

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดทางทฤษฎี

ในการทบทวนแนวคิดทางทฤษฎี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของแก๊ปวด ได้แก่ แบบแผนพฤติกรรมของมนุษย์ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล และกระบวนการตัดสินใจ จึงนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

#### 1. แบบแผนพฤติกรรมของมนุษย์ (ปรีชา อุปโยคิน, 2528)

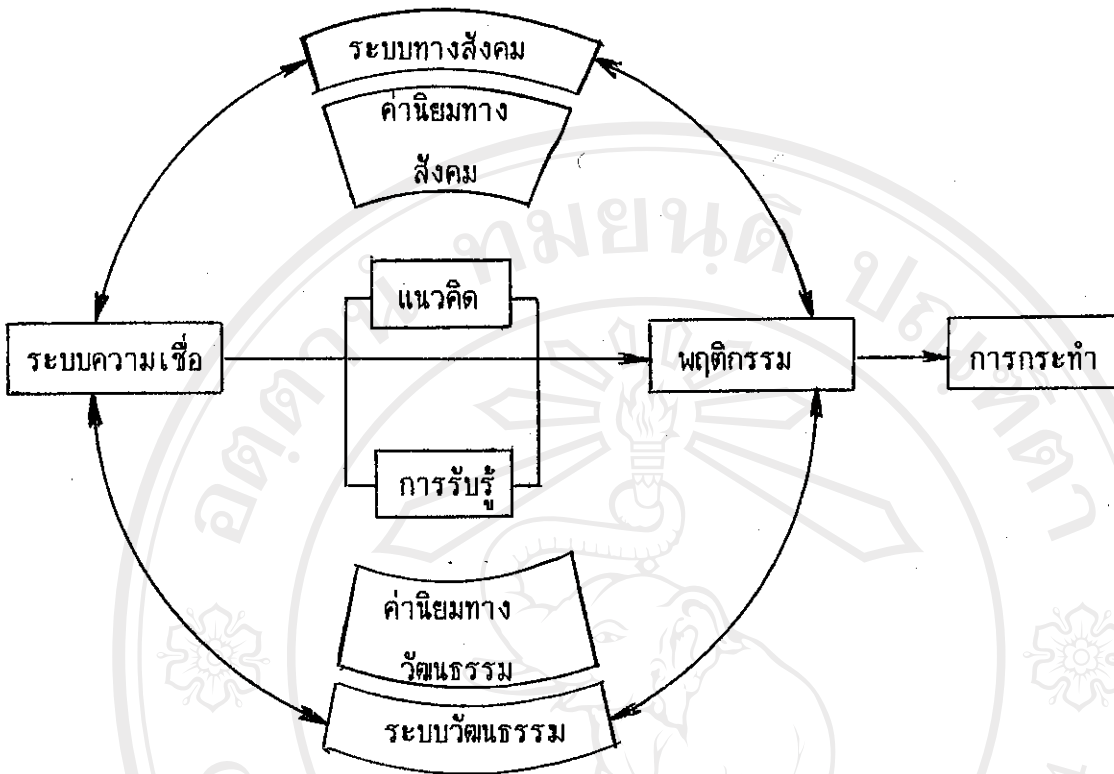
คำว่า พฤติกรรม ในที่นี้หมายถึงพฤติกรรมทางสังคม นักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยา เชื่อกันว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้น เป็นผลอันเนื่องมาจากการหล่อหลอม หรือการเรียนรู้ระเบียบทางสังคม (Socialization) เมื่อแรกที่มนุษย์เกิดมานั้นยังไม่เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ที่แท้จริง มีสภาพเป็นเพียงสิ่งมีชีวิตประเภทหนึ่ง แต่การที่มนุษย์ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน จึงจำเป็นจะต้องมีความเห็นพ้องต้องกันระหว่างสมาชิก ในด้านจุดมุ่งหมายของการดำเนินชีวิต และมนุษย์มีความสามารถใช้สัญลักษณ์ในการติดต่อสื่อสาร จึงสามารถถ่ายทอดกระบวนการจัดระเบียบทางสังคมจากคนรุ่นหนึ่ง ไปสู่อีกรุ่นหนึ่งได้ การที่มนุษย์ได้เรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ ทำให้การเรียนรู้ของมนุษย์ไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ตามความเจริญก้าวหน้าของสังคม จุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิตจึงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นการพัฒนาการของมนุษย์ในฐานะที่เป็นสิ่งมีชีวิต แบบแผนพฤติกรรมที่มนุษย์มีนั้นจึง เป็นการแสดงออกตามเป้าหมายที่ได้ถ่ายทอดแนวคิดความเชื่อ โดยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเขา บุคคลจะรับเอาแนวคิด ความเชื่ออย่างค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดก็สามารถมี

กรอบความคิดอย่างเดียวกัน มีความร่วมมือเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยแสดงพฤติกรรมตามความคาดหวังหรือเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มสังคม ซึ่งก็คือการยอมรับตามบรรทัดฐาน (norms) ของสังคมนั้นเอง

อิทธิพลของความเชื่อที่มีผลต่อแบบแผนพฤติกรรมนี้ คือความพยายามที่จะให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตเป็นแบบอย่างเดียวกันกับผู้อื่นในสังคมได้ โดยเริ่มกระบวนการนี้ตั้งแต่ระดับครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวจะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อ ให้แก่สมาชิกใหม่ให้เข้าใจถึงเรื่องต่าง ๆ จนเขาสามารถมีบุคลิกภาพ มีการกระทำที่ถูกต้องตามหน้าที่ที่สังคมกำหนดอย่างเหมาะสม และสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสถาบันทางสังคมตามระบบวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ

การถ่ายทอดความเชื่อให้แก่สมาชิก ถือว่าเป็นการปลูกฝังและเตรียมบุคคลให้สามารถแสดงบทบาทได้อย่างครบถ้วน ซึ่งบุคคลจะได้อยู่ร่วมในวิถีชีวิตร่วมกันในอนาคตต่อไป การเรียนรู้ระเบียบทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากที่เป็นการบังคับให้บุคคลได้เรียนรู้ มีแรงจูงใจ ความรู้สึก ทักษะ และการรับรู้ หรืออาจจะกล่าวได้ว่า การจัดระเบียบทางสังคมนั้นช่วยให้บุคคลได้รู้จักการควบคุมทางสังคม เป็นการถ่ายทอดระบบวัฒนธรรมให้แก่สมาชิกใหม่ เช่น การอบรมเลี้ยงดูเด็ก ให้มีบุคลิกภาพตามลักษณะประจำชาติ และมีแบบแผนทางวัฒนธรรม (patterns of culture)

สำหรับการวิเคราะห์ความเชื่อในระดับมหภาคนั้น จำเป็นจะต้องมองระบบสังคมและวัฒนธรรมเข้าด้วยกัน แท้ที่จริงแล้ว ระบบความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรมนั่นเอง และส่วนปลายสุดของกระบวนการความสัมพันธ์ระหว่างระบบสังคม ระบบวัฒนธรรม ค่านิยมของสังคม และค่านิยมทางวัฒนธรรมกับความเชื่อที่เชื่อมโยงกับแนวคิด การรับรู้ก่อนที่จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม และในที่สุดจะแสดงออกมาเป็นการกระทำ ทั้งหมดนี้นับว่าเป็นวัฏจักรความต้องการทางสังคมของมนุษย์ ที่ส่งผลออกมาเป็นแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล



แผนภูมิ 1 ความสัมพันธ์ของระบบความเชื่อกับการกระทำของมนุษย์

## 2. พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมกาารดูแลตนเอง

๑ มัลลิกา มัติโก (2530) จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลตนเองในภาวะปกติ (Self care in health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่กระทำและมีสุขภาพแข็งแรงได้แก่

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ ซึ่งการป้องกันสามารถกระทำได้ตั้งแต่การป้องกันโรคเบื้องต้น การป้องกันความรุนแรงของโรค หรือป้องกันการระบาดของโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย อาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง ครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม ตลอดจนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) โอเรม (1980) เชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง และเป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม และความสามารถเฉพาะบุคคล ซึ่งมีผลมาจากการเรียนรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตามวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี บุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตน โดยบุคคลต้องทราบมาก่อนว่า เมื่อทำกิจกรรมเหล่านี้แล้วจะเกิดประโยชน์ต่อตนอย่างไร และเขาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือไม่

Orem (1980) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal self care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คนทั่วไปปฏิบัติ เพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตไปอย่างปกติ พฤติกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ขั้นตอน การพัฒนาที่เป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (Development self care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เช่น ภาวะการตั้งครรภ์ การมีบุตร

3. การดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พันธุกรรม การบำบัดรักษา เป็นต้น

### 3. ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล (ประภาณี สุวรรณ, 2534)

เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์เป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่นอีกมากมาย ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมของบุคคล จำเป็นจะต้องใช้วิชาการต่าง ๆ จากหลายสาขาได้แก่

#### 3.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ (Personality Theory)

Gordon Allport (1937 อ้างใน ประภาณี สุวรรณ, 2534) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "บุคลิกภาพ" ได้ว่า เป็นกระบวนการจัดการพลวัตของระบบจิต สรีรวิทยา ภายในตัวบุคคล ซึ่งกำหนดพฤติกรรมและแนวความคิดที่บ่งลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ พันธุกรรม มีผลต่อการพัฒนาการด้านสรีรวิทยาแล้ว ยังขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสำคัญมากในการปรุงแต่งบุคลิกภาพของบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกอาจแบ่งได้เป็น

- สิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกาย ได้แก่ องค์ประกอบทางด้านภูมิศาสตร์ เช่น ภูมิประเทศ อุณหภูมิ พื้นดิน หรือความหนาแน่นของประชากร
- สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมในสังคมซึ่งครอบคลุมบ้างกลุ่มบุคคล ตำแหน่งของบุคคล หรือบทบาทของบุคคลในชุมชนนั้น และสภาวะการณ์ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและในกลุ่มผู้ร่วมงาน
- สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมนาม ซึ่งรวมถึง กระบวนการสื่อสารรวมทั้งอิทธิพลของโครงสร้างทางสังคม เป็นต้นว่า โรงเรียน สถานที่ทางศาสนา สถานที่ทำงาน สิ่งเหล่านี้ทั้งหมดจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล (Coleman, 1969 อ้างใน ประภาณี สุวรรณ, 2534)

### 3.2 ทฤษฎีพัฒนาการ (Developmental Theory)

การพัฒนาการของบุคคลในด้านความเป็นตัวของตัวเอง เชื่อว่าเกิดจากองค์ประกอบภายในของบุคคลเป็นตัวบงการพฤติกรรมทั้งหมด และองค์ประกอบภายในดังกล่าวนี้จะเปลี่ยนแปลงเมื่อบุคคลพัฒนาการเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งเป็นผลร่วมกันระหว่างวุฒิภาวะ และประสบการณ์ โดยพฤติกรรมการปฏิบัติที่สังเกตได้ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการให้รางวัล กล่าวคือ บุคคลจะปฏิบัติในสิ่งที่นำความพอใจมาให้ตน หรือได้รับรางวัล และจะหยุดทำพฤติกรรมที่เมื่อทำไปแล้วไม่เห็นผลในด้านดี หรือไม่ได้รับรางวัลจากการกระทำนั้น เช่น การที่เด็กมีการเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อต้องการที่จะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งจะได้รับผลหรือรางวัลตอบแทนจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และเด็กจะเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองจะได้รับรางวัลตอบแทนในการปฏิบัติพฤติกรรมเช่นเดียวกับที่ตัวแบบได้รับ

JC. Coleman ได้สร้างขั้นตอน 6 ขั้นตอนของการพัฒนาการของ "ภาวะหรืองาน" ที่บุคคลจะต้องกระทำ ดังตารางดังต่อไปนี้

#### ภาวะหรืองานตามขั้นตอนของการพัฒนาการ

อายุ	ภาวะหรืองาน
1. วัยเด็กตอนต้น (0-6 ปี)	เกิดความรู้สึกไว้วางใจตนเองและผู้อื่น พัฒนาแนวคิดที่เหมาะสมเกี่ยวกับตนเอง เรียนรู้ที่จะให้ความรักแก่ผู้อื่น รวมกลุ่มกับเพื่อนเพศเดียวกัน มีลักษณะในการเคลื่อนไหวที่ผสมผสานกัน เรียนรู้ในการเป็นสมาชิกของครอบครัวเริ่มที่จะเรียนรู้ถึงความเป็นจริงทางด้านกายภาพและสังคม เริ่มที่จะเรียนรู้ถึงความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ "ถูก" และ "ผิด" และเคารพในกฎเกณฑ์และอำนาจรับผิดชอบ เรียนรู้ที่จะเข้าใจและใช้ภาษาและเรียนรู้ถึงการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล

(ต่อ)

อายุ	ภาระหรืองาน
2. วัยเด็กตอนกลาง (6-12 ปี)	มีความรู้กว้างขวางขึ้น เข้าใจโลกทางด้านกายภาพและสังคม สร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เรียนรู้ถึงบทบาทที่เหมาะสมทางสังคมของเพศหญิงและเพศชาย พัฒนาการรู้สึกกลัวบาป ศีลธรรมและค่านิยม เรียนรู้ในการอ่าน เขียน คิดคำนวณ และทักษะทางสติปัญญาอื่น ๆ เรียนรู้ทักษะทางด้านกายภาพ เรียนรู้ที่จะชนะและให้ตนเองยังคงอยู่ในกลุ่มเพื่อนอายุรุ่นเดียวกัน เรียนรู้ที่จะ "ให้" และ "รับ" และแลกเปลี่ยนความรับผิดชอบ
3. วัยรุ่น (12-18 ปี)	พัฒนาความรู้สึกที่ชัดเจนของความเป็นตัวของตัวเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเอง ปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สร้างสัมพันธภาพที่ "ใหม่" และ "อย่างเป็นผู้ใหญ่" มากขึ้นกับเพื่อนวัยเดียวกัน มีอารมณ์ที่เป็นตัวของตัวเองโดยไม่ขึ้นกับพ่อ-แม่ เลือกและเตรียมตัวสำหรับงานอาชีพ มีค่านิยมที่เหมาะสมกับบุคลิกภาพและมีความรับผิดชอบต่อสังคม เตรียมตัวสำหรับการแต่งงาน และการมีชีวิตครอบครัว สร้างความสนใจในสิ่งอื่นที่นอกเหนือจากตนเอง
4. วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (18-35 ปี)	เข้าใจความหมายของคำว่า "ชีวิต" เริ่มต้นงานอาชีพ เลือกและเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับคู่สมรส เริ่มต้นชีวิตครอบครัว และจัดหาสิ่งต่าง ๆ เพื่อสนองตอบความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุตร บริหารจัดการครอบครัว พบปะสังสรรค์กับกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มในสังคมที่ถูกคอกัน รับผิดชอบในหน้าที่พลเมืองดี
5. วัยกลางคน (36-60 ปี)	รับผิดชอบในหน้าที่พลเมืองดี และหน้าที่ต่อสังคมอย่างเต็มที่ สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจสำหรับครอบครัวในอนาคต มีกิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ขยายขอบเขตของความสนใจ ช่วยให้

(ต่อ)

อายุ	ภาระหรืองาน
6. วยสุดท้ายของชีวิต (60 ปี ขึ้นไป)	<p>เด็กวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบ และมีความสุข ปรับตัวให้เหมาะสมกับการเป็นบิดา-มารดาในวัยที่อายุมากขึ้น ปรับตัวให้เข้ากับ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของคนในวัยนี้</p> <p>ปรับตัวต่อการลดลงของความแข็งแรงทางด้านร่างกาย ปรับตัวต่อการเกษียณอายุราชการ และการลดลงของรายได้ ต่อการเสียชีวิตของคู่สมรส และเพื่อนฝูง มีบทบาทที่จำกัดในด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล ยังคงมีความสนใจในสิ่งที่นอกเหนือจาก "ตนเอง"</p>
ภาระหน้าที่ของ ทุกระดับอายุ	<p>พัฒนาและใช้ความสามารถของตน ยอมรับตนเอง และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับความเป็นจริง และเสริมสร้างทัศนคติและค่านิยมที่ถูกต้องและมีคุณค่า มีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อครอบครัวและต่อกลุ่มอื่น สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม</p>

แหล่งที่มา : James C. Coleman. Psychology and Effective Behavior. Scott, Foresman and Company (1969 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534)

### 3.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ (Perception Theory)

การรับรู้ถือว่าเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมี "ความจำ" "ความคิด" หรือการเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้จะเริ่มจากการที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้นประสาทสัมผัส และส่งข้อมูลต่อไปยังสมอง ขึ้นสุดท้ายของกระบวนการจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้า นั้น ๆ ในกระบวนการนี้ ความใส่ใจของบุคคลจะแสดง



ถึงความรู้สำนึกถึงสิ่งเร้านั้น และการรับรู้จะแสดงถึงลักษณะของสิ่งของในด้านรูปร่าง เสียง ความรู้สึก รสและกลิ่น (Lindzey, Hall and Thomson, 1975 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) การรับรู้ขึ้นอยู่กับการเลือกรับของบุคคลซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าข่าวสารใด บุคคลจะยอมรับ หรือไม่ยอมรับ เพราะกระบวนการทางการศึกษาจะไม่เริ่มต้นเลย ถ้าหากว่าข่าวสารที่ส่งไปนั้นไม่ถูกรับรู้จากบุคคลตั้งแต่ระยะแรก

