

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการใช้ยาของลดไข้แก้ปวด ภายหลังจากมีคำสั่งตัดคาเฟอีนออกจากสูตรนี้ จะนำเสนอใน 3 ประเด็นดังนี้คือ

1. สภาพทั่วไปของชุมชน
2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของลดไข้แก้ปวด หลังมีคำสั่งตัดคาเฟอีนออกจากสูตร
3. ผลกระทบของการตัดคาเฟอีนออกจากสูตร ตำรับของยาของลดไข้แก้ปวดชนิดผง

1 สภาพทั่วไปของชุมชน

จากการศึกษาข้อมูลการสำรวจความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ของชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ซึ่งสำรวจเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2534 ประกอบกับการศึกษาของสมศักดิ์ อุปพันธ์ (2535) ซึ่งทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จขององค์กร เพื่อการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจในชุมชนดังกล่าว ตลอดจนการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนพบข้อมูลด้านสภาพทั่วไปของชุมชนดังนี้

1.1 การตั้งบ้านเรือน ลักษณะทางกายภาพ สภาพทั่วไป

ชุมชนฟ้าสดใส ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ บริเวณชุมชนเป็นจุดที่ลำคูไหล และคลองแม่ข่าไหลมาบรรจบรวมกันกลายเป็นลำคลองแม่ข่า ก่อนจะไหลออกสู่อ่างน้ำบึงที่บ้านป่าแดด อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ลักษณะการตั้งบ้านเรือนเป็นรูปตัว T เรียงตัวยาวไปตามสองฝั่งของลำคลองแม่ข่า ลำคูไหล ถนน และแนวกำแพงเมืองเก่า ตั้งอยู่ในเขต ต.หายยา และ ต.ช้างคลาน ถนนสายสำคัญที่ตัดผ่านได้แก่ ถ.สุริยวงศ์ ถ.ประชาสัมพันธ์ ถ.เวียงพิงค์ และ ถ.นันทาราม ด้านทิศเหนือของชุมชนอยู่ใกล้ย่านการค้า โดยอยู่ห่างจากตลาดประตูเชียงใหม่ 1 กิโลเมตร ด้านทิศใต้ของชุมชนติดอยู่กับทุ่งนาในเขตชานเมืองเชียงใหม่ ดังปรากฏ

ในภาพประกอบที่ 2 เนื้อที่ส่วนใหญ่ในชุมชนเป็นเนื้อที่อกและเป็นที่ราชพัสดุ บริเวณริมคลองแม่ข่าเป็นที่ของเทศบาล มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นเป็นของเอกชน ลักษณะบ้านเรือนเฉพาะส่วนที่ตั้งริมคลองแม่ข่าส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ เนื่องจากแนวถนนที่ตัดผ่านขนานไปกับลำคลองเป็นเงื่อนไขทำให้พื้นที่แคบ ต้องปลูกบ้านล้ำเข้าไปในลำคลองโดยยกพื้นบ้านสูงแบบมีใต้ถุน ทำให้บ้านบางหลังมีน้ำขังบริเวณใต้ถุนตลอดเวลา และเนื่องจากมีการทิ้งขยะลงลำคลองแม่ข่าประกอบกับที่ตั้งชุมชนอยู่ช่วงปลายคลองแม่ข่า ที่ไหลผ่านตัวเมืองเชียงใหม่มาโดยตลอด ทำให้คลองในช่วงนี้เน่าเสียเป็นที่รวมของขยะที่ลอยมาตามน้ำ มีสีดำขุ่น มีกลิ่นเหม็นดังปรากฏในภาพประกอบที่ 3 ยกเว้นในฤดูน้ำหลากที่มีน้ำตมมาขับไล่เน่าเสีย ในช่วงดังกล่าวนี้น้ำจะท่วมใต้ถุนบ้านบริเวณริมคลอง สร้างความเดือดร้อนในการต้องขนย้ายสัตว์เลี้ยง สิ่งของที่อยู่ที่ใต้ถุนบ้านไปไว้ในที่สูงกว่า ส่วนบ้านเรือนที่ตั้งอยู่นอกเขตตรียมคลองแม่ข่า หรือตั้งอยู่ในที่สูงกว่าจะปลูกแบบติดดิน มีทั้ง เป็น เรือนไม้และก่อสร้างด้วยอิฐบล็อก แต่มีลักษณะบ้านจะค้ำคองกว่าในบริเวณแรก อีกส่วนหนึ่งตั้งบ้านเรือนในบริเวณแนวกำแพงเมืองเก่า มีหลาย ๆ ลักษณะ เช่น สร้างบ้านชิดกำแพงเมือง มีการสร้างทั้งสองด้านของกำแพงเมืองโดยใช้บนกำแพงเมืองเป็นทางเดินไปมาหาสู่กัน ทางค่อนข้างแคบ จักรยานยนต์ผ่านไม่สะดวก สิ้นและแฉะในฤดูฝน อีกลักษณะหนึ่งสร้างบ้านโดยใช้กำแพงเมืองเก่าแทนรั้ว มีการเจาะกำแพงเมืองเพื่อทำ เป็นช่องประตูเข้าออกดังปรากฏในภาพประกอบที่ 4 บางส่วนตั้งบ้านเรือนอยู่บนกำแพงเมืองเก่า ดังปรากฏในภาพประกอบที่ 5

