (2517). พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุข และการคุมกำเนิดของคนไทย: การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2535). การใช้ยาที่เหมาะสมในงานสาธารณสุขมูลฐาน. รายงานการสัมมนา สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2536ก). การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาทางสาธารณสุขมูลฐาน ปัญหาและทางออกในแผนฯ 7. รายงานการสัมมนา กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2536). การประเมิน
ผลการดำเนินงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน.
รายงานการวิจัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2542). การประเมินผลการแต่งตั้ง
พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ตามพระราชบัญญัติ อาหาร ยา
และพระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย ปิงปองประมาณ
2535-2536.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประจำปีงบประมาณ
2540. กระทรวงสาธารณสุข.

ลำลี ใจดี, จิราพร ลิ้มปานานนท์, สุนทรี วิทยานารถไพศาล, สุรินทร์
สุรณานันต์, สงกรานต์ ภาคโชคดี, กรุงไกร เจนพาณิชย์ และ
พิสวาท ทุติยโพธิ. (2523). การใช้ยาชุดในเมืองไทย. รายงานการ
วิจัย คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลำลี ใจดี และคณะ. (2519). การใช้ยาในชุมชน. รายงานการวิจัย
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิสิทธิ์ ไมตรีจิตร. (2534). พฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้าน ตำบล
ขุนดง อำเภอคง จังหวัดเชียงใหม่: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ
ดำเนินงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุบุญญา หุตังคบดี, พงศ์เทพ สุธีรภูมิ, จงกลนี วิทยารุ่งเรืองศรี,
ณรงค์ศักดิ์ สิงห์ไพบูลย์พร, อรรถพล ศรีเลิศล้ำนิช, อุทัยวรรณ
ดำรงธนานุรักษ์, สุदारักษ์ แซ่ลือ และสุฮวง วิถีสัตยากร. (2539).
รูปแบบร้านขายยาแผนปัจจุบันที่พึงประสงค์ กรณีศึกษาในจังหวัด
สงขลา. รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

สุพัตรา ขาติปัญญาชัย และคณะ. (2533). แหล่งข้อมูลและกระบวนการ

ตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรณีศึกษา 4 หมู่บ้าน. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). (2536). *ระบบยาของประเทศไทย*. คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย สถาบันวิจัยสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). (2537). *ระบบยาของประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). (2545). *ระบบยาของประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

อนุเทพ ขวัญเลิศมงคล, บังอร เทียนอำนวย, ลำรวม บุรณปรีชายุทธ์ และ เรืองชัย สุขสิลา. (2537). *การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสามัญประจำบ้านของประชาชนในจังหวัดระยอง*. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.

อวย เกตุสิงห์. (2521). “การแพทย์ไทยกับการแพทย์ตะวันตก”. *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์*. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (ม.ค.–มี.ค.) น.12–19.

อุดม ศรีทรัพย์ และคณะ. (2526). *พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในกองทุนยาประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. รายงานการวิจัย ศูนย์ฝึกอบรมสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bennet S., and Viroj Tangcharoensathein. (1994). “A Shrinking State? Politics, Economics & Private Healthcare in Thailand”. *Public Administration and Development*, 14, 1–17.

- Bledsoe C. H. and Goubaud M. F. (1988). "The Reinterpretation and Distribution of Western Pharmaceuticals: An Example from the Mende of Sierra Leone". in Geest, van der S. and Whyte, S. R. eds. *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Amsterdam: Het spinhuis.
- Cunningham, Clerk E. (1970). "Thai 'injection doctors': Antibiotic mediators". *Soc Sci Med*. 4(1): 1–24.
- Geest, van der S. (1987). "Pharmaceuticals in the Third World: The Local Perspective". *Soc Sci Med*. 25(3): 273–276.
- Geest, van der S. and Whyte, S. eds. (1991). *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Amsterdam: Het spinhuis Publishers, 253–276.
- Geest, van der S. (1996). "The Anthropology of Pharmaceutical: A Bibliographical Approach". in *Annual Review of Anthropology*, (25): 156–178.
- Hardon, A. (1987). "The Use of Modern Pharmaceuticals in A Filipino Village: Prescription and Self- medication". *Soc Sci Med*. Vol. 25 No.3.
- Hardon, A. et al.(1990). *The Provision and Use of Drugs in Developing Countries: A Review of Studies and Annotated Bibliography*. Amsterdam: Het Spinhuis Publishers.
- Hardon, A. (1991). *Confronting Ill Health: Medicines, Self-care and the Poor in Manila*. Quezon City: Health Action International Network (HAIN), Philippines.

- Hardon, A. and le Grand, A. (1993). *Pharmaceuticals in the Communities: Practices, Public Health, Consequences and Intervention Strategies*. Amsterdam: The Royal Tropical Institute.
- Helling-Borda, Margaretha and Jonathan D. Quick. Nd. (2000). "The other 'prescribers' – International Perspectives on Self Medication, Pharmacy Practice and Rational Drug Use". in R.R. Chaudhury, ed. *International Experience in Rational Use of Drugs*. Vol II. Pp. 25–36. Bangkok: The College of Public Health, Chulalongkorn University.
- Howes, David. (1996). "Introduction, Commodities and Cultural Borders". in David Howes ed. *Cross Cultural Consumption: Global Markets Local Realities*. New York: Routledge.
- Klienman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Le Grand, A., et al. (1988). "PHC and Herbal Medicine in Thailand". in Wolffers, ed. *The Role of Traditional Medicine in Primary Health Care*. Amsterdam: University Press.
- Leuchai Sringernyuang et al. (1995). *Community Health Workers and Drugs: A Case Study of Thailand*. World Health Organization.
- Leuchai Sringernyuang. (1999). *Medicine Use and Distribution in Rural Thailand*. Ph.D. Dissertation, Amsterdam: University of Amsterdam.
- Nichter, M. (1989). *Anthropology and International Health: South Asian Case Studies*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

- Nichter, M. (1994). The lay person's perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context. *Social Science and Medicine*. 14B, 225-233.
- Nichter, M and Vuckovic, N. (1994). Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science and Medicine*. 39 (11): 1509-1529.
- Nichter, M and Vuckovic, N. (1997). Pharmaceutical practice in the US: research agenda for the next decade. *Social Science and Medicine*. 44 (9): 1285-1302.
- Reeler, V. A. (1996). *Money and Friendship: Mode of Empowerment in Thai Health Care*. Amsterdam: Hetspinhuis.
- Staa, V. A., and Hardon, A.P. (1996). *Injection Practices in the Third World: A Comparative Review of Field Studies in Uganda and Indonesia*. Action Programme on Essential Drug, World Health Organization.
- Whyte S, and Geest Van der S. (1991). "Medicines in context: an Introduction". in Geest Van der S. Whyte S., ed. *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Amsterdam: Hetspinhuis Publishers; 3-12.