ไม่เพียงแต่บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกลั่นกรองข่าวสาร หรือไม่ยอมรับข่าวสารที่จะทำให้ตนเองไม่มีความสุข หรือข่าวสารนั้นไม่มีความหมายต่อตนเองเท่านั้น แต่ข่าวสารที่บุคคลรับไว้ นั้น อาจจะถูกบิดเบือน เพราะเหตุที่ว่าบุคคลจะดูเฉพาะสิ่งที่เขาต้องการจะดู จะรับรู้เฉพาะข่าวสาร หรือส่วนของสิ่งเร้าที่ตรงกับความต้องการ ความสนใจ หรือความคาดหวังของเขา

### 3.4 ทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory)

ภาวะรับการจูงใจมีความสำคัญ หลังจากการรับรู้ได้เกิดขึ้น เพราะภาวะรับการจูงใจ เป็นกระบวนการที่ใช้วิธีการหลาย ๆ อย่าง ที่มีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาในตัวบุคคล สิ่งจูงใจ (Motives) จะทำหน้าที่เป็นแรงขับ และสิ่งล่อใจ (Drive and Incentive) ซึ่งจะกระตุ้นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เพื่อจะสนองตอบความต้องการพื้นฐานของบุคคล

Erich Fromm (อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของบุคคลออกเป็น 5 ประเภท ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับชีวิตดังนี้

1. ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพที่นำความสุขใจมาให้บุคคล โดยการมีความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีความเคารพกัน เห็นอกเห็นใจกัน

2. ความต้องการที่จะอยู่เหนือธรรมชาติ เป็นผู้มีความริเริ่มมากกว่าการใช้สัญชาตญาณ

3. ความต้องการที่จะมีความผูกพันใกล้ชิด และเป็นที่ยรักของบุคคลอื่น

4. ความต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง การมีลักษณะเฉพาะตัว เป็นคนมีความ

คิดก้าวหน้า

5. ความต้องการที่จะมีกรอบความรู้ ความเข้าใจโลก หรือการรับรู้ต่อโลกที่มั่นคงและเชื่อถือได้

นอกจากนี้ Maslow (1968 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) ได้อธิบายเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานที่จะมีความสำเร็จตามความนึกคิดเกี่ยวกับตน ที่มีลำดับขั้นตอน 5 ประการคือ

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs)

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (Security)

ขั้นที่ 3 ความต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่ง และความต้องการความรัก (Belongingness and love)

ขั้นที่ 4 ความต้องการชื่อเสียง (Esteem)

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะมีความสำเร็จตามความนึกคิดของตนเอง (Self-Actualization)

### 3.5 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

การเรียนรู้ เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะโดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้น ๆ การเรียนรู้อาจจะเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้า และการตอบสนองอาจจะเกิดจากกระบวนการซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการให้เหตุผล การสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรม และการแก้ปัญหา

กลุ่มนักทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดจำพวกของวัตถุประสงค์ทางการศึกษา ได้แบ่งระดับการเรียนรู้ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.5.1 พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Cognitive domain) เป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ซึ่งเป็นความสามารถในการจำรวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้ ความเข้าใจซึ่งเป็นความสามารถในการตีความ การนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง และการวิเคราะห์ซึ่งเป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายไปสู่หน่วยย่อย การวิเคราะห์เช่นนี้เพื่อมุ่งที่จะสื่อความหมายให้มีความชัดเจนมากขึ้น

3.5.2 พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเจตนิสัย (Affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย และค่านิยม ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ (Receiving) หรือความสามารถในการรู้จักหรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า และการสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (Value) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกในคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ จนกลายเป็นความนิยมชมชอบ หรือเชื่อถือในสิ่งนั้น

3.5.3 พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งแยกย่อยได้เป็น 5 ชั้นดังนี้

1. การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบ หรือตัวอย่างที่สนใจ
2. การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ
3. การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง
4. การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง
5. การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

### 3.6 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude-Change Theory)

การศึกษาเกี่ยวกับการสื่อความหมาย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ได้เน้นความสำคัญของตัวแปร 3 ตัวแปรคือ 1) ความเชื่อถือได้ของแหล่งข่าว 2) ลักษณะของข่าวสาร และ 3) บุคลิกลักษณะของผู้รับข่าวสาร สำหรับตัวแปรด้านแหล่งข่าวนั้นพบว่า ยิ่งแหล่งข่าวมีความน่าเชื่อถือมากเท่าใด จะทำให้ผู้รับข่าวสารเปลี่ยนทัศนคติมากขึ้นเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทัศนคติควรคำนึงถึงกลุ่มผู้รับข่าวสารที่เข้าต่อการเปลี่ยนแปลง ( Sleeper effect )

ซึ่งอาจจะสืบเนื่องมาจากการที่ผู้รับได้รับข่าวสารบางอย่างมาเป็นระยะเวลาานาน จึงทำให้ได้เฉพาะข่าวสารบางข่าวสารซึ่งเพิ่งได้รับ (Hovland and Weiss, 1951 อ้างใน ประภาณี สุวรรณ, 2534)

ตัวแปรที่มีความสำคัญต่อประสิทธิผลของการสื่อข่าวสารอีกตัวแปรหนึ่งคือ องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาของผู้รับข่าวสารที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งขอบความคงที่ ความแน่นอนในด้านความสัมพันธ์ของเขากับสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลได้รับข่าวสารที่แตกต่างไปจากเดิมจะทำให้เกิดภาวะการขัดแย้ง เพื่อที่จะทำให้เกิดภาวะที่กลมกลืนเข้ากันได้ ในความสัมพันธ์นั้น บุคคลจะต้องกระทำการบางอย่าง อาทิเช่น อาจจะทำกรเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเอง หรือเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลอื่นหรือเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Heider, 1944 อ้างใน ประภาณี สุวรรณ, 2534)

### 3.7 ทฤษฎีการแก้ปัญหาและความริเริ่มสร้างสรรค์ (Problem-solving and Creativity Theory)

กระบวนการแก้ปัญหาอาจแยกได้เป็น 3 ลักษณะคือ

3.7.1 การลองผิดลองถูก (Trial and error) เป็นกระบวนการแบบสุ่มขาดทิศทางแน่นอน บางครั้งสับสน ซึ่งทำให้บุคคลลี้มว่า สามารถใช้แก้ปัญหาได้ หรือไม่รู้อวิธีที่จะนำไปใช้อีกในอนาคต

3.7.2 การวิเคราะห์ห้อย่างเป็นขั้นตอน (Gradual analysis) เป็นกระบวนการของการให้เหตุผล การกระทำอย่างเป็นระบบ และตรวจสอบการดำเนินงานอย่างละเอียดก่อนที่จะทำขึ้นต่อไป

3.7.3 กระบวนการหยั่งรู้หยั่งเห็น เป็นการรับรู้ถึงแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทันทีทันใด อาจเกิดขึ้นหลังจากได้ลองผิดลองถูก หรือจากการได้วิเคราะห์ห้อย่างเป็นขั้นตอน ในภาวะการณ์เช่นนี้จะทำให้วิธีการแก้ปัญหานั้น ๆ เป็นที่ยอมรับและเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง และสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่คล้าย ๆ กันต่อไปได้อีก

การแก้ปัญหา นั้น ขึ้นอยู่กับวิธีการดำเนินการที่ใช้ ซึ่งวิธีการจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงผลสำเร็จที่จะเกิดขึ้น โดยทั่วไป บุคคลมักจะประสบกับอุปสรรคในการแก้ปัญหาดังนี้คือ

1. ไม่สามารถที่จะระบถึงปัญหาอย่างชัดเจนและเพียงพอที่จะแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีทัศนคติและข้อสรุปที่ผิด ซึ่งอาจจะเกิดจากข้อมูลที่มีจำกัด
3. มองข้ามหรือไม่สนใจกับข้อมูล/หรือส่วนประกอบที่สำคัญ
4. มองปัญหาในวงแคบ โดยไม่พิจารณาด้านอื่น
5. มีความเชื่อ/ความคิดที่พยายามป้องกันตนเอง เช่น การปกป้องความรู้สึกของบุคคลบางคน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นสาเหตุทำให้มองปัญหาไม่ชัดเจน
6. มักจะเกิดอารมณ์หรือความเครียด ซึ่งจะขัดขวางกระบวนการการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล

### 3.8 ทฤษฎีเกี่ยวกับกลุ่มพลวัต (Group Dynamics Theory)

ทฤษฎีดังกล่าว มีข้อสังเกตบางประการที่ควรนำมาพิจารณาคือ

3.8.1 เนื่องจากการที่บุคคลมารวมกลุ่มกันนั้น จะก่อให้เกิดบรรทัดฐานของกลุ่ม (Norms) หรือมาตรฐานที่คาดหวัง ซึ่งสมาชิกในกลุ่มยอมรับเห็นพ้องต้องกัน สมาชิกที่มีแนวความคิดแตกต่างไปจากบรรทัดฐานนี้จะเสี่ยงต่อการเสียสมาชิกภาพกลุ่ม ดังนั้นการที่จะจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก ที่มีผลทำให้สมาชิกแตกต่างไปจากบรรทัดฐานของกลุ่มย่อมจะก่อให้เกิดแรงต้านที่รุนแรง

3.8.2 เนื่องจากกลุ่มจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของสมาชิกกลุ่ม ในด้านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติ สมาชิกจะเข้ากลุ่มเป็นเครื่องตัดสินว่าควรจะมีพฤติกรรม การรับรู้ และ/หรือมีทัศนคติอย่างไร

3.8.3 กลุ่มจะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนมีฐานะเป็นบุคคลหนึ่ง ที่มีลักษณะเฉพาะเหมือนกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งกลุ่มจะช่วยทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และมีสวัสดิภาพในชีวิต

ทฤษฎีเกี่ยวกับกลุ่มพลวัตนี้ มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอีกหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ซึ่งตั้งขึ้นจากแนวความคิดที่ว่า การดำรงอยู่ของกลุ่ม การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม และความพอใจของสมาชิก ดังนั้น กระบวนการกลุ่มจึงถูกวิเคราะห์ในแง่การปรับปรุง หรือการเปลี่ยนแปลงที่บุคคลกระทำเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกที่มีความรู้สึกว่าคุณุ่มทำให้ตนเกิดความรู้สึกพึงพอใจ สามารถสนองความต้องการของตน และขณะเดียวกันก็สามารถปฏิบัติงานในกลุ่มได้เป็นผลสำเร็จ และเป็นบุคคลที่มีความกระตือรือร้นที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ดี

นอกจากนี้ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบุคคล สามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีพื้นฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Fundamental Interpersonal Relations Orientations) ซึ่งรวบรวมโดย กาญจนา กุสุวาท (2533) ทฤษฎีได้กล่าวว่า มนุษย์ทุกคน เมื่อมีความสัมพันธ์กัน จะพยายามปรับตัวเข้ากันใน 3 ลักษณะคือ

1. การพยายามปรับตัวเข้าหากัน โดยแสดงความรู้สึกที่ต้องการ ซึ่งมีอยู่ 3 ประการ คือ

1.1 ความต้องการเชื่อมโยงกับผู้อื่น เพื่อเป็นที่ยอมรับนับถือมีชื่อเสียง และมีเกียรติ

1.2 ความต้องการในการควบคุมเป็นกระบวนการที่บุคคลตัดสินใจเพื่อการมีอำนาจ มีอิทธิพล หรือความต้องการจะควบคุมผู้อื่น หรือถูกผู้อื่นควบคุม

1.3 ความต้องการเป็นที่นิยมนักใคร่ของผู้อื่น หมายถึงความรู้สึกและอารมณ์ส่วนตัวที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสองคน เช่น ความเป็นมิตร ความรัก ความผูกพันทางอารมณ์ ความใกล้ชิดสนิทสนมกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์อาจเป็นไปในลักษณะที่เข้ากันได้ (Compatibility) หรือเข้ากันไม่ได้ (incompatibility) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคล และลักษณะในการแสดงความสัมพันธ์กัน เป็นสำคัญ

2. การพยายามปรับตัวเข้าหากัน โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ริเริ่ม

3. การปรับตัว โดยการแลกเปลี่ยนความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนปรารถนา โดยแสดงความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบ ถ้าบุคคลไม่สามารถแสดงความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนพอใจให้บุคคลอื่นทราบ คนทั้งคู่จะ เข้ากันไม่ได้

ทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น สามารถนำมาใช้ประโยชน์เกี่ยวกับครอบครัวทั้งในด้านการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครองหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อแนะแนวการดำรงชีวิตภายในครอบครัวและการให้บริการอนามัยของครอบครัว

นอกจากนี้ ยังพบว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัว ที่เข้ามามีบทบาทต่อการแสดงพฤติกรรมสามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ซึ่งรวบรวมโดย กาญจนา กุสว้าง (2533) สรุปได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่มีมนุษย์รู้จัก และได้อาศัยสถาบันแห่งนี้ เป็นแหล่งเรียนรู้ตั้งแต่ปฐมวัยจนจบจวนวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวเป็นทั้งผู้ให้กำเนิดชีวิต ให้มรดกทางความคิด ความสามารถเฉพาะทาง ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การอนุรักษ์ปรับเปลี่ยน ทางวัฒนธรรม ค่านิยม รวมทั้งการอบรมกล่อมเกลாதทางด้านจริยธรรมแก่สมาชิกของครอบครัว สมาชิกที่มีคุณภาพดี เต็มหรือต่อยจึงเป็นผลผลิตโดยรวมจากสถาบันแห่งนี้

เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวพบว่า ครอบครัวมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้ การแสดงบทบาทของครอบครัวจะควบคู่ไปกับตำแหน่งของแต่ละบุคคลในครอบครัว ว่ามีฐานะอะไรในครอบครัวนั้น ๆ เช่น เป็นพ่อแม่ สามิ ภรรยา ลูก น้อง เป็นต้น ดังนั้น บทบาทของการเป็นผู้ใหญ่ในครอบครัว จะมีบทบาทในการเป็นผู้อบรมเด็กให้รู้จักระเบียบทางสังคม การจัดหาสิ่งที่ครอบครัวต้องการบริโภค และให้บริการแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเมื่อมีภาวะเดือดร้อน ช่วยแก้ปัญหาและให้กำลังใจ หรือช่วยให้ครอบครัวผ่อนคลายจากความเครียด ส่วนบทบาทของพี่น้อง คือการช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการทำงาน การเป็นพี่น้องเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางด้านสังคม ระหว่างพี่น้องภายในครอบครัว เช่น มีพฤติกรรมการเล่นแบบซึ่งกันและกัน พฤติกรรมการควบคุมความประพฤติซึ่งกันและกัน (Nye, 1976 อ้างใน กาญจนา กุสว้าง, 2533)

นอกจากนี้ ยังพบว่าภารกิจของครอบครัว จะมีงานซึ่งเป็นหน้าที่พื้นฐานที่ครอบครัวต้องปฏิบัติในที่นี้ขอสรุปเฉพาะงานที่มีความสำคัญดังนี้คือ

#### 1. ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย

ภาระงานเหล่านี้ ได้แก่ การจัดสรรปัจจัยของการดำรงชีพให้แก่สมาชิกในครอบครัวเช่น อาหารและน้ำ เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และการให้การดูแลเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ หรือดูแลในช่วงที่มีปัญหาสุขภาพ หรือการเจ็บป่วย

และการที่ครอบครัวจะสามารถสนองความต้องการขั้นต้นให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้นั้น จะต้องอาศัยทั้งความรักใคร่ผูกพัน และกำลังทรัพย์เป็นสิ่ง เกื้อหนุนผู้นำของครอบครัวต้องมีหลักและกลวิธีที่เหมาะสมในการจัดการจับจ่ายใช้สอยเพื่อบริการกิจการครอบครัวตนเอง

## 2. เป็นที่พึ่งทางใจช่วยประคับประคองอารมณ์

ครอบครัว ไม่ได้ทำหน้าที่สนองความต้องการด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว ด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ครอบครัวให้ความสำคัญ เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้นต้องการความอบอุ่นทั้งกายและใจ มีความต้องการทางอารมณ์ นั่นคือความพอใจที่รู้ว่าตนเองเป็นที่รักของผู้อื่น และมีคนที่ตนเองพอใจอยู่ด้วยอย่างมีความสุข

สำหรับชีวิตครอบครัว บุคคลที่จะเป็นที่พึ่งพอใจแก่สมาชิกได้ นอกจากความสามารถในการสนองความต้องการทั้งทางกาย ใจ และอารมณ์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนต้องยอมรับและนับถือซึ่งกันและกัน ภาระงานด้านนี้จะสัมฤทธิ์ผลได้โดยอาศัย การสื่อสารระหว่างบุคคลและปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกแต่ละคนที่มีต่อกันในแต่ละวัน ทุก ๆ คนจะได้รับประสบการณ์ในการอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือกัน หรือมีความขัดแย้งกัน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้คนเราเรียนรู้ชีวิตที่ละเอียดละอ่อน ช่วยให้คนตัดสินใจได้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตแต่ละช่วง รวมทั้งได้แนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตครอบครัวต่อไป

## 4. กระบวนการตัดสินใจ

องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในการตัดสินใจซึ่งมีอยู่มากมายนั้นคือ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ข้อมูลชนิดเดียวกันเมื่อถึงผู้รับสารที่ต่างกันในระดับความรู้ ทัศนคติ อาจมีการแปลความที่ต่างกันได้

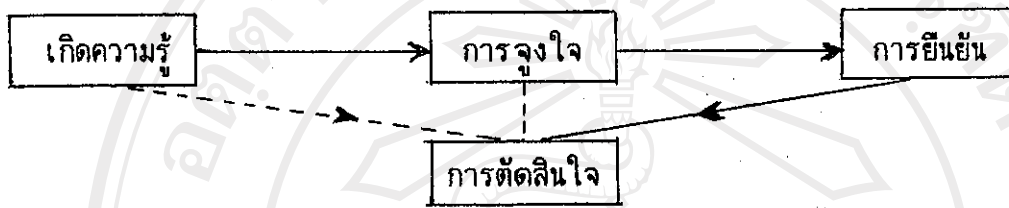
ข้อมูลที่ได้รับโดยเฉพาะเป็นนวัตกรรมใหม่ จะก่อให้เกิดผลต่อผู้รับข่าวสารดังนี้คือ