จากสภาพการณ์ที่บีบบังคับ คือมีความยากลำบากในการเข้าออกบ้านพักอาศัย ทำให้มีแนวโน้มว่า คนในส่วนเหล่านี้จะอยู่กันแบบ เก็บตัว ในสายตาของคนบริเวณอื่นที่อยู่ร่วมชุมชนเดียวกัน เนื่องจากคนเหล่านี้ไม่ค่อยเข้าร่วมในกิจกรรมส่วนรวมของชุมชนเท่าที่ควร มีการติดต่อสัมพันธ์ในชีวิตประจำวันเฉพาะกับเพื่อนบ้านใกล้เคียงที่ไปมาหาสู่กันโดยสะดวกเท่านั้น

ในปี พ.ศ. 2532 คณะกรรมการชุมชนที่ได้รับเลือกตั้งใหม่ในการเลือกตั้งอย่างเป็นทางการครั้งที่ 2 ได้ทำหนังสือถึงเทศบาลเพื่อขอแบ่ง เขตชุมชนออกเป็น 4 เขต ตามสภาพภูมิศาสตร์และความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันของคนเป็นหลัก โดยแต่ละเขตให้มีกรรมการชุมชนอย่างต่ำ 3 คน จากคณะกรรมการชุมชนทั้งชุดทั้งหมด 15 คน ลักษณะทั่วไปของชุมชนฟ้าสดใสแต่ละเขตมีดังนี้

All rights reserved

สภาพทั่วไปของเขต 1 มีประชากรมากที่สุด อยู่กันหนาแน่นมากที่สุด เรียงตัวยาวตามถนน รุก้ำลำคลองแม่ข่า (บางส่วน)

สภาพทั่วไปของเขต 2 มีจำนวนประชากรพอประมาณ บ้านส่วนใหญ่เรียงตัวยาวตามสองฝั่งลำคลองแม่ข่า มีอาณาบริเวณบ้านเป็นของตัวเองบ้างไม่แออัดเหมือนเขต 1 หรือเขต 3 ส่วนหนึ่งของเขตนี้ยังมีที่ว่างเหลืออยู่มาก พร้อมจะรองรับการขยายตัวของลูกหลานของคนในชุมชนที่แยกครัวเรือนออกจากบ้านพ่อแม่ สภาพบ้านเรือนที่ปรากฏเป็นบ้านตึกใหม่ ใช้งานดูง่าย ๆ ตามแต่จะหาได้ คับแคบ ไม่มีการแยกห้องเป็นสัดส่วน เสื่อมโทรมทั้งบริเวณบ้านและตัวอาคาร

สภาพทั่วไปของเขต 3 อยู่กันอย่างหนาแน่น มีประชากรมากกว่าเขต 1 ปลูกบ้านเรือนยาวตามถนนส่วนหนึ่งอยู่ระหว่างถนนกับแนวกำแพงเมืองเก่า อีกส่วนหนึ่งอยู่ระหว่างแนวกำแพงเมืองเก่ากับลำคลองแม่ข่า ส่วนหลังนี้บ้านบางหลังไม่มีทางออก ต้องอาศัยปีนข้ามกำแพงเมืองเก่าเป็นทางเข้าออก ทำให้ไม่สะดวกต่อการไปมาหาสู่กับคนอื่นที่อยู่ร่วมชุมชนเดียวกัน



ภาพประกอบ 3 แสดงลักษณะของคลองแม่ข่า

สภาพทั่วไปของเขต 4 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่มีน้อยที่สุด จำนวนประชากรมีน้อยที่สุดในทั้ง 4 เขต เรียงตัวยาวตามลำคูไหล แนวกำแพงเมืองเก่า และถนน ค่อนข้างอยู่ห่างในลักษณะถูกตัดขาดจากเขตอื่นมากที่สุด การติดต่อไปมาหาสู่กันกับเขตอื่นในชุมชนมีได้ 2 ทางคือ เดินเลาะบนกำแพงเมืองที่ตลอดสองด้านข้างกำแพงเมืองเก่าจะมีการตั้งบ้านเรือนอยู่ทางนี้อยู่ใกล้ที่สุด แต่ไปมาค่อนข้างลำบาก ช่วงที่ฝนตกจะลื่นและแฉะ ทางแคบรถจักรยานยนต์ผ่านไปมาไม่ได้ ส่วนอีกทางหนึ่งต้องอ้อมผ่านถนนนันทารามที่อยู่นอกชุมชนเป็นระยะทางไกลประมาณ 300-400 เมตร จากสภาพทางกายภาพ และเงื่อนไขส่วนอื่นอีกบางประการทำให้คนในเขตนี้อยู่กันอย่างเป็นเอกเทศ มีความสัมพันธ์กับเขตอื่น ๆ น้อย

1.2 ข้อมูลด้านประชากร

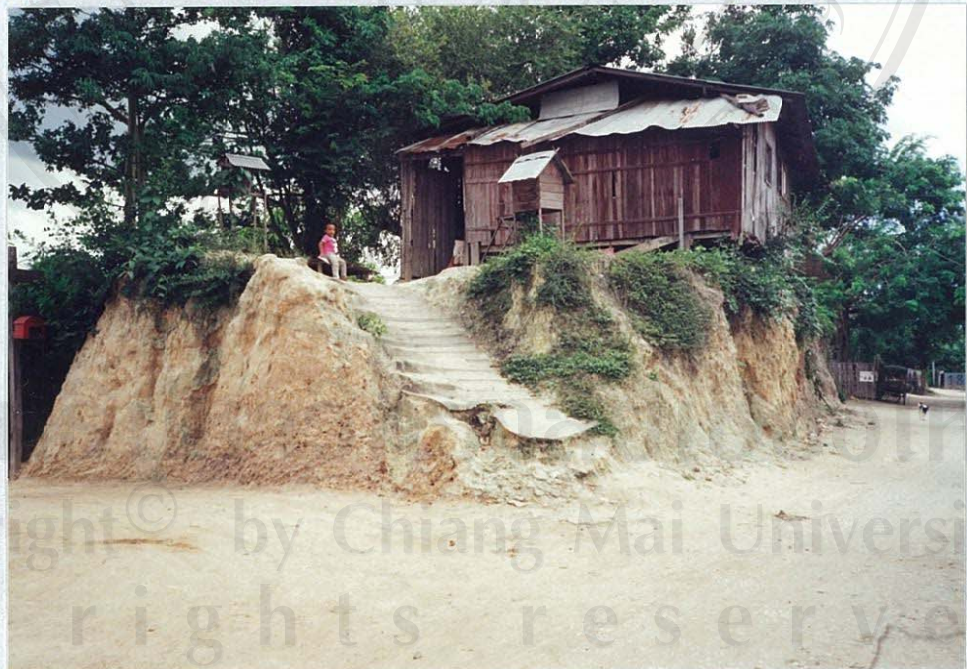
จากการสำรวจข้อมูลด้านประชากรระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2534 โดยคณะกรรมการชุมชนฟ้าสาดใส ร่วมกับเทศบาลนครเชียงใหม่ มีประชากรทั้งสิ้น 748 คน แยกเป็นชาย 378 คน หญิง 370 คน มีบ้าน 167 หลังคาเรือน เป็นบ้านที่มีความคงทนถาวร จำนวน 136 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 81.44 มีครอบครัวจำนวน 171 ครอบครัว แยกเป็นเช่าที่ปลูกบ้าน (ในความหมายนี้คือ ทั้งลักษณะเช่าและบุกรุก) จำนวน 121 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 70.76 อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวอื่น จำนวน 31 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 18.13 ที่บ้านและที่ดินเป็นของตนเอง จำนวน 14 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 8.19 เช่าบ้านอยู่ จำนวน 5 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 2.92 (ในสภาพที่เป็นจริงผู้ที่เช่าบ้านอยู่หรือเช่าอยู่ในลักษณะเป็นหอพักจะมีสูงกว่าที่สำรวจได้ แต่เนื่องจากคนเหล่านี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชน มีการเคลื่อนย้ายที่อยู่ไม่แน่นอน การสำรวจจึงไม่นับรวมเป็นข้อมูลของชุมชนด้วย) โครงสร้างอายุของประชากรของชุมชนฟ้าสาดใส ดังปรากฏในภาพประกอบที่ 6

1.3 สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและความสัมพันธ์ของคนในชุมชน

คนในชุมชนฟ้าสาดใส ส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพมาจากท้องถิ่นต่าง ๆ ทั้งจากอำเภออื่นในจังหวัดเชียงใหม่ และจากต่างจังหวัด อาทิเช่น จาก อ.จอมทอง อ.แม่ริม อ.สันป่าตอง จาก จ.ลำพูน จ. เชียงราย จ.ลพบุรี จ.พิจิตร จ.สุโขทัย เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้ชุมชนเป็นแหล่งรวมของคนที่เคยมีวิถีชีวิต ภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณีแตกต่างกันมาอยู่ร่วมกัน คนในชุมชนบางคนได้กล่าวเปรียบเทียบกับว่าชุมชนเป็น "บ้านแกงโฮะ" (เป็นแกงที่รวมอาหารเหลือ-เศษอาหารหลาย



ภาพประกอบที่ 4 แสดงลักษณะบ้านที่ใช้กำแพงเมืองเก่าเป็นรั้ว มีการเจาะกำแพงเมือง เพื่อทำเป็นช่องประตูเข้าออก