1. เกิดความรู้ (Knowledge)
2. เกิดการจูงใจ (Persuasion)
3. เกิดการตัดสินใจ (Decision)
4. เกิดการยืนยัน (Confirmation)



โดยที่ Everetic M. Rogers (อ้างใน สุนทร ชาติบัญชาชัย, 2533) ได้จำลองกระบวนการติดต่อสื่อสารว่าประกอบด้วย

1. ผู้ส่งสาร หรือแหล่งที่ให้สาร/ข้อมูล
2. ช่องทางการสื่อสาร
3. ผู้รับสาร/ข้อมูล



ความรู้ คือ ข้อมูลที่ให้กับชุมชน และชาวบ้านรับรู้ เป็นความรู้ที่มีลักษณะ

- สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน ( เป็นเรื่องของชาวบ้าน และเป็นเรื่องที่ชาวบ้านต้องการ )
- ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชาวบ้านรับรู้ และสื่อต่อกันได้ง่าย

การจูงใจ จากสาเหตุทางเศรษฐกิจและวิธีการดำรงชีวิต เช่น ทำให้เกิดความพอใจที่จะเสียเงินซื้อยา แทนที่จะเสียเวลา เสียทั้งเงินไปโรงพยาบาล

การยืนยัน จากประสบการณ์ที่ได้ยิน ได้เห็น ผสมผสานกับสื่อโฆษณาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ตลอดจนคำบอกเล่าจากปากต่อปาก ทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น

เมื่อมีการตัดสินใจใช้ และได้ผลเป็นที่พอใจ ก็จะเกิดการยืนยัน และกระจายความรู้เพิ่มขึ้น เป็นปฏิกิริยาลูกโซ่ต่อไป จนกระทั่งกลายเป็นข้อมูลข่าวสารสาธารณะของชุมชนนั้น ๆ (สุนทร ชาติบัญชาชัย, 2533)

อดุลย์ จาตุรงค์กุล (2526) กล่าวว่า ขั้นตอนทางพฤติกรรมก่อนที่ผู้บริโภคจะทำการซื้อสินค้า มีอยู่ 4 ขั้นตอนคือ

1. การตระหนักถึงปัญหา
2. การค้นหา
3. การประเมินผลทางเลือก
4. ทางเลือก

1. การตระหนักถึงปัญหา การจะเกิดการตระหนักถึงปัญหาเกิดได้จาก

- 1.1 ตัวกระตุ้นจากภายนอก
- 1.2 แรงจูงใจ

การตระหนักถึงปัญหา สามารถจะเกิดจากแรงจูงใจอย่างเดียวได้ โดยไม่ต้องมีตัวกระตุ้น โดยแรงจูงใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความพยายาม และต่อจากนั้นจะแสดงพฤติกรรมออกมา ส่วนตัวกระตุ้นภายนอกเป็นตัวกลางที่จะนำไปสู่การตระหนักถึงปัญหา ข่าวสารที่ได้รับ หรือประสบการณ์จะเป็นตัวก่อให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งจะนำไปสู่การตระหนักถึงปัญหา

2. การค้นหา เมื่อได้ตระหนักถึงปัญหาขึ้น ผู้บริโภคก็จะประเมินถึงทางเลือกปฏิบัติต่าง ๆ ขั้นตอนแรกที่จะประเมินถึงก็คือ การค้นหาภายในในกระบวนการทางความคิด ที่จะบอกว่าข่าวสารที่ได้รับมีเพียงพอแล้วหรือไม่ จะพบเห็นอยู่เสมอว่า การที่สินค้าหนึ่งดีกว่าอีกยี่ห้อหนึ่ง จะทำให้ตัดสินใจซื้อในคราวต่อไป ถ้าการค้นหาภายในได้ข่าวสารไม่เพียงพอจำเป็นต้องให้การค้นหาจากภายนอก เช่น ปรัชญาเพื่อน หรือญาติ หรือแหล่งอื่น ๆ เป็นต้น

3. การประเมินผลทางเลือก หลังจากได้รับข่าวสารแล้ว ผู้บริโภคจะต้องประเมินผลทางเลือก และจะตัดสินใจซื้อ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับตัวแปรต่าง ๆ คือ

3.1 การตอบสนองต่อข่าวสารที่ได้รับ จะขึ้นกับเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลและความเชื่อ เกณฑ์ประเมินผลจะมีลักษณะเฉพาะเจาะจงตามผู้บริโภคที่ประเมินผลตัวผลิตภัณฑ์ เช่น ราคาต่ำ ส่วนความเชื่อจะมีส่วนในการเปลี่ยนทัศนคติ หรือสร้างทัศนคติ ซึ่งการเปลี่ยนทัศนคตินี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3.2 อิทธิพลทางสภาพแวดล้อม ปัจจัยของสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อความตั้งใจคือ

3.2.1 การยินยอมตามแบบฉบับ อาศัยอิทธิพลที่มีอยู่ ได้แก่ การเลือกซื้อ

ตามตัวอย่างเพื่อน ญาติ และคนอื่น ๆ

3.2.2 สภาพที่มุ่งหวัง เป็นเรื่องของรายได้ปัจจุบัน สภาพเศรษฐกิจและอื่น ๆ จะมีผลโดยตรงต่อการเลือกสินค้า หากมีรายได้ต่ำจะขาดอำนาจในการเลือกซื้อสินค้าที่มีราคาสูงกว่ารายได้ที่มีอยู่

4. ทางเลือกและผลได้ ทางเลือกจะเกิดขึ้นหลังจากมีความตั้งใจซื้อสินค้า แต่ทว่าอาจจะมีสภาพที่ไม่มุ่งหวังเป็นตัวอุปสรรค ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงรายได้ การเปลี่ยนแปลงสภาพครอบครัว มีทางเลือกปฏิบัติไม่เพียงพอ ผลได้ของทางเลือกจะมี 2 อย่างคือ

4.1 ความพอใจ ผู้บริโภคจะพอใจ เมื่อการประเมินผลการเลือกเป็นไปตามความเชื่อ และทัศนคติของตัว ซึ่งจะใช้ในการตัดสินใจซื้อในอนาคตอีก

4.2 ความข้องใจ ข้อข้องใจเป็นสภาวะที่ผู้บริโภคเกิดความสงสัยขึ้นมาว่าทางเลือกที่ตนมิได้เลือกไว้ อาจจะมีอะไรบางอย่างที่ดีกว่าทางเลือกที่ตนได้ตัดสินใจเลือกไปแล้ว ผู้บริโภคมักมุ่งมั่นข่าวสารที่จะยืนยันว่าทางเลือกของตนถูกต้อง และพยายามไม่สนใจต่อข่าวสารที่จะก่อให้เกิดความสงสัย

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาลดไข้ แก้ปวดชนิดผง ของผู้ใช้แรงงาน ในชุมชนหน้าสถานี ได้กำหนดขอบเขตการนำเสนอเป็นลำดับขั้นดังนี้คือ

1. สภาพทั่วไปของชุมชนแออัดในประเทศไทย และชุมชนแออัดในเชียงใหม่
2. พฤติกรรมการรักษาตนเอง
3. ยาที่นิยมใช้ในการรักษาตนเอง
4. พฤติกรรมการใช้ยาของลดไข้-แก้ปวด
5. อาการแทรกซ้อนทางกระเพาะอาหารกับการใช้ยาแก้ปวด
6. ความรู้ ข่าวสาร การโฆษณา
7. การกระจายยาของภาครัฐและเอกชน
8. การเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยาแก้ปวด โดยตัดคาเฟอีนออกจากยาลดไข้ แก้ปวด

ชนิดของ

## 1. สภาพทั่วไปของชุมชนแออัดในประเทศไทย

การขยายตัวอย่างรวดเร็วของเมือง ทั้งกรุงเทพฯ และเมืองหลักตามภาคต่าง ๆ และการอพยพของคนชนบทเข้ามาสู่เมือง ทำให้เกิดปัญหาที่ตามมาหลายด้าน เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาการจราจร ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ประชาชนจากชนบทที่ย้ายถิ่นเข้ามาในเขตเมือง มักจะเป็นผู้มีการศึกษาต่ำ และเป็นแรงงานไร้ฝีมือ มีรายได้น้อย ดังนั้น การอพยพของคนชนบทเข้าสู่เมืองจึงเสมือนการอพยพเพื่อเข้ามาเป็นคนยากจนในเมือง คนเหล่านี้ไม่สามารถหาที่อยู่อาศัยที่มั่นคงในภาวะราคาที่ดินในเมืองที่มีราคาแพงได้ ต้องอาศัยการเช่าบ้าน หรือที่ดินในราคาถูก อยู่อาศัยกันอย่างแออัด หรือบุกรุกที่ดินรกร้างว่างเปล่าของเอกชน รัฐบาล ที่สาธารณะ โดยไม่มีการวางแผนหรือควบคุมการก่อสร้าง ขาดการพัฒนาที่ดินอย่างมีประสิทธิภาพจนกลายเป็น "ชุมชนแออัด" ในที่สุด (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2531)

จากรายงานประจำปีเทศบาลนครเชียงใหม่ (2534) ได้กำหนดเกณฑ์การพิจารณาความเป็นชุมชนแออัด โดยดูจากสภาพทางกายภาพในที่นี้อาจถือเอาความหนาแน่น 15 หลังคาเรือน/ไร่ หรือ 80 คน/ไร่ ขึ้นไป ตามเกณฑ์ของ "การเคหะแห่งชาติ" อย่างไรก็ตามลักษณะบ้านเรือนที่ตั้งอยู่อย่างแออัดในที่ดินหนึ่ง ๆ ย่อมสังเกตได้โดยง่าย ว่าเป็นสภาพชุมชนแออัดหรือไม่ ซึ่งสังเกตจากการมีที่ตั้งอาคารแออัด หนาแน่นและสับสนไม่เป็นระเบียบ สภาพอาคารที่ทรุดโทรม และไม่ได้สร้างตามแบบแผน นอกจากนี้ยังพบสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม มีทางเดินเท้าไม่เหมาะสม การระบายน้ำไม่ดี การถ่ายเทอากาศไม่ดี ขาดระบบกำจัดขยะ ไม่ได้รับบริการไฟฟ้า น้ำประปา จากรัฐอย่างทั่วถึง ซึ่งอาจใช้ลักษณะเหล่านี้เป็นเกณฑ์กำหนดชุมชนแออัดได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีตัวเลข หรือกำหนดความหนาแน่น นอกจากนี้ ยังพบว่า ประชากรของชุมชนแออัดมีความค่อยๆทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเห็นได้ชัด มีการว่างงาน หรือทำงานที่ได้รับผลตอบแทนต่ำ หรือเป็นงานที่ไม่ชอบตามกฎหมาย จึงเป็นภาระหรือปัญหาของสังคมและประเทศโดยรวม ชุมชนแออัดมีอยู่เป็นของคู่กับประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนาทั่วไป โดยมากจะปรากฏให้เห็นในเมืองใหญ่ ๆ ของประเทศ ไม่เว้นกรณีประเทศไทย (จารุอุดม เรื่องสุวรรณ, 2531)

จากการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ (2531) เกี่ยวกับแบบแผนการย้ายถิ่นของคนในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดและการ

ย้ายเข้ามาพักอาศัยในเขตชุมชนแออัดนั้น ไม่ได้ย้ายจากจังหวัดที่เกิดเข้ามาพักอาศัยในเขตชุมชนแออัดโดยตรง แต่มีการย้ายที่อยู่หลาย ๆ ครั้ง และต่อมาจึงย้ายเข้ามาพักในเขตชุมชนแออัด และสาเหตุของการย้ายเข้ามาอาศัยในชุมชนแออัดนี้พบว่า นอกจากการย้ายตามสามี ภรรยา บิดา มารดา หรือญาติแล้ว ยังพบว่ามีสาเหตุมาจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการหางานทำ และการหาที่พักอาศัยซึ่งอยู่ใกล้กับที่ทำงาน ตลอดจนปัญหาที่เกิดจากที่อยู่เดิมหมดสัญญาเช่า ถูกไล่ที่ ถูกไฟไหม้ และปัญหาความอึดอัดคับแคบ

เกี่ยวกับระบบทางสังคมพบว่า ชุมชนแออัดในเขตเมืองก็เช่นเดียวกันกับชุมชนหรือหมู่บ้านในชนบท ซึ่งมักจะมีผู้นำตามธรรมชาติ เมื่อเปรียบเทียบกับสังคมหมู่บ้านในเขตชนบท การรวมตัวของคนในชุมชนแออัด จะเป็นไปอย่างหลวม ๆ และจะเหนียวแน่นมากเมื่อชุมชนกำลังเผชิญกับการไล่ที่ แต่เมื่อปัญหาดังกล่าวลดน้อยลง เกลียวที่เหนียวแน่นจะคลายออกทีละน้อย (อรทัย อาจอ่ำ, 2531 อ้างในสมศักดิ์ อุพันธ์, 2535) นอกจากนี้ จากการศึกษาของโสภณ พรโชคชัย (2528) พบว่า ชุมชนแออัดมีลักษณะผสมผสานของวัฒนธรรม 2 แบบระหว่างเมืองกับชนบท อาทิ เช่น แบบแผนการรวมกลุ่ม มีการรวมกลุ่มบ้างแต่ไม่เด่นชัดเท่าชนบท ในขณะที่เดียวกันก็เน้นลักษณะปัจเจกบุคคล แต่ไม่มากเท่าชาวเมืองทั่วไป ส่วนแบบแผนความสัมพันธ์ ความเข้มข้นของระบบอาวุโสมีน้อยกว่าชนบท แต่ก็ไม่เข้ากับลักษณะเสรีนิยมทั้งหมด มีการเกื้อกูลเพื่อประโยชน์ซึ่งกันและกันในระบบอุปถัมภ์เช่น หัวหน้ากับลูกมือ ลูกพี่กับลูกน้อง เป็นต้น (โสภณ พรโชคชัย, 2528 ; อรทัย อาจอ่ำ, 2531 อ้างในสมศักดิ์ อุพันธ์, 2535)

จากการศึกษาด้านการจัดตั้งองค์กรต่าง ๆ สำหรับดำเนินงานในการพัฒนาชุมชนแออัดพบว่า การพัฒนาทางด้านกายภาพเพียงประการเดียวไม่เพียงพอสำหรับการยกระดับชุมชน และแก้ไขปัญหาของชุมชน เพราะการพัฒนาทางด้านกายภาพเป็นการแก้ไขเฉพาะหน้าที่สังคม หรือชุมชนประสบอยู่ การจัดตั้งองค์กร หรือกลุ่มผู้นำเพื่อประโยชน์ในการพัฒนานับเป็นแนวความคิดและวิธีการซึ่งยังประโยชน์อย่างสูงต่อการพัฒนาชุมชนระยะยาว แต่อย่างไรก็ดี จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในชุมชนกับประชากรที่อาศัยอยู่พบว่า มีประชากรในเขตชุมชนแออัดจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบว่ามีกลุ่มบุคคลที่ร่วมทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชน อาจเป็นเพราะการจัดตั้งองค์กร หรือกลุ่มผู้นำชุมชนเพิ่งจะเริ่มดำเนินการ เมื่อไม่นานมานี้ และอาจเป็นเพราะประชาชนในเขตชุมชนแออัดส่วนใหญ่ประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและการเงิน ทำให้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไป

ในการประกอบอาชีพและหาเลี้ยงครอบครัว จึงทำให้ความสนใจต่อเรื่องอื่น ๆ ลดลง (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2531)

สำหรับความเป็นมาของชุมชนแออัดในเชียงใหม่ นั้น จากการสำรวจจำนวนประชากรของจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2533 พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น 1,313,859 คน เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในเมือง 158,729 คน อาศัยอยู่ในชนบท 1,155,130 คน คิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 13 ต่อ 87 และเมื่อพิจารณาความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ จากการสำรวจของที่ทำการปกครองจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2529 พบว่า ความหนาแน่นของประชากรในจังหวัดเฉลี่ยต่อพื้นที่คิดเป็น 55.66 คนต่อตารางกิโลเมตร แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่พบว่ามีอัตราความหนาแน่นของประชากรถึง 3,968 คนต่อตารางกิโลเมตร ความหนาแน่นของประชากรแสดงถึงความเป็นอยู่อย่างแออัดยัดเยียด ซึ่งแม้ว่าจะยังไม่เทียบเท่ากรุงเทพมหานคร แต่ก็มีแนวโน้ม และสามารถพยากรณ์ได้ว่าจะมีปัญหายุ่งยากในการพัฒนาเมืองต่อไปในอนาคต

สำหรับชุมชนแออัด ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จากสถิติงานปรับปรุงชุมชนแออัดเทศบาลนครเชียงใหม่ ปี พ.ศ.2534 ได้กำหนดชุมชนแออัด หรือแหล่งเสื่อมโทรมในเขตเทศบาลรวม 13 ชุมชน มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมดประมาณ 1,935 หลังคาเรือน มีประชากรในชุมชนทุกแห่งประมาณ 8,630 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ (เทศบาลนครเชียงใหม่, 2534) ซึ่งการก่อตัวของชุมชนแออัดดังกล่าวจะอยู่ในช่วงปี พ.ศ.2519 - 2528 ระยะแรกจะก่อตัวตามแนวกำแพงเมืองเก่า หรือกำแพงดิน และที่ว่างเปล่าของหน่วยราชการที่ไม่ใช้ประโยชน์ ระยะต่อมาเริ่มมีการบุกรุกที่ว่างริมคูคลองสาธารณะของเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่ขาดการดูแล และก่อตัวในที่ดินให้เช่าราคาถูกของเอกชน (ฟิลันด์ ด่านไพบูลย์, 2529 อ้างในสมศักดิ์ อุปพันธ์, 2535)