ภาพประกอบที่ 5 แสดงลักษณะบ้านที่ตั้งอยู่บนกำแพงเมือง

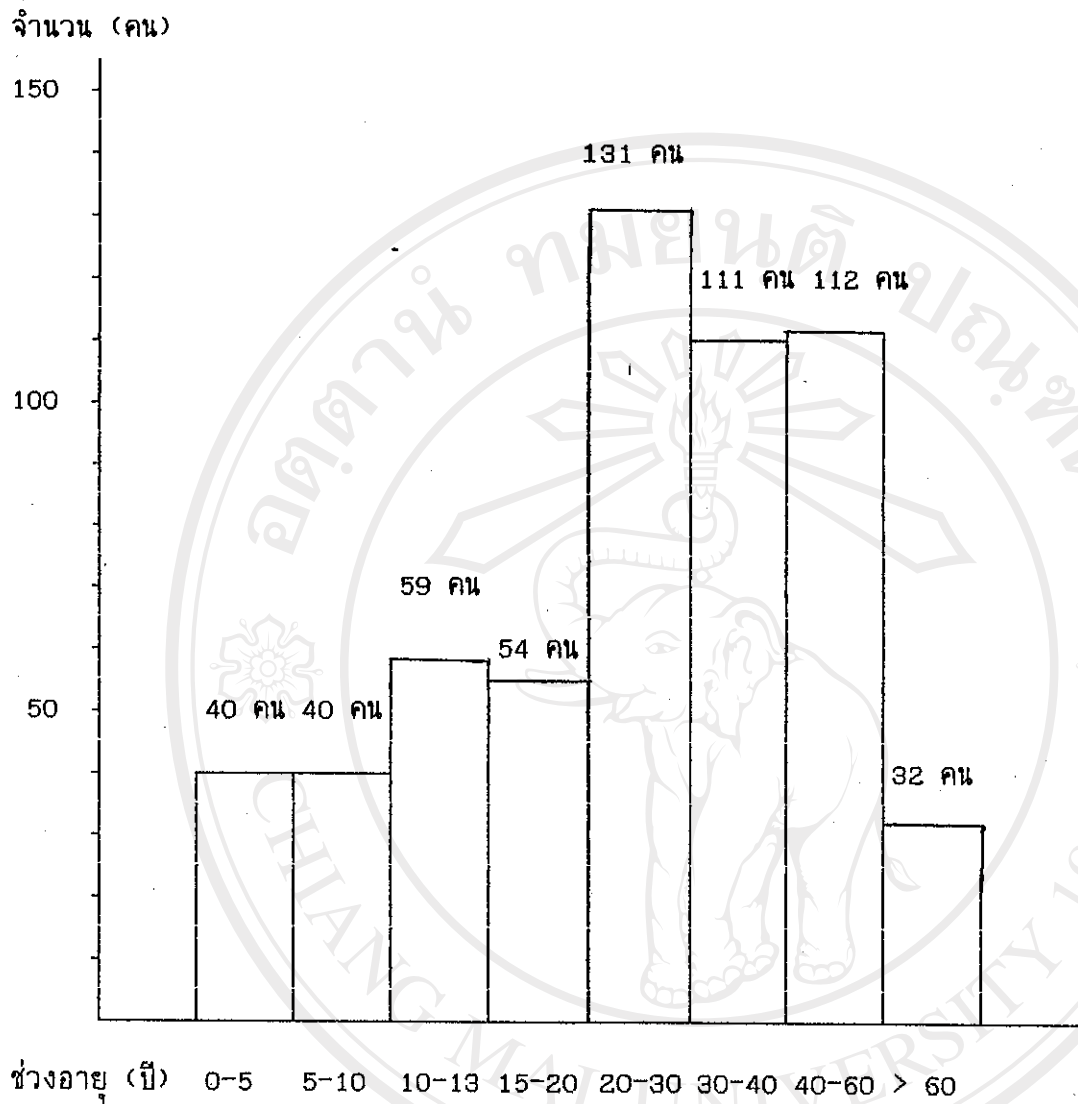
อย่างเข้าด้วยกัน) คนในชุมชนผู้หนึ่งได้กล่าวถึง ผลของการเป็นบ้านแกงโอะ ที่คนมีความแตกต่างกันอย่างหลากหลายว่า "ทำให้นานเข้าใจกัน ไม่เหมือนบ้านนอก" หมายถึง ต้องใช้เวลานานกว่าจะสร้างความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้คนในชุมชนแห่งนี้เข้าใจอย่างตรงกัน

มีเงื่อนไขหลายประการที่ทำให้ชุมชนผ้าสดีไล ต้องใช้เวลานานในการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน เพราะบางคนต้องทำงานกลางวัน วางเวลากลางคืน แต่บ้านใกล้เคียงใช้เวลาทำงานกลางวัน มีเวลาว่างกลางวัน จึงทำให้ไม่ค่อยได้พบปะพูดคุยกัน แสดงถึงสภาพทางเศรษฐกิจ และเวลาทำงานที่เป็นเงื่อนไขทำให้คนในชุมชนส่วนหนึ่งไม่มีโอกาสติดต่อพูดคุยเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ติดต่อกันเท่ากับในชนบททั่วไป

เงื่อนไขที่ทำให้คนในชุมชนมีการติดต่อสัมพันธ์กันน้อย นอกเหนือจากเงื่อนไขทางด้านเศรษฐกิจแล้วยังมีเงื่อนไขด้านวัฒนธรรมอีกด้วย กล่าวคือ ในชุมชนผ้าสดีไลเขต 4 มีบ้านให้เช่าหลายหลัง มีชาวเขาเผ่าม้งจาก อ.จอมทอง และชาวเขาเผ่ามูเซอจากที่ต่าง ๆ มาอาศัยเช่าอยู่เป็นกลุ่มใหญ่ จำนวนหลายครอบครัว ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนกับผู้มาอาศัยอยู่นี้มีลักษณะแตกต่างคนต่างอยู่ไม่ความสัมพันธ์ใด ๆ ต่อกัน เนื่องจากไม่รู้ภาษากันและกัน

นอกจากนี้ คนในชุมชนแออัดทุกคนจะไม่สนใจเบื้องหลังของกันและกันว่ามีความเป็นมาอย่างไร แม้จะมีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านอย่างลึกซึ้งมากเพียงใดก็ตาม แต่ก็เพียงรู้จักในชีวิตปัจจุบันเท่านั้น มีส่วนน้อยที่รู้จักชีวิตเบื้องหลังที่ผ่านของกันและกันอย่างลึกซึ้ง สิ่งนี้เองเป็นกลไกทำให้ชุมชนแออัดที่เต็มไปด้วยคนที่มาจากที่ต่าง ๆ อย่างหลากหลาย มีความต่างกันทั้งด้านภาษา ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ สามารถอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันได้อย่างราบเรียบ ไม่ว่าคน ๆ นั้น จะเคยมีอดีตหรือผ่านชีวิตอย่างไรมากก็ตาม แต่เมื่อมาอยู่ในชุมชนแล้วเขาจะกลายเป็น คนใหม่ ที่ทุกคนในชุมชนพร้อมจะให้ เขา เริ่มต้นแสดงบทบาทสร้างความเชื่อถือในชุมชนด้วยตัวของเขาเอง โดยไม่ต้องกังวลกับอดีตที่ผ่านมาของตน

จากการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) โดยคณะกรรมการชุมชนผ้าสดีไลร่วมกับเทศบาลนครเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ.2532 พบว่าในจำนวนประชากรทั้งหมด 638 คน มีผู้ทำงานแล้วจำนวน 378 คน แยกเป็น ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 74.34 อาชีพค้าขายร้อยละ 29.64 รับราชการ (รวมลูกจ้างราชการ) ร้อยละ 3.17 เกษตรกรร้อยละ 1.85 อาชีพรับจ้าง อาทิเช่น เป็นกรรมกรรายวัน ช่างก่อสร้าง รับจ้างซักรีดเสื้อผ้า ขับรถรับจ้างทั้งรถสามล้อถีบ หรือรถตุ๊ก ๆ



ภาพประกอบที่ 6 แสดงโครงสร้างอายุของประชาชนในชุมชนฟ้าสอใส

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

เล่นดนตรีพื้นเมืองโซ่ตามโรงแรม-ศูนย์วัฒนธรรมในเวลาากลางคืน ทำงานบริษัทห้างร้าน และอาชีพอิสระอื่น ๆ อาชีพค้าขาย เช่น ทำบ้านเป็นร้านขายของชำเบ็ดเตล็ดทั่วไป ใช้รถเข็นขายอาหาร/กับข้าวในตลาด เก็บกระดาดขาย เก็บพืชผักที่มีอยู่ตามธรรมชาติขาย บ้านที่อยู่ติดลำคูไหว มีอาชีพเก็บผักบุงในลำคูขาย นอกจากนี้ในช่วงฤดูฝนจะมีรถยนต์มาจอดรอในบริเวณชุมชน เพื่อขนแรงงานซึ่งทั้งหมดเป็นหญิงวัยกลางคนไปปลูกข้าวภายนอกชุมชนเป็นประจำ เหตุที่ผู้ชายไม่นิยมไปรับจ้างทางการเกษตรนี้ เพราะค่าแรงได้น้อยกว่าทำงานก่อสร้าง และยังมีการปวดเมื่อยมากกว่าการทำงานก่อสร้างด้วย

เกี่ยวกับรายได้ของคนในชุมชนพบว่า ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน มีจำนวน 20 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 11.7 ครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 2,000 บาท/เดือน มีจำนวน 151 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 88.3

กิจกรรมใด ๆ ในชุมชน เช่น การประชุม หากกระทำในเวลากลางวันมีแนวโน้มว่าผู้เข้าร่วมจะเป็นผู้หญิงมาก เนื่องจากผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกชุมชน ในทางตรงกันข้าม หากเป็นการประชุมเวลาากลางคืนมีแนวโน้มว่าผู้ชายจะเข้าร่วมมาก นอกจากนี้ในชุมชนยังมีการใช้ระบบ ตัวแทนครอบครัว ในการร่วมกิจกรรมของชุมชนอีกด้วยกล่าวคือ ในทุกกิจกรรมของชุมชน อาทิเช่น การประชุม การร่วมงานพัฒนาในวันสำคัญ ๆ งานทำบุญ งานศพจะเกิดความรู้สึกว่าการส่งคนในครอบครัวคนใดคนหนึ่งไปร่วมก็ถือเป็นการเพียงพอแล้ว เป็นความชอบธรรมที่เพื่อนบ้านยอมรับ

คนในชุมชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ วัดที่คนในชุมชน เป็นศรัทธา หรือไปทำบุญเป็นประจำจะอยู่โดยรอบชุมชน คือ ทิศเหนือ - วัดนันทาราม วัดดาวดิงส์ วัดธาตุคำ ทิศตะวันตก - วัดศรีปิงเมือง ทิศตะวันออก - วัดหัวฝาย สถานที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของคนในชุมชนนอกเหนือจากนั้นคือ ต้นโพธิ์กลางชุมชน ซึ่งมีการสร้างเป็น ศาลเจ้าพ่อประจำชุมชน เป็นที่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ของผีเสื้อบ้าน (เจ้า/ผีที่ปกปักรักษาชุมชน) เป็นที่เคารพกราบไหว้ของคนในชุมชน มีการทำบุญเป็นประจำทุกปีช่วงเดือน 9 เหนือ (ประมาณเดือนมิถุนายน)

ในเวลาากลางคืนเป็นช่วงที่คนร่วมครัวเรือนเดียวกัน ได้อยู่ร่วมกันอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา กิจกรรมในช่วงนี้คือ กินข้าว ดูโทรทัศน์ และพูดคุยร่วมกัน โทรทัศน์ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แม้แต่บ้านที่ดูทรุดโทรมที่สุดในชุมชนก็ยังขวนขวายหามาไว้ภายในบ้าน และจากการสำรวจความ

จำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปี พ.ศ.2534 พบว่า ครอบครัวที่มีสิ่งอำนวยความสะดวก 1 อย่างขึ้นไป มีถึงจำนวน 162 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 94.74 แต่บางที่เราไม่อาจใช้สิ่งของเครื่องใช้อำนวยความสะดวกต่าง ๆ มาเป็นเครื่องบ่งบอกฐานะของคนในชุมชนแออัดอย่างเป็นมาตรฐานได้ ดังเช่นที่เราอาจเคยใช้กับคนในชนบท ทั้งนี้เพราะลักษณะบ้านที่คับแคบ สภาพแวดล้อมที่อยู่ในเขตเมืองที่ต้องตื่นนอน ต่างคนต่างทำงาน และลักษณะอาชีพ ทำให้เครื่องอำนวยความสะดวกที่บางครั้งเราได้ตีค่าเป็นของใช้ฟุ่มเฟือย ได้กลายเป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน เช่น เครื่องใช้ไฟฟ้า เพื่อใช้ประกอบอาหาร เนื่องจากพื้นที่ค่อนข้างหายาก โทรทัศน์เป็นสิ่งบันเทิงใจประจำครอบครัว ในยามค่ำคืน และช่วงหยุดงานในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ที่ช่วยจูงใจให้คนในชุมชนแออัดสามารถพักอาศัยอยู่ในบ้านที่ค่อนข้างจำกัด ทั้งพื้นที่และอาณาบริเวณ ได้อย่างมีความสุขพอควรตามอัตถภาพ ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้มีการไปมาหาสู่กันระหว่างบ้านต่อบ้านในเวลาว่างคิ่่นน้อยลง การเข้ามาใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ส่วนหนึ่งยังคงมีความผูกพันกับครอบครัวเดิมของตนอยู่ ยังมีการไปมาหาสู่เพื่อเยี่ยมเยียนท้องถิ่นเดิม บางครั้งก็มีคนจากท้องถิ่นเดิมมาเยี่ยมถึงในชุมชน รวมทั้งการชักจูงเข้ามาอยู่ร่วมกันในชุมชนเพื่อหางานทำในเมือง

การติดต่อสัมพันธ์ที่ เท่าเทียมกัน จะอยู่ในวงของคนที่มีอาชีพคล้ายกัน ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับเดียวกัน อยู่ในละแวกเดียวกัน ชอบในสิ่งเดียวกัน เช่น ร่วมวงไพ่ ร่วมวงสุรา ชอบสะสมพระเครื่อง เป็นต้น ส่วนการติดต่อสัมพันธ์ที่ ไม่เท่าเทียมกัน ฝ่ายที่ด้อยกว่ามีความสัมพันธ์ในลักษณะพียงพียงฝ่ายที่เหนือกว่า ในรูปแบบ ระบบอุปถัมภ์ ได้แก่คนที่มีความแตกต่างกันด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะสัมพันธ์กับหน้าที่การงาน