## 2. พฤติกรรมการรักษาตนเอง

พฤติกรรมการเฝ้าระวังรักษาโรคของคนไทย ที่สืบทอดกันมา คือ การพยายามรักษาตนเอง ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เขาให้ความศรัทธา และเชื่อมั่นก่อน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ผู้ป่วยหรือเครือข่ายสังคม หรือที่มีอำนาจตัดสินใจในการรักษา จะพิจารณาเลือกวิธีการ

รักษาโดยอาจเริ่มต้นจากการดูแลตนเองเพียงอย่างเดียว โดยไม่ต้องแสวงหาการรักษาอื่น ๆ หรืออาจเริ่มต้นจากการดูแลตนเองในขั้นแรก แล้วเปลี่ยนมาเป็นการรับการรักษาจากแหล่งอื่น ๆ หรือ แสวงหาการรักษาจากแหล่งอื่น ๆ แล้วกลับมาดูแลรักษาตนเอง (พิมลพรรณ อิศรภักดี, 2534) นอกจากนี้ จากการศึกษาพฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขพบว่า คนใช้คิดว่าโรคที่เป็น สามารถรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ไม่ใช่ต้องรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ระหว่างวิธีตะวันตก (ปัจจุบัน) หรือโบราณ แต่อยู่ที่ว่าวิธีใดจะรักษาได้ดีกว่า และสามารถที่จะนำมารักษาร่วมกันได้ เช่น หลังจากรักษาด้วยหมอยุคปัจจุบันมาหลายหมอด และยังไมหายก็จะหันไปรักษาด้วยหมอยุคโบราณ บ้าง อย่างไรก็ตามมีอาการหรือประเภทของโรคอย่างหนึ่ง ที่คนใช้คิดว่าเป็นเพราะสิ่งลึกลับต่างๆ (Moral Causation) ทำให้ตนล้มป่วย คือ การเจ็บป่วยซึ่งไม่เกี่ยวกับการผิดปกติของอวัยวะในร่างกายแต่เกิดจากโดยคาถาอาคม ใครทำพิธีให้เจ็บป่วย ไม่ได้แก้แค้นหรือเป็นเพราะตนมีกรรม ดังนั้นการรักษาด้วยหมอยุคโบราณจะมีประโยชน์กว่า (สันทัต เสริมศรี, 2517)

จากการศึกษา ถึงระดับ หรือปริมาณของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้าน พบว่าพฤติกรรมรักษาตนเอง เป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายมากที่สุด ร้อยละ 93.6 ของความเจ็บป่วยทั้งหมดเป็นการรักษาตนเองเป็นอันดับแรก และที่สำคัญก็คือร้อยละ 87.6 ของความเจ็บป่วยรักษาหายได้โดยการดูแลสุขภาพ หรือรักษาตนเองเท่านั้น (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ในเขตภาคอีสานของประเทศไทย ของ นิรมวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) พบว่าร้อยละ 88 ของความเจ็บป่วยใช้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองแต่อย่างเดียว การดูแลรักษาตนเองนี้มักจะใช้กับความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ประมาณร้อยละ 97 ซึ่งการดูแลรักษาตนเองนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวคิดคือ การดูแลรักษาตนเองโดยใช้ยาสามัญประจำบ้าน (Self Medication) และการดูแลตนเองโดยไม่ต้องใช้ยา (Non-Medicated Self Care) (พิมลพรรณ อิศรภักดี, 2534)

การศึกษาวิจัยหลายชิ้นให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า การซื้อยาจากร้านค้าของชำเพื่อรักษาตนเองเป็นพฤติกรรมหลักที่ใช้มากที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-Medication With Modern Pharmaceuticals) เป็นแบบแผนหลักที่แพร่หลายที่สุดของระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) (สำลี, 2519 ; นิรมวัลย์, 2530 ; วีระพันธ์, 2533 ; ทวีทอง, 2533 ; สุนัตรา, 2533 ; เพ็ญจันทร์, 2534) ซึ่งจากการศึกษาของ วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์

(2533) เกี่ยวกับชนิดของยาที่เกษตรกรนิยมซื้อจากร้านขายของชำ พบว่าร้อยละ 52.75 เป็นยาแก้ปวดลดไข้ได้แก่ บวดหาย ทมิใจ ไพรานา ไวคุล บูรา ตรางู ตราหัวสิงห์ และอื่น ๆ ร้อยละ 11.00 เป็นยาฉีด ที่รักษากับหมอกกลางบ้าน ร้อยละ 8.09 เป็นยาแก้ปวดท้อง เช่น แอนตาซิล ยารักษาหน้าขาว ยาลดกรด และร้อยละ 6.89 เป็นยาชุดที่ได้แพร่หลายคือ ยาแก้ปวดเมื่อย หรือยาหมอนวด งานสำรวจเกี่ยวกับแหล่งกระจายยาในชุมชนของ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2533) ที่อุบลราชธานี พบจำนวนแหล่งขายยาเฉลี่ยต่อหมู่บ้านมากถึง 7.1 แห่งต่อหมู่บ้านหรือ 1 แห่งต่อ 21 หลังคาเรือน เป็นร้านค้าของชำ และมียาจำหน่ายเฉลี่ย 24 รายการต่อร้านและพบว่ายาที่ขายดีที่สุดในที่สุดคือ ยาแก้ปวด

และจากการศึกษา ด้านการรักษาอาการเจ็บป่วย ของประชากรให้เขตชุมชนแออัด ทั้งที่ได้รับการพัฒนาแล้ว และยังมีได้รับการพัฒนาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าประชากรส่วนใหญ่รักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยโดยการซื้อยากินเอง ซึ่งเป็นการซื้อจากร้านทั่ว ๆ ไป ทั้งที่เป็นร้านขายยา ร้านขายของชำ และร้านค้า ซึ่งยาส่วนใหญ่ที่ได้รับมานั้น เป็นยาที่ไม่ได้รับการแนะนำจากเภสัชกร การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องกับโรค และมักจะใช้ยาโดยไม่ถูกวิธี (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2531)

เกี่ยวกับการรักษาตนเองยามเจ็บป่วยนี้ พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) กล่าวว่าชาวบ้านได้สะสมประสบการณ์การดูแลรักษาตนเองไว้มาก และมีการถ่ายทอดข้อมูลต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลาทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าเพื่อนบ้านและญาติ จะมีผลมากต่อการตัดสินใจ เพราะเป็นแหล่งข้อมูลแรกที่จะได้รับข่าวสารด้วยลักษณะบ้านที่ปลูกอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ลักษณะอาชีพ การทำนา ทำให้มีเวลาว่างพอที่จะรวมกลุ่มพูดคุยกันอยู่เสมอ เมื่อมีใครเจ็บป่วยก็จะรู้กันทั่ว จะมีการเยี่ยมเยียนถามไถ่ และแนะนำการรักษาพยาบาล รวมทั้งแนะนำยาดี ๆ โดยเฉพาะโรคพื้นบ้านทั่ว ๆ ไป เพื่อนบ้านที่อาวุโสกว่ามีประสบการณ์มากกว่าจะเป็นผู้แนะนำ คนที่มีลูกหลานก็จะรู้จักยาสำหรับเด็กหลายชนิด และมีประสบการณ์ที่จะแนะนำแม่ใหม่ได้ (สุนัตรา ชาติปัญญาชัย, 2533)

จากการศึกษาของพัชรพร สุกนธา (2533) เกี่ยวกับประสิทธิผลในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ได้พบว่าพฤติกรรมอนามัยของบุคคลนั้น มีปัจจัยที่มากเกี่ยวข้องหลายประการ โดยอ้างถึงการศึกษาของแลมเบอร์ก (Lamberg) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวเดียวกันจะมีส่วนช่วยเหลือกันในการปฏิบัติตนเพื่อการรักษาและป้องกันโรค อ่างการศึกษาของโร เช่นสตอก



(Rosenstock) ถึงปัจจัยด้านอายุซึ่งพบว่า คนอายุน้อยจะมีการใช้บริการเพื่อตรวจหาและป้องกันโรคมามากกว่าในคนอายุมาก อ่างการศึกษาของค็อคเกอร์แฮม และ โรเซนสตอกค์ (Cockerham) และ Rosenstock) เกี่ยวกับปัจจัยด้านเพศพบว่า เพศหญิงจะไปรับบริการการตรวจรักษาและการป้องกันโรคมามากกว่าเพศชาย เกี่ยวกับสถานภาพสมรสนั้น ได้อ่างการศึกษาของบราวน์ และ แมคครีดตี (Brown and Mc Creedy) พบว่า ชายที่สถานภาพสมรสคู่ และหญิงที่เป็นโสดจะมีพฤติกรรมอนามัยในด้านการป้องกันโรคดีกว่าชายที่เป็นโสด และหญิงที่สถานภาพสมรสคู่ สำหรับระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจนั้น ได้อ่างการศึกษาของค็อคเกอร์แฮม (Cockerham) พบว่า ผู้มีรายได้น้อยจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อย เพราะสามารถทน (Tolerate) ต่อภาวะสุขภาพอนามัยที่ไม่ดีได้ และความเชื่อในการป้องกันโรค หรือโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้จากสื่อมวลชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพก็จะน้อยลงด้วย

สำหรับปัจจัยในด้านอายุที่มีผลต่อความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานขึ้นไปนั้น จากการศึกษาของ วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2533) ได้แบ่งลักษณะของความเจ็บป่วยของผู้ที่มีอายุในวัยแรงงานขึ้นไป ดังนี้คือ

1. วัยแรงงานก่อนวัยกลางคน (15-45 ปี) วัยแรงงานในช่วงนี้เป็นวัยหนุ่มสาว ซึ่งมีอาการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 70 อาการที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะ รองลงมาคือ ปวดตามร่างกาย และปวดท้อง ไข้หวัด ท้องร่วง โรคแผลในกระเพาะอาหาร พยาธิ และอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนมากจะเกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ ยังมีอาการป่วยที่ไม่ระบุ กล่าวคือรายงานเพียงว่าไม่สบายต้องซื้อยามารับประทาน แต่ไม่ทราบอาการชัดเจน

2. วัยแรงงานช่วงกลางคน (46-65 ปี) อัตราการเจ็บป่วยของบุคคลในวัยนี้สูงถึงร้อยละ 92 โดยพบอาการผิดปกติเกี่ยวกับอาการปวดเมื่อยตามร่างกายมากที่สุด รองมาได้แก่ เป็นไข้ ปวดท้อง ปวดศีรษะ ไข้หวัด นอกนั้นได้แก่ อาการของระบบทางเดินอาหารเช่น ท้องร่วง ท้องอืด โรคแผลกระเพาะอาหาร เป็นต้น

3. วัยสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) พบว่า บุคคลผู้สูงอายุกลุ่มที่ศึกษามีรายงานการเจ็บป่วยในรอบปีทุกราย เช่น ป่วยเป็นโรคชรา ส่วนอาการทั่วไปที่พบในผู้อื่นนี้คือ การปวดเมื่อยร่างกาย ปวดท้อง เป็นไข้ ปวดศีรษะ

สำหรับในด้านผู้สูงอายุนั้น จากการสำรวจผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 3,252 ราย ของสถาบันวิจัยประชากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2531 อ้างใน กระแส ชนวงค์, 2532) พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่ประสบปัญหาใน 2 ด้านคือ ปัญหาด้านภาวะทางเศรษฐกิจ และ ภาวะสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตเมือง ยังต้องทำงานอยู่แต่ในชนบท ผู้สูงอายุมักจะ คอยดูแลเด็กเล็ก หรือบุตรหลาน และได้เงินสนับสนุนจากลูกหลานส่งมาให้

และจากการศึกษาของ กระแส ชนวงค์ (2532) เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ในกลุ่มผู้สูงอายุของหมู่บ้านห้วยร่วม อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุ (อายุ มากกว่า 60 ปี) จะมีอาการของความเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการปวดศีรษะ เป็นไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย (ปวดขา ปวดเข่า ปวดหลัง) ร้อยละ 68.1 รองลงมาได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร และโรคเรื้อรังระดับปานกลางอื่น ๆ อีกร้อยละ 23.7 โรคเรื้อรังระดับรุนแรง ร้อยละ 8.2 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่พบมากที่สุดคือ การใช้ยารักษาตนเองร้อยละ 51.5 ของความเจ็บป่วย ยาที่มีการซื้อใช้กันมากที่สุดได้แก่ ยาแอสตาซิน และยาแก้ปวดชนิดต่าง ๆ และในการศึกษาเดียวกันนี้ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวของชาวชนบทไทยนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีการพึ่งพา และให้คำปรึกษา ตลอดจนการถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง และพบว่าผู้สูงอายุจะมีบทบาทในด้านการจัดหาหาให้สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเกรงอกเกรงใจในบุตรหลาน เพราะเมื่อตนอายุมากขึ้น จำต้องพึ่งพาอาศัยแรงงาน เพื่อการยังชีพจากลูกหลานจนลูกหลานกลายเป็นผู้นำครอบครัวแทนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ในด้านครอบครัวของผู้เป็นบุตรหลานนี้ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าการแต่งงานของลูกหลานเป็นสิ่งที่แสดงความ "เป็นฝั่ง เป็นฝา"ตนเองไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว หรือสร้างความลำบากใจให้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในลักษณะของวัฒนธรรมไทยนั้นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุนั้นพบว่า ผู้ที่เป็นบุตรหลานยังคงเคารพยำเกรงผู้สูงอายุ และมีการยกย่องในโอกาสต่าง ๆ ซึ่งเห็นได้จากการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน และพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวในวันสงกรานต์ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาจากฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม จะเห็นได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเข้ามามีส่วนกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ กลุ่มคนยากจนมีพฤติกรรมรักษาตนเองเท่านั้นมากที่สุดโดยไม่ต้องไปรักษาต่อยังแหล่งอื่น แต่กลุ่มคนรวยจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

เป็นอันดับแรกสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งน่าจะเป็นเพราะกลุ่มคนรวยสามารถเข้าถึง แหล่งบริการด้านสาธารณสุขในด้านค่าใช้จ่ายมากกว่ากลุ่มคนฐานะอื่น ๆ เมื่อได้ลองเลือกรักษาตนเองดูสักระยะแล้วไม่เห็นอาการดีขึ้น ก็มีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปแสวงหาแหล่งบริการสาธารณสุขต่าง ๆ โดยไม่รีรอ ทั้งนี้ ด้วยขีดความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินไขส่งเสริมให้ทำเช่นนั้นได้ ตรงกันข้ามกับกลุ่มคนจน ซึ่งเริ่มต้นด้วยการรักษาตนเองก่อน เมื่อไม่หายก็จะลองรักษาตนเองต่อไปอีกสักระยะหนึ่ง หรืออาจเปลี่ยนวิธีการรักษาตนเองแบบอื่น ๆ ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหาย (เพ็ญจันทร์ ประดับมุก, 2534) และจากการศึกษาของจากรุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528 อ้างใน พัชรพร สุกธธา, 2533) พบว่า ลักษณะอาชีพที่แน่นอนมั่นคงจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีลักษณะอาชีพไม่แน่นอน เพราะลักษณะอาชีพจะเกี่ยวข้องกับรายได้ ความภูมิใจ และความมีคุณค่าในตนเองของบุคคลในสังคมด้วยพฤติกรรมการแสดงออกนี้ในทางสุขภาพถือว่า พฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุดที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่เข้ามามีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของตนเองนี้ ทำให้มีผลต่อราคาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ สุนัตราชาติบัญชาชัย (2533) พบว่า ราคาที่เหมาะสมนี้มีได้ หมายถึง ยาที่ซื้อหามารักษาตนเองจะต้องถูกเสมอไป แต่การรักษาตนเองประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าวิธีอื่น ๆ อีกทั้งผู้ซื้อสามารถเลือกได้ตามความต้องการ ทั้งชนิดและปริมาณ ตามกำลังทรัพย์ของตนเอง ชาวบ้านจึงนิยมใช้ยา 1 หรือ 2 ครั้งก่อนแล้วรอดูอาการ ถ้าอาการดีขึ้น ก็จะใช้ยาคืนนั้นต่อไปในวันรุ่งขึ้น แต่ถ้าไม่ดีขึ้นก็จะลองเปลี่ยนเป็นยาคืนอื่นที่มีสรรพคุณเหมือนกัน แต่แรงขึ้น และมักจะมีราคาแพงขึ้นด้วย เป็นการใช้จ่ายแบบขั้นบันได โดยชาวบ้านเชื่อว่า "ยาแพงดีกว่ายาถูก" อย่างไรก็ตามในหลาย ๆ กรณีที่คำแนะนำเป็นเพียงแรงกระตุ้นให้ชาวบ้านทดลองใช้ยาในครั้งแรก ๆ หลังจากนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับตัวยาเองว่าจะสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยจนเป็นที่พอใจของชาวบ้านได้หรือไม่ ถ้าไม่เป็นที่พอใจชาวบ้านจะหวนกลับไปหายาตัวเก่าหรือหันไปทดลองยาตัวใหม่ต่อไป ในทางตรงกันข้าม แม้ว่ายาตัวใหม่จะรักษาได้ผลดีพอ ๆ กับยาตัวเก่า แต่ชาวบ้านอาจจะผูกพันกับยาตัวเก่ามากกว่าในฐานะที่เป็นสิ่งที่คุ้นเคย