ถึงแม้จะมีตัวบ่งชี้มากมาย ที่ทำให้เห็นภาพว่าคนในชุมชนมีลักษณะเป็นปัจเจกชนสูง จากสภาพเงื่อนไข สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ก็ตาม แต่ภายในชุมชนก็ยังคงมีระบบอุปถัมภ์แฝงอยู่เช่นกัน มีลักษณะเป็นระบบอุปถัมภ์กลุ่มเล็ก ๆ บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนกัน สิ่งที่สะท้อนให้เห็นระบบอุปถัมภ์ในชุมชนแห่งนี้ เช่น การทำงานรับจ้างกับคนที่มิฐานะดีในชุมชน โดยขอค่าตอบแทนเพียงเล็กน้อย แต่สามารถเป็นหลักมั่นคงการเงินได้ เป็นระบบอุปถัมภ์ในเชิงเศรษฐกิจ มิใช่ระบบอุปถัมภ์เชิงอำนาจที่คนต้องเข้ามาพียงพียงเพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของตนเอง

นอกจากนี้ ยังพบว่าในกิจกรรมทุกชนิด ทุกประเภทของชุมชน ส่วนใหญ่จะมีการตั้งสุร่าเป็นตัวจุดใจดึงดูดให้คนเข้าร่วม (นอกเหนือจากคนส่วนหนึ่งที่อาจมาเพราะศรัทธา หรือเหตุผลอื่น ๆ) นอกจากนี้ สุร่ายังเป็นตัวบ่งบอกถึงความเป็นคนมีใจกว้างของคนในชุมชนอีกด้วย เมื่อมีกิจกรรมใด ๆ ไม่ว่าจะเป็งานพัฒนาในวันสำคัญ ๆ งานทำบุญประจำปี (ทำบุญผีเสื้อบ้าน) ทำบุญถวายเทียนเข้าพรรษา งานพิธี ฟายครุ (การทำบุญเลี้ยงผีประจำปีของคนทรงเจ้า) ฯลฯ การชักจูงผู้ใหญ่ในชุมชนให้มาทำกิจกรรมร่วมกันทำได้ยาก ไม่ค่อยมีคนมาร่วม แต่ถ้าบอกว่าให้มากินเหล้าจะมีคนมามาก ทำให้เห็นสภาพการรวมกลุ่มของคนในชุมชนที่มาเพราะส่วนหนึ่งเพื่อหวังผลประโยชน์เฉพาะหน้า

ในระบบความเชื่อ ยังมีการนับถือผี และสิ่งศักดิ์สิทธิ์กันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะคนที่มิพื้นเพเดิมในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดใกล้เคียง ปรากฏว่ามี ม้าขี่ หรือคนทรงเจ้าเฉพาะในชุมชนนี้มากถึง 12 คน หลาย ๆ บ้านมีการตั้งหิ้งเลี้ยง ผีปู่ย่า หรือผีบรรพบุรุษ มีการจัดงาน ทำบุญผีเสื้อบ้าน หรือการทำบุญประจำปีกลางชุมชนในเขต 1 ซึ่งพิธีนี้จะมีคนทั่วไปในชุมชนเข้ามาร่วมกันมากทั้งคนที่มิพื้นเพมาจากภาคเหนือและที่มาจากภาคอื่น

1.4 กลุ่มองค์กรที่มีอยู่ภายในชุมชน

ชุมชนฟ้าใหม่ ได้มีการจัดตั้งกลุ่มทางสังคมขึ้นเป็นของตนเอง ทั้งที่เกิดจากการเข้ามาจัดตั้ง หรือชี้้นำโดยหน่วยงานภายนอกชุมชน และที่เกิดจากความคิดริเริ่มของคนในชุมชนเอง ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน ได้รับการจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ ในปี 2533 เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำให้เขต 4 อยู่ค่อนข้างห่างไกลจากเขตอื่น ๆ และผู้คนมีความสัมพันธ์เฉพาะภายในเขตของตน กรรมการกลุ่มแม่บ้านที่จัดตั้งขึ้นใหม่จึงมีเพียงเขต 1 ถึงเขต 3 จำนวนเขตละ 3 คน การร่วมกิจกรรมของชุมชนในนามกลุ่มแม่บ้านยังคงจำกัดอยู่เฉพาะผู้มีชื่อเป็นกรรมการกลุ่มแม่บ้านเท่านั้น

กรรมการชุมชน พัฒนาการเกิดกลุ่มกรรมการชุมชน เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนสำหรับแก้ไขปัญหาส่วนรวม และเป็นผู้นำการพัฒนาชุมชนเริ่มต้นเมื่อปี 2527-2528 กรรมการชุมชนผู้ได้รับเลือกตั้งอย่างไม่เป็นทางการ มีประมาณ 8-9 คน โดยไม่มีกิจกรรมใด ๆ ตามมา ต่อมามีการทำหนังสือแจ้งไปยังเทศบาล ขอให้เข้ามารับรองการจัดตั้งเป็น "ชุมชน" มีการเลือกตั้งอย่างเป็นทางการครั้งแรกในเดือนตุลาคม 2528 โดยวิธียกมือเลือกประธานชุมชน 1 คน แล้วให้ประธาน