การตัดสินใจว่ายาดี หรือไม่ ชาวบ้านจะพิจารณาหลายประการประกอบกันคือ

รูปแบบของยา บางคนพอใจยาผง เพราะเมื่อสัมผัสสั่นก็ให้ความรู้สึกถึงรสชาติ บางคนชอบรูปแบบของแคปซูล หรือบางคนนิยมยาฉีด โดยเฉพาะที่มีสีของยาเหมือนเลือด และเมื่อใช้ฉีดเข้าเส้นจะมีความรู้สึกว่าได้เพิ่มเลือด

ความแรงของยา ในการประเมินความแรงของยา เป็นเรื่องของแต่ละบุคคล ซึ่งเมื่อสื่อความหมายออกมา มักจะเข้าใจกันเองในหมู่บ้านและผู้ขายยา อาการที่สื่อออกมา เช่น บีบหัวใจ เป็นมาน ๆ อยู่ในท้อง เช่น พวกยาชุด เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่ากินวันละ 1 ชุด จะไม่กินมากกว่านี้ เพราะ "ยามันแรง" ถ้าไม่หายก็จะกินไปเรื่อย ๆ แต่ถ้า 3 ชุด แล้วไม่หายก็เป็นเพราะ "ไม่ถูกกับยา" หรือ "จัดยาไม่ถูก"

สรุปได้ว่า การรักษาตนเองของชาวบ้านนั้น มีองค์ประกอบที่มาจากเกี่ยวข้องกับหลายประการ ตั้งแต่การแยกแยะอาการเจ็บป่วยว่ารุนแรงหรือไม่ สามารถรักษาตนเองได้ หรือต้องไปรับการรักษาพยาบาลจากแหล่งอื่น ความเชื่อถือในวิธีการรักษาแบบนั้น ๆ ประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมา การแนะนำจากญาติหรือเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับเพศ อายุ หรือสภาพสมรส หรือฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และเมื่อตัดสินใจในการรักษา โดยการซื้อยามารักษาตนเองจะมีปัจจัยด้านคุณสมบัติของยา เช่น รูปแบบของยา หรือความแรงของยา ตลอดจนความสามารถในการหาซื้อได้ง่ายและควรมีราคาที่เหมาะสมด้วย

### 3. ยาที่นิยมใช้ในการรักษาตนเอง

จากข้อมูลที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การซื้อยารักษาตนเอง เป็นพฤติกรรมที่พบเห็นและนิยมมากที่สุดของประชาชน ทำให้มีการศึกษาถึงมูลค่าการบริโภคยาของคนไทยพบว่า ยาแก้ปวดลดไข้ เป็นกลุ่มยาที่มีมูลค่าการบริโภคในปี พ.ศ. 2533 รวมทั้งสิ้น 6,756 ล้านบาท หรือประมาณ 10% ของมูลค่าการบริโภคยาทุกประเภท เฉพาะในกลุ่มยาสูตร เอ.ซี. (Aspirin+Caffeine) มีมูลค่าการขายทั้งสิ้นกว่า 1,200 ล้านบาทต่อปี โดยที่มียอดการจำหน่ายสูงสุด รองลงมาคือ บวดหาย ทั้งสองยี่ห้อนี้มียอดขายเกือบครึ่งหนึ่งของมูลค่าการขายทั้งหมดของยากลุ่มนี้ (ชนัญญา สันสมภาค 2534) มีข้อมูลการศึกษาในปี 2519 รายงานว่าปริมาณการบริโภคยาแก้ปวดทั้งประเทศสูงกว่าปริมาณความต้องการที่ควรจะเป็นถึง 10 เท่า ขณะที่ข้อมูลจากกลุ่มศึกษาปัญหา รายงาน

ว่า 2 ใน 3 ของการใช้ยาแก้ปวด เป็นการใช้ที่เกินความจำเป็น ซึ่งหมายความว่า มูลค่าการบริโภคยาแก้ปวดในปี 2533 นั้น ประมาณ 4,527 ล้านบาท เป็นการใช้ที่เกินความจำเป็น (สำลี ใจดี, 2534)

งานวิจัยหลายชิ้นให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า พฤติกรรมการใช้ยาของไทยนั้นกว่าครึ่งหนึ่งของการซื้อยาทั้งหมดเป็นการซื้อยาประเภทแก้ปวด ลดไข้ ซึ่งมีชื่อเรียกทางการค้าเช่น ทัมใจ บวดหาย บูรา ไวคูล ซึ่งมีจำหน่ายทั่วไปในร้านค้าในหมู่บ้าน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2527 ; สารภี ลีประเสริฐ, 2531) ; วีระพรรณ สุพรรณไชยมาตย์, 2533 ; นิมลพรรณ อิศรภักดี, 2534) และจากการศึกษาของสุนัตรา (2533) พบว่าจากจำนวนการใช้ยาในช่วง 1 ปีย้อนหลังของชาวบ้านใน 4 หมู่บ้านของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งรวมทั้งสิ้น 3,611 ครั้ง เป็นการใช้ยาแก้ปวดลดไข้ถึง 1,673 ครั้งหรือ 46.3% เช่นเดียวกับวีระพันธ์ (2533) ที่รายงานไว้ใน 915 ครั้งของการรักษาตนเองในรอบ 1 ปีของเกษตรกร 40 ครอบครัว เป็นการใช้ยาแก้ปวดมากที่สุดถึง 52.8%

นอกจากนี้ จากการศึกษาของพัชรา กาญจนารักษ์ (2526) ได้ศึกษาวิจัยปัญหาการใช้ยาแก้ไข้ แก้ปวดในเกษตรกรไทยใน 7 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผลการใช้ยาแก้ปวดในเกษตรกรไทยพบว่า ยาลดไข้แก้ปวดที่เกษตรกรใช้กันมากที่สุดคือ ยาต้มใจ รองมาคือ ยาประสะบอแรด บวดหาย ยาตราไก่ ยาตราหัวสิงห์ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการซื้อยาของแก้ปวดพบว่าร้อยละ 57.38 เกษตรกรจ่ายเงินซื้อยาแก้ปวดเดือนละไม่เกิน 60 บาท และร้อยละ 2.38 ใช้เงินซื้อยาแก้ปวดชนิดซองมากกว่าเดือนละ 200 บาท เกี่ยวกับชนิดของยาแก้ปวดที่นิยมใช้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูเนญ วิบูลสันติ (2526) ซึ่งศึกษายาที่ขายดีในร้านขายยาในจังหวัดเชียงใหม่จากการแบ่งยาที่ศึกษาออกเป็น 7 กลุ่มพบว่า ยาที่เป็นที่นิยมของผู้ซื้อมากที่สุดคือ ยาที่มีสูตร เอ.พี.ซี (Aspirin + Phenacetin + Caffeine) ทั้งชนิดเม็ดและชนิดซอง ซึ่งมีความนิยมใช้ถึงร้อยละ 40.53

#### 4. พฤติกรรมการใช้ยาของลดไข้-แก้ปวด

ยาแก้ปวดลดไข้ เป็นยาแผนปัจจุบันที่มีผู้ใช้กันอย่างไม่ต้องมากที่สุดในเขตเมืองและเขตชนบท เนื่องจากความสะอาดสบาย ทั้งในแง่การหาซื้อและการบริโภค ทำให้ประชาชนทั่วไปมีการใช้ยาแก้ปวดลดไข้เป็นประจำ และผู้ใช้ยาแก้ปวด เป็นประจําส่วนใหญ่จะเป็นประชากรวัยแรงงาน (สารภี ลีประเสริฐ, 2531)

พิจารณาในแง่สังคม-วัฒนธรรม อาจแบ่งรูปแบบของการใช้ยาแก้ปวดที่พบในงานวิจัยต่าง ๆ เป็น 3 ลักษณะคือ หนึ่ง การใช้ยาแก้ปวดเพื่อรักษาอาการปวดและใช้ทั่วไป เช่น ปวดหัว เป็นไข้ และอาการปวดต่าง ๆ สอง การใช้เพื่อกระตุ้นให้มีแรงทำงานได้มากและลดอาการปวดเมื่อยร่างกายจากการทำงานหนัก และสาม การใช้ในลักษณะติดยา คือต้องกินประจำทุกวัน แบบที่สองกับแบบที่สามมักเป็นพฤติกรรมที่สืบเนื่องกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีพฤติกรรมการติดยา มักมีการกินเพื่อกระตุ้นการทำงานมาก่อนเป็นเวลานาน (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2534)

##### 1. การใช้ยาแก้ปวดกับอาการปวด และอาการไข้ทั่ว ๆ ไป

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาการใช้ยาระงับปวด และลดไข้ ของผู้ประกอบอาชีพกับจักรยานสามล้อในจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีการใช้ยาระงับปวดและลดไข้ถึงร้อยละ 75.0 ซึ่งกลุ่มดังกล่าวมีโรคประจำตัวร้อยละ 67.4 โรคที่เป็นกันมากคือ โรคปวดเมื่อยมีทั้งเอว สะโพก ข้อเข่า หลังและกล้ามเนื้อต่าง ๆ รองลงมาคือ อาการปวดท้อง และพบว่าอาการปวดท้อง มีในระยะเวลา และบริเวณที่ปวดแตกต่างกัน และอาการปวดเมื่อยของผู้ประกอบอาชีพนี้ไม่น่าจะเป็นอาการที่ผิดปกติ เพราะอวัยวะที่ปวดเมื่อยดังกล่าวต้องใช้แรงงานมีการตั้งตัว และบางครั้งต้องอยู่ในท่าซบซึ้งที่ต้องก้มหลังเป็นเวลานานย่อมเกิดอาการปวดเมื่อย การตากแดด หรือตากฝนอาจทำให้มีไข้ เพิ่มความปวดเมื่อย และปวดศีรษะขึ้นอีก (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2527) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการใช้ยาของชุมชนโดยกลุ่มศึกษาปัญหาฯ (2526) ซึ่งสำรวจการใช้ยาของชุมชนนอกเขตเทศบาลอำเภอแก่งคอย สระบุรีพบว่า อาการป่วยที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัวมากที่สุด มีการใช้ยาแก้ปวดลดไข้มากที่สุด ทั้งในแง่เคยใช้และกำลังใช้เป็นประจำ มีอาการผิดปกติหลังจากใช้ยากลุ่มนี้มากที่สุด เป็นยาที่เก็บไว้ในบ้านมากที่สุด และได้รับยาจากร้านขายยาโดยมิได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องมากที่สุด (ภักดี โพธิศิริ, 2527) ซึ่งจากการศึกษาของ

สำลี ใจดี (2523) เกี่ยวกับการไปใช้บริการจากร้านขายยาของประชาชน ซึ่งพบว่ามี 2 แบบคือ ปรีกษาอาการกับผู้ชาย หรือ "ผู้ป่วยให้ร้านขายยารักษา" และบอกชื่อยาที่ตนเองต้องการ หรือ "ผู้ป่วยรักษาตนเอง" โดยผู้ป่วยมีได้รับคำแนะนำและเหตุผลที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 82.4 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเกิดปัญหาด้านการใช้ยาของประชาชน

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดในวัยแรงงานในชนบทของจังหวัดนครราชสีมา พบว่าประชากรในชนบทมีการใช้ยาแก้ปวดเป็น 4 ลักษณะคือ ใช้ยาแก้ปวดทุกวัน ใช้ทุกสัปดาห์ ใช้ทุกวันในช่วงทำงานหนัก และใช้เฉพาะเวลาที่รู้สึกปวดเมื่อย ยาที่ใช้ประจำคือ ทัมใจ บวดหาย และปริมาณตัวยาที่ผู้ใช้ยาแก้ปวดได้รับทุกวันพบว่า แอสไพรินจะได้รับในปริมาณ 250-2600 มก. และคาเฟอีนซีเตรทในปริมาณ 60-480 มก.ต่อวัน (สารทิ ลีประเสริฐ, 2531) และถ้าหากพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุพบว่า อาการปวดดังกล่าวข้างต้นจะพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-65 ปีซึ่งเป็นวัยแรงงาน มีผลทำให้คนกลุ่มนี้มีการใช้ยาแก้ปวดลดไข้มากที่สุด (วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, 2533) และจากการสำรวจผู้ใช้ยาแก้ปวดในชุมชนชนบทที่อำเภอสูงเนินของ ฉลาด กิรพัฒน์ (2525) พบว่า มีจำนวนผู้ใช้ยาแก้ปวดประมาณ 10% ของประชากรทั้งหมดในชุมชน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุที่ใช้ยาแก้ปวดที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 50-54 ปี

สำหรับการใช้ยาแก้ปวด ร่วมกับสารชนิดอื่นนั้นพบว่า ส่วนใหญ่จะมีการใช้ยาเพียงชนิดเดียว ยกเว้นบางรายที่มีการใช้ร่วมกับยากระตุ้นประสาท หรือยาชนิดอื่น เช่น ถ้ากินยาต้มใจแล้วไม่ดีขึ้นจะกินดาก้าตาม และถ้าหากยังไม่ดีขึ้นจะกินโคบาลหรือกระทิงแดง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ต้มใจในการบำบัดอาการอื่นได้อีกเช่น ยาต้มใจผสมน้ำปลา 1 ช้อนแกัโรคบิด ต้มใจกับเหล้าขาวใช้บรรเทาอาการไอ ถ้าหิวข้าวกินยาต้มใจ 1 ชองจะช่วยลดความหิว หรือการใช้ต้มใจ 1 ชอง สามารถบรรเทาอาการมีนหัวจากการกินเหล้า (สารทิ ลีประเสริฐ, 2531) และสำหรับการประเมินความแรงของยาแก้ปวดชนิดชอง ที่ต่างชนิดกันพบว่า ชาวบ้านเชื่อว่ายาชอง โดยเฉพาะชนิดผงแรงกว่ายาเม็ด โดยเชื่อว่า ต้มใจกับบวดหาย มีความแรงไม่เท่ากัน ส่วนใหญ่จะกล่าวว่าต้มใจแรงกว่าบวดหาย และบวดหายจะออกฤทธิ์เร็วกว่าบุดรา ส่วนพาราเซตามอล นั้นในความรู้สึกของชาวบ้านบอกว่า ออกฤทธิ์ช้าที่สุด จะไม่ค่อยนิยมเป็นยาแก้ปวด แต่จะนิยมเป็นยาแก้ไข้มากกว่า ความรู้สึกร้อนคอ ร้อนท้อง เป็นความรู้สึกที่ชาวบ้านส่วนใหญ่ใช้ประเมินความแรงของยาเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีบางคนที่ประเมินจากขนาดของชอง "ถ้าชองเล็ก ยาแรง"

(สุภัทรา ชาติบัญชาชัย, 2533) และจากการสอบถามด้านความสะดวกในการใช้พบว่า ยาดังกล่าว มีทั้งชนิดของและชนิดเม็ดบรรจุในแผงใช้ง่ายเก็บง่าย ซึ่ติดกระเบาเสื่อไว้ สามารถใช้ได้ตลอด เวลาที่ต้องการ การให้ยาประเภทยาของแก้ปวดนี้ในชนบททั่วไปพบได้มาก สังเกตจากซองเหล่านี้ที่ใช้แล้วตกปลิวอยู่ทั่ว ๆ ไป บางครั้งมีผู้รับประทานให้เห็นโดยกรอกใส่ปากเลย หรือรับประทาน พร้อมน้ำ หรือเครื่องดื่มต่าง ๆ (จริยาวัตร คมพชัยค์, 2527)

พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่พบแสดงให้เห็นว่า มิได้เกิดขึ้นอย่างไรแบบแผน ตรงข้าม แทนที่เรื่องประเภท ความรุนแรง และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุล้วนมีส่วนสัมพันธ์กับการ เลือกใช้ยา ที่น่าสังเกตคือในกลุ่มอาการปวดประเภทต่าง ๆ นั้น ยาแก้ปวดถูกใช้กับเฉพาะอาการ ปวดหัว และอาการปวดเมื่อยที่ไม่รุนแรง ขณะที่อาการเหล่านี้ที่มีความรุนแรงกลับมียาชุด เข้ามา มีบทบาทแทน และการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มอาการปวดทั่วไปนี้ พบว่า ชาวบ้านจะมีวิธีการใช้ และการประเมินประสิทธิภาพของยาบนฐานทางวัฒนธรรมของตน ดังที่มีนักวิชาการต่างประเทศเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Cultural reinterpretation กล่าวคือ การใช้ยาแก้ปวดนั้น ชาวบ้านมัก ไม่สนใจวิธีการที่แนะนำตามข้างซอง บางกรณีพบว่า หากต้องการได้ผลเร็วจะมีการผสมยาแก้ปวด ที่เป็นผง 2-3 ชนิดเข้าด้วยกันแล้วกินครั้งเดียว เชื่อว่าจะได้ผลเร็ว ทั้งนี้เพราะเห็นประสบการณ์ จากการจ่ายยาของหมอ

ในด้านประสิทธิภาพพบความเชื่อของชาวบ้านว่า แต่ละคนถูกกับยาต่างชนิดกัน ยาที่ดี หรือกินถูก ต้องกินครั้งเดียวหาย หากไม่หายจะกินครั้งที่ 2 หากยังไม่หาย มีแนวโน้มจะเปลี่ยนยา ใหม่ สำหรับการรับรู้เรื่องผลข้างเคียงของยาแก้ปวด ชาวบ้านรู้ว่ายาแก้ปวดกินแล้วกัดกระเพาะ โดยอธิบายว่า เพราะยาที่กินเข้าไปจะไปติดที่ลำไส้ จึงทำให้กัด (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2534)

## 2. การใช้ยาแก้ปวดเพื่อเป็นสารกระตุ้นการทำงาน

ยาของแก้ปวด ถูกใช้เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้สามารถทำงานหนักได้นาน และ บรรเทาอาการปวดเมื่อยร่างกายจากการตรากตรำงาน พฤติกรรมเช่นนี้เกิดในหมู่ชาวบ้านที่ต้อง ทำงานหนักทั่วไปทั้งชาวไร่ ชาวจ้าง และกรรมกรในเมือง และพบว่าในหมู่ชาวบ้านที่รับจ้างดำนา หรือเกี่ยวข้าวจะมีการกินประจำในช่วงฤดูทำงาน โดยเชื่อว่า กินแล้วจะทำงานไม่เหนื่อย คำพูด ของชาวบ้านที่เปรียบยาของแก้ปวดว่าเป็น "ม้าเราดี ๆ นี้เอง" หรือ "น้ำมันคน" เป็นตัวบ่งบอก ที่ชัดเจนถึงความหมายของการใช้ยาเหล่านี้ ทั้งนี้ยังได้พบว่าสำหรับพฤติกรรมการกินนั้น พวกที่



กินประจำจะกินประมาณ 3 ครั้ง/ของต่อวัน บางคนในขณะที่ทำงานหากทำแล้วรู้สึกเหนื่อยมากขึ้นก็อาจเพิ่มขึ้นอีก ยาที่นิยมมีสองชนิดคือ ทัมใจกับบวดหายที่เป็นของชนิดผง ไม่นิยมอย่างเม็ด สำหรับพวกที่ต้องกินประจำ จะต้องเป็นยาสูตรเก่าที่มีคาเฟอีนผสม และพบว่าในระบบการจ้างแรงงานสำหรับตำนาหรือเก็บเกี่ยว สิ่งหนึ่งที่เจ้าของนาจะต้องเตรียมไว้บริการแรงงานเหล่านั้นนอกเหนือจากอาหารก็คือยาแก้ปวด โดยอยู่ในรูปของการละลายยาใส่กระติกน้ำเย็น หรือวางไว้เป็นของเพื่อสามารถหยิบได้ตามใจชอบ แม้กระทั่งในบางครั้งวัวที่ยามถึงฤดูทำงานที่ต้องระดมลูกหลานช่วยกัน พ่อแม่ก็มักเป็นคนเตรียมยาแก้ปวดไว้ให้ลูกหลานเช่นเดียวกัน (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2534) จากเหตุผลของการใช้ยาแก้ปวดในแง่ของการเป็นสารกระตุ้นการทำงานนี้ ทำให้ความถี่ของการใช้ยาจะเปลี่ยนแปลงไปตามฤดูกาล เช่น ในช่วงที่ต้องดำนา เกือบชาวในกลุ่มที่กินยาแก้ปวดทุกวันจะมีการเพิ่มปริมาณยา หรือเพิ่มจำนวนครั้งของการกินยามากขึ้น โดยอ้างว่าถ้าไม่กินจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำงาน นอกจากนี้ ยังพบว่าการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการง่วงนอนด้วย (สารภี สิประเสริฐ, 2531)

การใช้ยาแก้ปวดที่มีจุดประสงค์เพื่อกระตุ้นการทำงานนั้น ว่ากันตามจริงมิใช่เรื่องแปลก เพราะพฤติกรรมการใช้สารกระตุ้นร่างกายในชีวิตประจำวันเพื่อให้รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่านั้นมีอยู่ในทุกสังคม มีลักษณะเป็นวัฒนธรรมชนิดหนึ่ง ดังการดื่มกาแฟของคนตะวันตก และคนเมืองหรือการกินหมาก หรือพืชสมุนไพรที่มีฤทธิ์กระตุ้นของคนชนบท หรือแม้การสูบบุหรี่ก็อาจจัดอยู่ในข่ายพฤติกรรมเพื่อการนี้ ในประเทศไทยการกินใบกระท่อม หมาก สูบกัญชา ฝิ่น ในอดีตก็น่าจะเป็นพฤติกรรมในแบบเดียวกัน ภายหลังเมื่อถูกประกาศสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งผิดกฎหมาย พฤติกรรมเหล่านี้ก็เลิกไป หลบซ่อนมากขึ้น และ/หรือถูกทดแทนด้วยการใช้สารกระตุ้นที่ถูกกฎหมาย ในประเทศไทย สารกระตุ้นที่ถูกกฎหมายที่ชัดเจนที่สุดคือ เครื่องดื่มชูกำลังซึ่งมีมูลค่าการบริโภคปีละหลายพันล้านบาท อย่างไรก็ตาม เครื่องดื่มชูกำลังไม่อาจทดแทนได้ทั้งหมด โดยเฉพาะกับชาวไร่ ชาวนาหรือผู้ใช้แรงงานในชนบท เนื่องจากราคาแพง เมื่อเทียบกับค่าแรงต่อวันจึงไม่แปลกหากยาแก้ปวดที่ผสมคาเฟอีนจะถูกเลือกใช้เพื่อการนี้ เพราะราคาถูก หาง่าย ใช้สะดวก แต่ภาพของเครื่องดื่มชูกำลังในสายตาชาวบ้าน เหมาะสมสำหรับคนทำงานในเมืองไม่ใช่ชาวชนบท โดยการตีความเช่นนี้ ยาแก้ปวดก็คือ วัตถุที่เข้ามาทดแทนในวัฒนธรรมการใช้สารกระตุ้นของสังคมผู้ใช้แรงงาน เพื่อผ่อนคลายปัญหาทั้งกายและจิตที่เกิดจากแรงบีบรัดทางเศรษฐกิจ (ลือชัย ศรีเงินยวง, บุษบา มีพร, 2534)

### 3. การให้ยาแก้ปวดในลักษณะของการติดยา

จากการศึกษาของบุษบา มีพร (2534) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ติดยาแก้ปวดว่า มักจะมีอายุมากกว่า 50-65 ปี เคยกินยาติดต่อกันมานานนับสิบปี ปัจจุบันมักทำงานหนักไม่ได้แล้ว และมักมีปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วย ในด้านปัจจัยที่นำมาสู่การติดยานั้น กล่าวถึง ความยากลำบากในการทำมาหากินในระยะเริ่มต้นชีวิตครอบครัว เป็นเหตุให้ต้องพึ่งยาแก้ปวด จากน้อย ๆ ค่อยมากขึ้น นานเข้าเลยขาดไม่ได้

สำหรับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดในลักษณะของการติดยานี้ มีผลมาจากการที่มีการใช้ ในลักษณะที่กระตุ้นการทำงานเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง จึงมักจะลงท้ายด้วยการที่ต้องเสพเป็นประจำ ซึ่งอาการที่พบอยู่เสมอสำหรับการขาดยาในคนกลุ่มนี้คือ การอ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำงาน หงุดหงิด บางรายที่เป็นมากจะมีอาการปวดหัว มึนหัว และปวดเมื่อยตามร่างกาย (พัชรา กาญจนารักษ์, 2526 ; ภัคดี โภธิศิริ, 2527 ; จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2527 ; อรรารณ หุ่นดี, 2529 ; สารภี ลิประเสริฐ, 2531 ; ลือชัย ศรีเงินยวง, 2534)

นอกจากนี้ ยังพบว่า มีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด ดังที่มีผู้ศึกษาถึงความชุกของการให้ยาแก้ปวดลดไข้เป็นประจำพบว่า มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ราคา ยา ค่าใช้จ่ายในการซื้อยา สถานภาพสมรส และชนิดของยาแก้ปวดลดไข้ แต่ในขณะเดียวกันความชุกของการให้ยานั้นไม่มีความสัมพันธ์กับสภาพที่อยู่อาศัย ขนาดของครอบครัว สถานที่ทำงาน (ภัคดี โภธิศิริ, 2527 ; วิทย์ เทียงบูรณธรรม, 2531) และจากการศึกษาของ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2527) พบว่า ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีผลต่อการเลือกใช้ชนิดยาแก้ปวด และไม่มีผลต่อระยะเวลาที่ใช้ สถานที่ซื้อยาและเวลารับประทานยาแก้ปวดด้วย

### 5. อาการแทรกซ้อนทางกระเพาะอาหารกับการให้ยาแก้ปวด

ชาญชัย ศุภรสมิต (2528) ได้รวบรวมจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ด้วยอาการเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารจากเวชระเบียนคนไข้ของ โรงพยาบาลสมุทราศรตั้งแต่เดือนมกราคม 2525 ถึงเดือนธันวาคม 2526 ซึ่งอาการดังกล่าวเช่น การอาเจียน และ/หรือ การถ่ายเป็นเลือด พบผู้

ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง ผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 16-85 ปี อายุที่พบมากจะอยู่ระหว่าง 26-45 ปี และผู้หญิงที่พบว่าเป็นโรคนี้จะอยู่ในวัยที่สูงกว่าผู้ป่วยชาย ส่วนใหญ่มักมีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงาน เช่น รับจ้างทำนา ทำสวน เมื่อสอบถามประวัติพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติการเสพยา และ/หรือยาแก้ปวด โดยพบว่า กลุ่มที่ทำงานหนักมักมีการเสพยา ร่วมกับยาแก้ปวดเป็นประจำเสมอ ๆ ส่วนกลุ่มที่ทำงานเบา มักเสพยาแก้ปวดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสวาท ทุตติโยพิธิ และคณะ (2519) ซึ่งพบว่าประชากรในชนบทมีการใช้ยาแก้ปวดลดไข้ชนิดวิธิดิงร้อยละ 69.00 และพบว่าผู้ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำจนติดจะมีอาการเจ็บป่วยเช่น โรคกระเพาะอาหาร ภาวะอาหารทะลุ ปัสสาวะขุ่นขาว ปัสสาวะมีสีแดง (ฉลาด กิรพันธ์, 2525 ; พิศรา กาญจนารักษ์, 2526 ; มุลินธิเด็กอ่อนในสลัม, 2533) (ซึ่งรายละเอียดด้านเภสัชวิทยา และผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้แอสไพรินชนิดวิธิดิงได้จากภาคผนวก ข.) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำจะมีโอกาสเป็นแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำถึง 1 เท่า (ฉลาด กิรพันธ์, 2525) ในขณะที่ สารภี ลิประเสริฐ (2531) พบว่าผู้ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำมีแนวโน้มของการเกิดแผลในกระเพาะอาหารสูงกว่า ผู้ที่ไม่ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำถึง 2 เท่า

การศึกษาผลข้างเคียงของยาแก้ปวดของฉัตรชัย เอี่ยมตระกูล (2529) พบว่ายาที่มีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร (GI-bleeding) มากที่สุดคือ ยาที่มีส่วนผสมของแอสไพริน โดยพบจากยาประสะแอสไพรินร้อยละ 50 และจากยาทมิฬร้อยละ 47.37 นอกจากนี้จากการศึกษาประเภทของยาที่ผู้ประกอบการในร้านขายของชำในชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ยาที่ขายได้ดีและขายได้มากคือ ยาแก้ปวดชนิดซอง และยาลดกรดแก้โรคกระเพาะซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มยาที่ชาวบ้านนิยมใช้ทั้ง 2 ชนิดนี้มีความสัมพันธ์กัน

จากการเปรียบเทียบการเกิดโรคกระเพาะอาหารระหว่างผู้ที่มีการใช้ยาแก้ปวดกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ในกลุ่มผู้มีอาชีพเก็บจิ้งจกสามล้อ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้านอาการปวดท้องและการถ่ายอุจจาระดำ อย่างไรก็ตามพบว่า ในกลุ่มผู้ใช้ยาดังกล่าวมีการรับประทานยาในเวลาที่แตกต่างกันจะมีอาการทางกระเพาะอาหารมากน้อยต่างกัน แสดงว่า ผลของยาแก้ปวดน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคกระเพาะอาหาร และอาจมีปัจจัยอื่นที่มาประกอบเช่น การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ความวิตกกังวล ความเครียดและยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีการดื่มสุราถึงร้อยละ 64.7 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริมให้อาการทางกระเพาะอาหารได้มากขึ้น (วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, 2523)

ลำลี ใจดี, 2519 ; ลือชัย ศรีเงินยาวง, 2534 ; จริญญาวัตร คมพยัคฆ์, 2527) และจากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของคนนั้น ได้ข้อสรุปในด้านการเกิดโรคระเคาะอาหารได้ว่า คนจนทั้งในเมืองและชนบทเป็นโรคนี้ได้จากสาเหตุ 2 ประการคือ ประการแรกคนจนมักเป็นผู้ใช้แรงงานเป็นส่วนมาก โรคที่พบประจำก็คือ อาการปวดหลังปวดเอว ซึ่งนิยมรักษาตนเองด้วยการใช้ยาแก้ปวดชนิดของและยาชุด ซึ่งยาเหล่านี้จะมีฤทธิ์ในการกััดกระเพาะอาหาร ประการที่สองคือ คนจนต้องพวญกับปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมที่บีบคั้นรอบด้าน ทำให้เกิดความตึงเครียดอย่างมาก อันเป็นสาเหตุในการเกิดกรดในกระเพาะอาหาร และนำมาซึ่งโรคระเคาะอาหาร (จันทร์เพ็ญวิวัฒน์, 2525)

สำหรับการรักษาโรคระเคาะอาหารที่เกิดขึ้นนั้น พบว่าอาการปวดท้องจะเกิดขึ้นนานๆ ครั้งมากกว่าบ่อยครั้ง จึงทำให้ผู้เป็นไม่รู้ลึลว่าอาการเหล่านั้นเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ ดังนั้น ผู้ที่มีอาการดังกล่าวจึงดูแลตนเองด้วยการซื้อยารับประทานมากกว่าร้อยละ 90.0 และคิดเอาเองว่าอาการที่เป็น คือโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคไต อาการท้องผูก การทำงานหนัก การมีลมในท้อง ยาที่ซื้อใช้นอกจากยาระงับปวดและลดไข้แล้ว ยังพบว่ามีการซื้อยาเกี่ยวกับโรคระเคาะอาหารในอัตราสูงเช่นกัน (จริญญาวัตร คมพยัคฆ์, 2527) แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามิผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาจากแพทย์ โดยมีรายงานจากแพทย์ถึงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการักษาเนื่องจากโรคเลือดออกในกระเพาะอาหาร ซึ่งมีสาเหตุมาจากการใช้ยาแก้ปวดสูตร เอ.ซี (ไทยรัฐ 2534, 19 มีนาคม 2534) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ไปรักษาอาการทางกระเพาะอาหารจากสถานพยาบาลของรัฐ เช่น โรงพยาบาลมักจะได้ยามารับประทานโดยไม่ได้รับคำบอกเล่าว่าเป็นโรคอะไรควรปฏิบัติตนอย่างไร ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ไปรักษาต่อ แต่จะนำยาที่ได้รับมาเป็นตัวอย่างซื้อจากร้านขายยาต่อไป ซึ่งการปฏิบัติเช่นนี้ เป็นเรื่องปกติทั้งการกระทำของแพทย์ผู้ตรวจซึ่งต้องเร่งรีบตรวจให้ทันเวลากับจำนวนผู้ป่วยที่มาก และผู้ได้รับบริการเมื่อได้รับยาแล้วอาการอาจทุเลา จึงไม่ไปหาอีกเนื่องจากเสียเวลาทำงานประกอบอาชีพ หรืออาจคิดว่าไปแล้วก็คงได้ยาเก่ามาอีก จึงนำตัวอย่างยาไปซื้อตามร้านขายยาซึ่งสะดวกกว่า และไม่เสียเวลาทำงานอีกด้วย (จริญญาวัตร คมพยัคฆ์, 2527)

## 6. ความรู้ ข่าวสาร การโฆษณา

ยาของลดไข้แก้ปวด เป็นยาที่กระจายอยู่ในร้านค้าในหมู่บ้านเป็นเวลานานแล้ว จนกระทั่งชาวบ้านไม่สามารถระบุต้นตอของผู้แนะนำการใช้ยาของได้ เนื่องจากเป็นยาที่รู้จักกันดีในชุมชนและข้อมูลที่ได้ยินจากการโฆษณาที่ไม่ใช้การได้ยินได้ฟังครั้งแรก คนรุ่นใหม่ก็รู้จัก ถือว่าเป็นยาที่แพร่กออยู่ในวิถีชีวิตประจำวันของชุมชน **สื่อโฆษณา** เป็นตัวที่มีอิทธิพลในระยะยาว โดยจะส่งผลต่อการเลือกให้ยาใหม่ ทำให้มีความมั่นใจในการลองยามากขึ้น กับทั้งเป็นตัวกระตุ้นให้นักถึงยาชนิดนั้น ๆ ก่อนยาอื่นที่ไม่มีการโฆษณา ดังนั้น สื่อโฆษณา จึงมีผลต่อการเลือกให้ยาทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยจะผ่านโดยตรงไปยังผู้ใช้ยา และทางอ้อมโดยไปยังสื่อบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งที่สำคัญในการให้ข้อมูลในการตัดสินใจเลือกให้ยาเป็นอันดับหนึ่ง โดยที่ **สื่อบุคคล** นี้ได้แก่เพื่อนบ้าน/ญาติ ซึ่งมักจะแนะนำทั้งชนิดของยา สรรพคุณและวิธีใช้ กับสถานที่ที่สามารถซื้อหามาใช้ได้ สื่อบุคคลถือได้ว่าเป็นแหล่งที่ให้คำแนะนำใกล้ชิดในระดับของการตัดสินใจสูงมาก โดยเฉพาะมาจากบุคคลที่มีการยืนยันประสบการณ์การใช้ สามารถอ้างถึงได้ สำหรับสื่อบุคคลที่เป็นผู้ชายยานั้น มักจะให้คำแนะนำในยาใหม่ที่ชาวบ้านไม่เคยรู้จักมาก่อน ซึ่งชาวบ้านจะใช้เพื่อการลองยา เมื่อได้ผลชาวบ้านผู้นี้ก็จะ เป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นต่อไปในชุมชนนั้น (สุนัตรา ชาติบัญญัติชัย, 2533)

จากการศึกษาด้านความรู้ในการใช้ยาแก้ปวดของชาวบ้านพบว่า ชาวบ้านจะได้รับข้อมูลเฉพาะชื่อยาและสรรพคุณเป็นส่วนใหญ่ ส่วนขนาดและวิธีใช้นั้นจะได้ข้อมูลน้อยมาก จะมีการปรับขนาดของยาเอง โดยอาศัยประสบการณ์ที่เคยใช้ยานั้นมาก่อน ในเรื่องอันตรายหรือข้อพึงระวังต่าง ๆ นั้นแทบจะกล่าวได้ว่าไม่ได้ข้อมูลเลย โดยเฉพาะจากสื่อวิทยุและโทรทัศน์ รายละเอียดที่ระบุไว้ข้างกล่อง หรือฉลากที่เป็นข้อพึงระวังชาวบ้านแทบไม่ได้อ่าน เนื่องจากตัวอักษรเล็กและไม่ค่อยสนใจที่จะอ่านให้ละเอียด สำหรับยาที่ลองซื้อมาใช้ใหม่จะอ่านรายละเอียดนิดหน่อย แต่อย่างไรก็ตาม จะฟังจากผู้ขายยาแนะนำมากกว่าที่จะอ่านเอาเองจากฉลากข้างกล่อง (สุนัตรา ชาติบัญญัติชัย, 2533)

นอกจากนี้ จากการศึกษาด้านความรู้ในการใช้ยาของผู้ประกอบอาชีพกับจักรยานสามล้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการที่จะได้รับความรู้ เรื่องยา ตลอดจนการดูแลและสุขภาพของตนเอง และมีความยินดีที่จะเป็นอาสาสมัคร เพื่อให้ความรู้แก่บุคคลอื่น และพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเพียงร้อยละ 3.6 เท่านั้นและในจำนวนนี้อาจได้รับความ

รู้จากการไปโรงพยาบาล หรือการรักษาด้วยโรคอื่นมากกว่า โรคปวดเมื่อย (จรียาวัตร คมพยัคฆ์, 2527) และจากการศึกษาปัญหาการใช้ยาแก้ปวดในกรรมกรโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า แหล่งที่กรรมกรได้รับความรู้ทางด้านการใช้ยา ตลอดจนอันตรายของการใช้ยาแก้ปวดมาจากการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ (แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร เพื่อนบ้าน ญาติ ร้านขายยา) เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร ซึ่งประเมินได้ว่าอิทธิพลของสื่อมวลชนที่มีผลต่อการชักจูงกรรมกรให้เลือกใช้ยี่ห้อยาแก้ปวดลดใช้นั้นอยู่ในระดับรองกว่าการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ (ปากต่อปาก) (ภักดี โปธิศิริ, 2527) และการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการนี้ พบว่า กรรมกรได้รับความรู้ด้านยามากที่สุดจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก รองลงไปคือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล (วิทย์ เทียงบูรณธรรม, 2531)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่า การสื่อสารมวลชนจะเข้ามามีบทบาทต่อการจูงใจในการใช้ยาของประชาชน น้อยกว่าอิทธิพลของการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ แต่จากการศึกษาของกลุ่มศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการโฆษณาพบว่า ในปี พ.ศ. 2525 ใช้บในการโฆษณาถึง 78.5 ล้านบาท (ไม่รวมการโฆษณาทางวิทยุ) โดยสื่อทางโทรทัศน์จะใช้บโฆษณามากที่สุด นั้นแสดงให้เห็นว่า ยายเป็นสินค้าที่มีการแข่งขันสูงและเป็นสินค้าที่มีการโฆษณามากเป็นอันดับ 3 ของสินค้าที่โฆษณาทางสื่อมวลชนทั้งหมด และเมื่อพิจารณาถึงยานิตต่าง ๆ ที่โฆษณามากที่สุด 10 อันดับในปีเดียวกันนี้ พบว่าส่วนใหญ่จะท่มโฆษณาที่ไม่ใช่ยาจำเป็นแต่อย่างใด โดยยาที่ใช้บโฆษณามากเป็นอันดับ 1 คือ ยาทัมใจซึ่งใช้บประมาณในการโฆษณาถึง 7.7 ล้านบาทต่อปี (กลุ่มศึกษาปัญหาการใช้ยา, 2526) และข้อมูลด้านการโฆษณาจากนิตยสารคู่แข่ง (ปีที่ 3 ฉบับที่ 31 เมษายน 2526 หน้า 97) ได้กล่าวว่าในปี พ.ศ. 2523 จำนวนยอดโฆษณาเป็นเงิน 2,017 ล้านบาท และในปี พ.ศ. 2525 เป็นเงิน 2,712 ล้านบาท ซึ่งสื่อมวลชนที่สำคัญได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์และนิตยสารตามลำดับ ซึ่งรายการโทรทัศน์ที่มีจำนวนคนดู (เฉพาะวัยแรงงาน) มากที่สุดนั้น มักเป็นรายการที่ออกอากาศในระหว่างเวลาประมาณ 19.30-22.00 น. และจากการสำรวจการรับสารจากสื่อมวลชนในชนบทพบว่า วิทยุยังคงเป็นสื่อมวลชนที่ถูกใช้มากที่สุด (สุนัตราชาติปัญญาชัย, 2533) และสำหรับการโฆษณาทางวิทยุนี้พบว่า เป็นสื่อมวลชนที่มีการดำเนินการทั้งภาครัฐ และเอกชน แต่วิธีการของบริษัทเอกชนมีเทคนิคที่สามารถจูงใจผู้บริโภคได้มากกว่า ส่วนสื่อมวลชน

ด้านอื่นเช่น หนังสือพิมพ์พบว่า มีผู้ได้รับข้อมูลผ่านสื่อด้านนี้ค่อนข้างน้อย เพราะประชากรที่ศึกษา ไม่ใช่ชนชั้นกลาง ถ้าอ่านจะมุ่งไปที่ข่าวประเภทชาวบ้านหรือข่าวชีวิตประจำวันมากกว่า (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2527) เช่นเดียวกับการศึกษาด้านการรับข่าวสารจากสิ่งพิมพ์นอกชุมชนแออัดของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2531) พบว่า สตรีที่อยู่ในเขตชุมชนแออัด ทั้งชุมชนที่ได้รับการพัฒนาแล้วและยัง ไม่ได้รับการพัฒนา มีแบบแผนของการอ่านหนังสือพิมพ์ การฟังวิทยุ และดูโทรทัศน์แบบเดียวกันคือ ส่วนใหญ่ไม่ได้อ่านหนังสือพิมพ์บ่อยครั้งนัก แต่ฟังวิทยุและดูโทรทัศน์ทุกวัน

นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนในต่างจังหวัดอาจถูกการโฆษณาชวนเชื่อให้ซื้อยาจากการ ขยายยาโดยรถเคลื่อนที่ และยังมี การโฆษณาสรรพคุณยาที่กระทำโดยร้านขายยา โดยตรงกับผู้ซื้อ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการกับการสื่อสารอย่าง เป็นทางการ ซึ่งเป็นผลกระทบที่สำคัญต่อการมีความรู้ความเข้าใจผิด ๆ ถูก ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา คือ การนำความรู้หรือข้อมูลจากที่ได้ยินได้ฟังจากสื่อมวลชนหรือแหล่งข่าวต่าง ๆ มาบอกเล่าสู่กัน ปากต่อปาก ซึ่งเป็นพฤติกรรมการสื่อสารที่สำคัญ (เป็นการสื่อสารแบบ 2 ชั้นตอนหรือหลายชั้นตอน) (กลุ่มศึกษาปัญหาฯ, 2526)

✓ สำหรับปัจจัยด้านระดับการศึกษาต่อความรู้ในการใช้ยานั้นพบว่า ในด้านความรู้เกี่ยวกับ สรรพคุณยาและอันตรายของยาแล้ว ผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาจะมีความรู้ดีกว่าผู้ที่ ไม่รู้หนังสือ ซึ่งอาจเนื่องมาจากมีความสามารถในการอ่านเอกสารต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ ใบ ปลิว ได้ดีกว่า ทำให้มีความรู้มากกว่า (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2527) ✓

## 7. การกระจายยาของภาครัฐและเอกชน

ตลาดยาไทย โดยเฉพาะส่วนที่ผ่านร้านขายยานั้นมีเสรีภาพอย่างมากในการกอบโกย กำไร โดยการกระตุ้นให้ประชาชนใช้ยามาก ๆ ในด้านการผลิตจำนวนต่ำกว่า 20,000 ตำรับ ที่วางขายกันโดยปราศจากการควบคุมคุณภาพอย่างเข้มงวด นอกจากนั้นการโฆษณาโดยเฉพาะ ในเขตชนบทขาดการควบคุม กฎหมายควบคุมร้านขายยาไร้ผลทางปฏิบัติ ตลาดยาทำหน้าที่กระตุ้น การบริโภคยาที่เกินความจำเป็น พฤติกรรมการรักษาตัวเองจึงหมองมัวเพราะตลาดยาร้าย หลอกล่อต่อประชาชนด้วยเพทุบายต่าง ๆ นานา (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2526) นอกจากนี้ยังมี

การรายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปี พ.ศ.2531 พบว่ามียาที่รับขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 26,435 ตำรับ ในจำนวนนี้ 89% เป็นยาแผนปัจจุบัน และมากกว่าจำนวนยาที่ประกาศในบัญชียาหลักแห่งชาติ 66 เท่า การกระจายยาในภาคเอกชนโดยเฉพาะร้านขายยากว่า 8,000 ร้าน และร้านชำซึ่งขายยาโดยผิดกฎหมายและกระจายอยู่ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศกว่า 150,000 แห่งคือช่องทางกระจายยาที่สำคัญถึงกว่า 60% ของยาทั้งหมด (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2534) ทำให้การซื้อขายยาในปัจจุบันทำได้ง่ายและสะดวกสามารถหาซื้อยาได้จากร้านขายของชำ หรือร้านขายสุราได้อย่างเสรีและสอดคล้องกับความนิยมในการรักษาตนเองของคนไทย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2527)

จากการสัมภาษณ์ร้านขายยาเกี่ยวกับการเลือกชนิดของยามาจำหน่ายพบว่า มีกระบวนที่จะขายยาตามที่ชาวบ้านเรียกหา โดยเริ่มแรกร้านค้าในหมู่บ้านจะเลือกสินค้าที่มีอัตราการใช้สูงมาจำหน่าย สำหรับยาที่จะนำมาจำหน่ายนั้น จะเลือกชนิดที่ชาวบ้านรู้จักเป็นอย่างดี สามารถจำหน่ายได้เรื่อย ๆ เช่น ยาของแก้ปวดชนิดต่าง ๆ อีกประเภทหนึ่งคือยาที่ชาวบ้านไม่รู้จักมาก่อน แต่ได้รับคำแนะนำจากผู้ขายยาอีกทีหนึ่ง และจากการสัมภาษณ์ด้านความนิยมของประชาชนต่อยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันพบว่า องค์ประกอบที่ทำให้ยาเป็นที่นิยมของชาวบ้าน แม้ว่าจะออกฤทธิ์ได้ทัดเทียมกับยาของบริษัทอื่น ๆ ในกลุ่มเดียวกันคือ ตัวที่มีระบบการกระจายยาที่ดีไม่ให้เกิดมีผู้บริโภค โดยจะมีรถนำส่งยาจากบริษัทยาโดยตรงจนถึงร้านค้าในหมู่บ้าน นอกจากส่งผ่านพ่อค้าคนกลางในตัวอำเภอ (สุภัตรา ชาติบัญชาชัย, 2533)

นอกจากนี้ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรการขายยาของ เกรียงศักดิ์ ไทวนิชย์ (2534) พบว่า เหตุผลที่ผู้ประกอบการร้านขายของชำต้องซื้อยามาขายเพราะเป็นการสนองความต้องการของลูกค้า เป็นการบริการและอำนวยความสะดวก และต้องการความหลากหลายของสินค้าในร้านตนเพื่อดึงดูดความสนใจของลูกค้า และพบว่า ผู้ประกอบการร้านขายของชำเข้าใจว่ายาที่ตนขายอยู่เป็นยาที่ไม่มีอันตรายร้ายแรงอะไร มิฉะนั้น คงไม่ผ่านการพิจารณาของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ผู้ประกอบการมีการรับรู้ต่อคำสั่งของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้แก้ไขทะเบียนตำรับยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมคาเฟอีน แต่ไม่ทราบตัวยาที่ห้ามผสม และผู้ประกอบการรู้สึกว่าจะไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง มีความเฉื่อยที่จะสนใจปฏิบัติตาม เนื่องจากการขาดการติดตามดูแล หรือกำชับให้ปฏิบัติตามจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ



## 8. การเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยาแก้ปวดโดยตัดคาเฟอีนออกจากยาลดไข้-แก้ปวดชนิดของ

ยาลดไข้แก้ปวดที่คนส่วนใหญ่นิยมใช้กันนั้น เดิมมีส่วนผสมของคาเฟอีน ซึ่งคาเฟอีนไม่มีฤทธิ์แก้ปวด ลดไข้ เพียงแต่ช่วยให้แอสไพรินออกฤทธิ์เร็วขึ้น แต่ฤทธิ์ข้างเคียงของคาเฟอีน ทำให้เกิดการเสพติดได้ ทำให้คนที่ติดคาเฟอีนในยาแก้ปวดชนิดของต้องกินยาทุกวัน (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2533) และพบว่ากรรมกรที่ใช้ยาแก้ปวดลดไข้ชนิดที่มีคาเฟอีนผสมอยู่มีแนวโน้มที่จะใช้ยานั้นต่อเนื่องเป็นประจำมากกว่ายาแก้ปวดลดไข้ชนิดอื่น ๆ และยาแก้ปวดลดไข้ที่มีคาเฟอีนผสมอยู่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกและอาการบางอย่าง เมื่อยุติการใช้ยานั้นเช่น อาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำงานมากกว่ายาแก้ปวดลดไข้ชนิดอื่น ๆ ซึ่งแสดงว่า ยาแก้ปวดลดไข้ชนิดที่มีคาเฟอีนนี้ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการพึ่งยา (Drug Dependent) ขึ้นได้ (วิทย์ เทียงบูรณธรรม, 2531)

นอกจากนี้ จากการศึกษาปัญหาการติดยาแก้ปวดในกรรมกรของโรงงานอุตสาหกรรมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2527) พบว่า ยาแก้ปวดลดไข้ที่มีฟีนาเซติน และคาเฟอีนผสมอยู่นั้น มีความสัมพันธ์กับความชุกของการใช้ยา และอาการทางจิตหลังได้รับยา แต่ยังไม่ระบุชัดเจนว่าเกิดจากคาเฟอีน และ/หรือฟีนาเซติน แต่จากการที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายยอมให้บริษัทสามารถขึ้นทะเบียนยาแก้ปวดลดไข้ที่มีคาเฟอีนผสมอยู่ได้ ทำให้มีความเป็นห่วงว่า ประชาชนกลุ่มที่ใช้ยาสูตรผสมฟีนาเซติน และคาเฟอีนจะหันมาใช้ยาแก้ปวดที่มีคาเฟอีนในสถานะที่มีการใช้เกินความจำเป็นและมีการ abuse ของยาได้ เนื่องจากคาเฟอีนจัดเป็นยากลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (CNS stimulants) ซึ่งขนาดยา 50-200 มิลลิกรัม จะมีฤทธิ์กระตุ้น Cerebrocortical area ทำให้ลดอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน อีกทั้งมีรายงานว่าคาเฟอีนทำให้เกิดอาการ abuse และเกิดการติดยาทางใจ (psychological dependence) ขึ้นได้ แม้จะมีข้ออ้างว่า การมีคาเฟอีนผสมอยู่ในยาแก้ปวดนั้น จะช่วยให้ผู้ที่มีการปวด และอาการเศร้าซึมร่วมด้วยนั้น จะสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ หรือการที่คาเฟอีนมีฤทธิ์ในการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด (blood flow) ทำให้ยาแก้ปวดสามารถไหลเวียนไปยังอวัยวะเป้าหมาย (Target organ) ได้ดีขึ้น หรือการที่คาเฟอีนมีฤทธิ์หดเส้นเลือดที่สมอง (Cerebral Blood Vessel) ทำให้สามารถลดอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความดันโลหิตสูง (hypertensive

Headache) ได้ แต่ถ้าเปรียบเทียบกับผลเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งก็คืออาจทำให้เกิด abuse ของยาแก้ปวดแล้ว ไม่เป็นการสมควรที่จะมีการผสมคาเฟอีนลงในยาแก้ปวด (Alfred Goodman Gilman, 1980)

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ว่าชาวบ้านติดอะไรในยาแก้ปวด ยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ข้อสรุปส่วนใหญ่เน้นไปที่ฤทธิ์ของคาเฟอีน ซึ่งเป็นการติดทางร่างกาย งานวิจัยของลำลี ใจดี (2521) ได้ทดลองให้ยาที่เป็นสารคาเฟอีน กับผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่ามีพฤติกรรมติดยาแก้ปวด แล้วรายงานที่สามารถทดแทนกันโดยลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการไม่ได้กินยาแก้ปวดลง กระนั้นก็ตามเนื่องจากคาเฟอีนไม่มีคุณสมบัติที่ทำให้ติดเหมือนยาเสพติด เช่น เฮโรอีน (ลือชัย ศรีเงินยาง, 2534) เพราะยาเสพติดในความหมายที่แท้จริงแล้วจะหมายถึงสถานะการณ์ที่มีความจำเป็นต้องพึ่งยาอยู่ตลอดเวลา ถ้าหยุดยาจะพบการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งอาจจะพบอาการกระวนกระวายใจ น้ามุก น้ำตาไหล หายใจลำบาก ปวดท้องอย่างรุนแรง กล้ามเนื้อกระตุก และน้ำหนักลด ซึ่งความรุนแรงขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่ใช้ นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ใช้ยาจะมีความต้องการยาในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อมีความต้องการที่จะเสพยาอย่างแรงกล้าสามารถที่จะก่ออาชญากรรมเพื่อให้ได้สารเสพติดนั้นมา นั้นแสดงให้เห็นถึงลักษณะการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ประไพศรี ช่อกลิ่น, 2531) ดังนั้นพฤติกรรมการกินยาแก้ปวดเป็นประจำในปริมาณมาก จึงอาจไม่ใช่การติดยาในความหมายที่แท้จริง และโดยที่ยาแก้ปวดถูกใช้ในบริบทของการทำงานหนักของคนจน จึงอาจเป็นไปได้ว่ายาเสพติดใช้แก้ปวด ในการรับรู้ของชาวบ้านมีความหมาย (Cultural meaning) อื่น ๆ ที่นำไปสู่การใช้ นอกเหนือจากการเป็นสินค้าเพื่อสุขภาพ (Health Commodity) ราคาถูกที่ช่วยหล่อเลี้ยงร่างกายให้มีแรงฝ่าฟันอุปสรรคของชีวิตได้มากขึ้น (ลือชัย ศรีเงินยาง, 2534)

ประมาณปี พ.ศ.2519-2526 การบริโภคยาแก้ปวดได้ถูกหยิบยกเป็นปัญหาสู่การพิจารณาของสาธารณชน โดยการเคลื่อนไหวของกลุ่มศึกษาปัญหา ยา ปี พ.ศ.2519-2521 กลุ่มศึกษาปัญหา ยา ได้รายงานผลการการวิจัยปัญหาการใช้ยาเกินความจำเป็นและการติดยาแก้ปวดสูตร เอ.พี.ซี. ของชาวชนบทปี พ.ศ.2524 กลุ่มศึกษาปัญหา ยา ได้ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนอื่น ๆ และนักวิชาการพรรคเรียกร้องให้มีการแก้ไขสูตรยาแก้ใช้แก้ปวดให้เป็นยาเดี่ยว ตัดพินาซีตินที่พบว่าทำให้เกิดโลหิตจางและคาเฟอีนที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการติดยา ให้เหลือเฉพาะแอสไพรินเพียง

เลขหมู่	-----
เลขทะเบียน	118505

สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อย่างเดี่ยว ปี พ.ศ.2526-2527 กระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งให้แก้ไขทะเบียนตำรับยาแก้ปวดทุกชนิดที่มี ฝิ่นาเซติน ผสมอยู่ และให้แก้ไขทะเบียนตำรับยา เอ.พี.ซี ให้เหลือแต่แอสไพรีนเพียงอย่างเดียว เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2527 อันเป็นวันสิ้นสุดการแก้ไขทะเบียนตำรับยา แต่ปรากฏว่าในท้องตลาดมียาแก้ปวดสูตร เอ.ซี. คือการผสมระหว่างแอสไพรีน หรือ ยาแก้ปวดอื่น ๆ กับคาเฟอีนวางจำหน่ายทั่วไป ทั้งนี้ มีคำชี้แจงจากกระทรวงสาธารณสุขว่า ไม่มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่า การผสมคาเฟอีนในปริมาณ 15-30 มิลลิกรัม/เม็ด จะเป็นอันตราย (คปอส.,2534)

จากการเปลี่ยนแปลงสูตรยาครั้งแรกนี้ บริษัทยาได้พยายามคงรูปแบบเดิมของยาไว้รวมทั้งชื่อทางการค้า โดยพยายามให้เหมือนของเดิม และออกรูปแบบให้เขียนแล้วคล้ายของเดิมมากที่สุดเช่นจากทันที เป็นทันที ปวดหาย เป็น บวดหาย ประสะนอแรต เป็น ประสะบอแรต เป็นต้น รูปแบบการบรรจุยังคงเดิมไว้ทั้งหมด ทำให้ปริมาณการจำหน่ายมิได้ลดลง แต่กลับพบว่ายอดขายยาประเภทนี้สูงขึ้นทุกที่จนถึงปีละ 1,500 ล้านบาท หรือ 6,000 ล้านซอง (วิวัฒน์ วนรักษ์, 2534)

จากที่มีรายงานว่า คาเฟอีนซึ่งผสมอยู่ในยาสูตร เอ.ซี ช่วยในการดูดซึมของแอสไพรีน จะทำให้แอสไพรีนออกฤทธิ์ในการบรรเทาอาการปวดดีขึ้น และมีผู้กล่าวว่า เมื่อตัดคาเฟอีนออกสามารถเพิ่มปริมาณยาที่ถูกดูดซึมเข้าไปในร่างกายได้โดยการเพิ่มขนาดของยา (หมอชาวบ้าน, 2534) ทำให้มองเห็นภาพของประชาชนที่จะได้รับพิษภัยของยาแก้ปวดชนิดของ ซึ่งมีแอสไพรีนเป็นตัวยาสำคัญเพิ่มมากขึ้น เพราะมีรายงานต่าง ๆ กล่าวถึงผลข้างเคียงของแอสไพรีนนอกเหนือจากทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารจนอาจถึงกระเพาะทะลุตายได้ เช่น ทำให้เกิดโรค โลหิตจาง อาจเกิดผื่นแดง ลมพิษ หายใจหอบ สภาวะความเป็นกรดต่างของของเหลวในร่างกายเสียสมดุล มีไข้สูง มีการเสียน้ำเพิ่มทางเหงื่อและอาเจียนอาจมีอาการซึมและชัก ถ้ารุนแรงมากอาจหยุดหายใจได้ ส่วนอาการพิษจากการใช้ยาเป็นเวลานาน อาจทำให้หูตึง การแข็งตัวของเลือด บกพร่อง เลือดออกง่ายและหยุดยากอาจมีอาการปวดหัวเรื้อรัง (บุญเกิด คงยิ่งยศ, 2531)

และต้นปี พ.ศ.2534 ยาแก้ปวดสูตรผสม เอ.ซี. ได้กลับมาสู่การพิจารณาอีกครั้ง และมีคำสั่งให้เลิกถอนทะเบียนตำรับยาแก้ปวดที่มีคาเฟอีนผสมอยู่ทุกตำรับ ภายในวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ.2534 ซึ่งเป็นการบิดนากประวัติศาสตร์ตำรับยาแก้ปวดสูตรผสม เอ.พี.ซี. ในเมืองไทย

(จดหมายข่าววิจัยพฤติกรรมสุขภาพ , 2534) การแก้ไขสูตรยาในทะเล เป็นตำรับยาให้เหลือ แอสไพรีนเพียงตัวเดียวได้เริ่มออกวางตลาดใหม่โดยมีรูปลักษณะ สี และการบรรจุเหมือนเดิมทุกอย่าง รวมทั้งชื่อการค้าด้วย

กระนั้นก็ตาม เราไม่อาจคาดผลกระทบในส่วนที่จะเกิดกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคนิยมของประชาชนว่าจะมีเหตุมีผลขึ้น (ตามหลักเภสัชศาสตร์) ติดตามมาแบบอัตโนมัติ ลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรมของการบริโภคยาแก้ปวดของคนไทย ทำให้เกิดสมมติฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดได้ในหลายลักษณะกล่าวคือ

ประการแรก ภาพรวมของการใช้ยาแก้ปวดน่าจะลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ใช้ยาแก้ปวดเพื่อเป็นสารกระตุ้นการทำงาน ขณะที่น่าจะมีการใช้ยาหรือสารกระตุ้นอย่างอื่นมาทดแทนเพิ่มขึ้น Ephedrine หรือยา E น่าจะถูกใช้มากขึ้น เมื่อยาแก้ปวดสูตรคาเฟอีนหมดจากท้องตลาดเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ทรายเท่าที่เงื่อนไขการทำงานของคนจนยังเร่งรัดให้คนต้องทำงานมากพักผ่อนน้อยเช่นปัจจุบัน สำหรับสารกระตุ้นแบบอื่นเช่น เครื่องดื่มชูกำลังที่ได้รับการโฆษณาจนเป็นที่แพร่หลายกลายเป็นสินค้าที่มียอดจำหน่ายนับพันล้านบาทต่อปีนั้น น่าเชื่อว่าไม่อาจเข้ามาทดแทนยาแก้ปวดผสมคาเฟอีนได้ทั้งหมด เพราะราคาแพงเกินกว่าที่ผู้ใช้แรงงานจะซื้อหาได้เป็นประจำ รวมทั้งยังมีการพบว่าภาพของเครื่องดื่มชูกำลังนั้นเป็นเครื่องดื่มของพวกแรงงานรับจ้างอีกระดับหนึ่ง เช่น คนขับรถ คนทำงานกลางคืน เป็นต้น

ประการที่สอง ในกลุ่มของผู้ที่เรียกว่าติดยาพบว่า บางส่วนเมื่อทราบว่ามีการเปลี่ยนยาสูตรใหม่ก็พยายามที่จะหาซื้อยาเก่าที่ค้างสต็อก ถึงแม้ว่าจะต้องซื้อหาในราคาที่แพงขึ้น บางส่วนตอบว่าไม่มีก็ไม่กิน อย่างไรก็ตาม ประเด็นว่าทำไมหรือกลไกอะไรที่เห็นสาเหตุของพฤติกรรมการติดยาเป็นจุดหนึ่งสำคัญมาก การติดยาด้วยสาเหตุทางกาย (คือติดคาเฟอีน) กับการติดด้วยเหตุผลทางสังคมวัฒนธรรมก็ทำให้ยาแก้ปวดมีสัญลักษณ์ และความหมายมากกว่ายาธรรมดา หรือทั้งสองสาเหตุร่วมกัน ผลที่เกิดตามมาย่อมเป็นไปได้ต่างกัน อาจมีการลดลง เพราะไม่มีคาเฟอีนให้เสพ และทดแทนด้วยอย่างอื่น หรืออาจมีพฤติกรรมคงเดิมเพราะความหมายทางวัฒนธรรม หรือหน้าที่ทางวัฒนธรรมของยาไม่ได้เปลี่ยน แม้องค์ประกอบความเป็นยาจะเปลี่ยนไปแล้ว (ลือชัย ศรีเงิน ยาง และคณะ, 2534)

จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้ยาแก้ปวดผสมคาเฟอีนเป็นประจำ หลังการตัดคาเฟอีนออกจากตำรับ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาในกลุ่มผู้ใช้เฉพาะยาที่มีใจนิตผงระหว่างก่อน และหลังตัดคาเฟอีนออกจากตำรับพบว่า ผู้ที่เคยใช้ยาดังกล่าวมีการใช้ยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.5 ใช้ปริมาณยาเท่าเดิมร้อยละ 46.3 และใช้ปริมาณยาน้อยลงร้อยละ 35.2 และจากการทดสอบทางสถิติพบว่าปริมาณการใช้ยาที่เคยมีคาเฟอีนกับภายหลังการตัดคาเฟอีนออกจากตำรับไม่มีความแตกต่างกัน (ชาญชัย จารุภาสณ์, 2535)

เหตุการณ์เรื่องการถอนยาแก้ปวดสูตรผสมในเมืองไทยดังที่กล่าวมานั้น เป็นตัวอย่างของความพยายามที่จะทำให้เกิดเงื่อนไขการใช้ยาอย่างมีเหตุผล (rational use of drugs) โดยการจัดการกับ supply ของยาโดยหวังว่าการกำจัดยาแก้ปวดสูตรผสมคาเฟอีนจากท้องตลาดจะมีผลต่อเนื่องถึงการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นการใช้เพราะติดยาคาเฟอีนหรือใช้เป็นยากระตุ้นการทำงานควรจะต้องลดลง ซึ่งประเด็นเรื่องการจัดการด้าน supply ของยากับการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคนี้เป็นสิ่งที่น่าสนใจติดตามว่าจะเกิดขึ้นจริงหรือไม่มากนักแค่ไหน และในลักษณะใด ทั้งนี้เพราะแบบแผนของการบริโภคนยาของประชาชน (ซึ่งรวมยาแก้ปวดลดไข้ด้วย) นั้น มีปัจจัยด้านวัฒนธรรมและด้านสังคม-เศรษฐกิจ เป็นตัวกำหนดอยู่นอกเหนือจากการถูกอธิบายด้วยเหตุผล ด้วยคุณลักษณะของความเป็นเภสัชวัตถุของยาแต่ละชนิด (ลือชัย ศรีเงินยาง และคณะ, 2534)

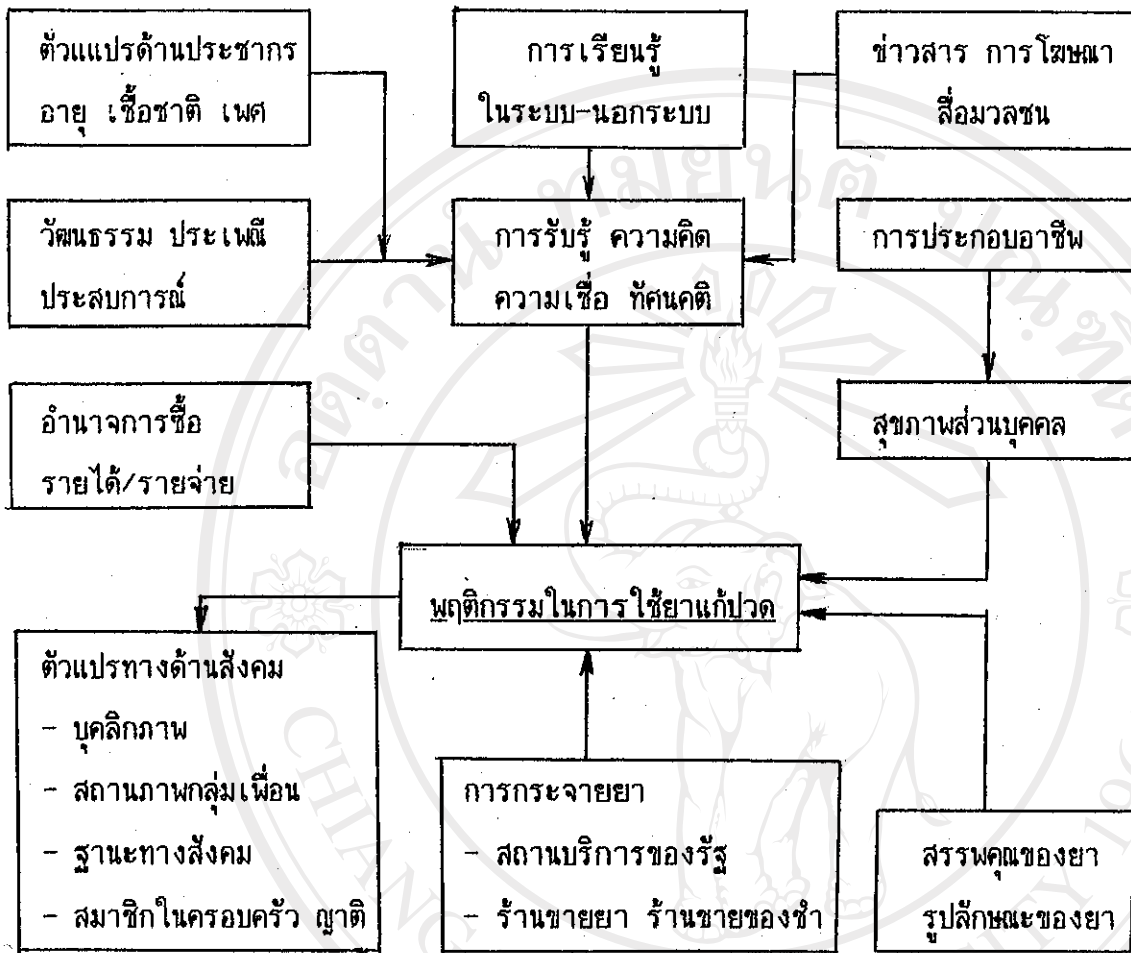
ศ.นพ.ประเวศ วะสี (หมอชาวบ้าน, 2534 : 3) กล่าวที่ประเด็นปัญหาของการใช้ยาแก้ปวดของคนไทยว่า ปัญหาที่จริงนั้นก็คือ

1. คนไทยที่ยากจน ติดยาแก้ปวดผสมคาเฟอีนอย่างไม่มีทางปฏิเสธ เป็นการติดเพราะสภาวะการทำมาหากินที่บีบคั้น เป็นความจริงที่ไม่ต้องค้นหาทฤษฎีทางเภสัชมาอธิบายให้เสียเวลา

2. ปัญหาสำคัญของการติดไม่ใช่โทษของคาเฟอีน แต่คือการกินยาแก้ปวดที่มีคาเฟอีนผสมอยู่อย่างไม่จำเป็นบีบคั้นลำบากโลภกรรม

3. การผสมคาเฟอีนในยาแก้ปวด ไม่มีเหตุผลสมควรทั้งในแง่หลักวิชาการเภสัช ด้านประสิทธิผล (efficacy) และด้านประสิทธิผล-ต้นทุน (cost-effectiveness) โดยเหตุผลเช่นนี้ การเพิกถอนยาแก้ปวดสูตรผสมให้เป็นยาเดี่ยว ตัดคาเฟอีนออกไป อันเป็นการจัดการที่ supply ของยา จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้เกิดสภาวะการใช้ยาที่เหมาะสมในสังคม

## กรอบแนวความคิด



กรอบแนวความคิดของสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคนยาแก้ปวด ลดใช้  
ชนิดของ ตัดแปลงจากสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย (สาคร ธนมิตรต์,  
2531) และสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคนยาแก้ปวดของคนไทย (दनัย วิณะคุปต์,  
2534)