ชุมชนที่ได้รับเลือกตั้งไปแต่งตั้งกรรมการชุมชนเอาเอง มีผู้ได้รับเสนอชื่อ 5 คน มีการเลือกตั้งกรรมการชุมชนอีกครั้งหนึ่ง (เทศบาลได้กำหนดระเบียบให้กรรมการชุมชน มีวาระดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี) ในเดือนพฤศจิกายน 2532 ในวิธีเลือกตั้งแบ่งเป็น 4 เขต เปิดโอกาสให้มีการสมัครรับเลือกตั้งแบบเลือกผู้แทน ใช้การหย่อนบัตร ปรากฏว่าการเลือกตั้งครั้งนี้คนตื่นตัวมาใช้สิทธิ์ประมาณ 44 % และการเลือกตั้งครั้งที่ 2 ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2535 มีผู้มาใช้สิทธิ์มากถึง 48 % เหตุที่ต้องแบ่งการบริหารงานออกเป็นเขต เพราะต้องการให้การทำงานของคณะกรรมการชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหัวหน้าเขตแต่ละเขตรับผิดชอบงานในเขตของตัวเอง เพื่อความสะดวก และช่วยกันแบ่งเบาภาระภายในชุมชน หลังจากนั้นคณะกรรมการและชาวบ้านชุมชนฟ้าสาดใส ได้ร่วมกันสร้างศาลาเอนกประสงค์ โดยนำเงินที่ได้จากการบริจาคและออกแรงร่วมกันสร้างจากแรงงานในชุมชน

กลุ่มฌาปนกิจ ตั้งขึ้นหลังการเกิดกรรมการชุมชนอย่างเป็นทางการในเวลาไม่นานนัก โดยมีประธานชุมชน (ในขณะนั้น) เป็นผู้นำจัดตั้งกลุ่มฯ และยังคงดำเนินการอยู่จนกระทั่งปัจจุบัน รูปแบบการดำเนินงานคือ ให้ประธานชุมชนเป็นประธานกลุ่มฌาปนกิจโดยตำแหน่ง ให้หัวหน้าเขตทั้ง 4 เขต เป็นผู้รับผิดชอบกับเงินค่าสมาชิก เมื่อมีคนเสียชีวิตในอัตราคนละ 10 บาทต่อครอบครัว ในเขตของตน มีสมาชิกทั้งหมดประมาณ 100 ครอบครัว ทำให้ญาติผู้เสียชีวิตได้รับเงินเพียง 1,000 บาท ซึ่งสมาชิกของกลุ่มฯ หลาย ๆ คนเห็นว่าน้อยเกินไปจึงมีสมาชิกฯ บางคนได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มฌาปนกิจอื่นที่อยู่นอกชุมชนด้วย

กลุ่มสหกรณ์เครดิตยูเนียน จัดตั้งในปี พ.ศ.2529 โดยผู้นำชุมชนสหกรณ์เครดิตยูเนียนแห่งประเทศไทย เป็นผู้นำแนวคิดเครดิตยูเนียนเข้าไปเผยแพร่แก่ชาวชุมชนฟ้าสาดใส จนทำให้ชุมชนเกิดความสนใจ นำไปสู่การจัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเองในระยะต่อมา การดำเนินการนั้น จะอยู่ภายใต้หลักประชาธิปไตย คือ หนึ่งคนต่อหนึ่งเสียง สมาชิกจะสะสมทรัพย์ร่วมกันเพื่อเป็นทุนดำเนินการให้สมาชิกที่มีความจำเป็น เดือดร้อน กู้ยืมนำไปใช้ คณะกรรมการได้รับเลือกตั้งจากสมาชิก ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจะได้รับการจัดสรรสู่มวลหมู่สมาชิกในรูปของดอกเบี้ยและเงินปันผล

กลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครชุมชน กลุ่มเยาวชน กลุ่มม้าขี่ หรือคนทรงเจ้า ที่มีกิจกรรมติดต่อสัมพันธ์กันในกลุ่มเมื่อมีพิธีกรรมร่วมกัน กลุ่มทำบุญ ป่าเวณีเดือน 9 หรือการทำบุญหน้าไม้คำตันโพธิ์กลางชุมชน กลุ่มพัฒนาชุมชน (รวมตัวกันในวันสำคัญ ๆ เพื่อพัฒนา

สิ่งแวดล้อมในชุมชน) ฯลฯ กลุ่มเหล่านี้ มีทั้งที่เป็นกลุ่มจัดตั้ง (โดยหน่วยงานภายนอก) และกลุ่มที่เกิดจากการติดต่อสัมพันธ์ของคนในชุมชน โดยธรรมชาติ

1.5 แหล่งให้บริการสาธารณสุขของชุมชน

การให้บริการสาธารณสุขในระดับชุมชนนั้น พบว่าในอดีตเคยมีการจัดตั้งกองทุนยาเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2526 โดยคนในชุมชน ผู้ผ่านการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานของเทศบาล จำนวน 3 คน ได้กำหนดให้สมาชิกลงหุ้น หุ้นละ 10 บาท เก็บเงินได้ประมาณ 1,500 บาท โดยตั้งที่ทำการไว้ในชุมชนเขต 1 ต่อมามีปัญหาด้านการรับ-จ่าย ยาในกองทุน ตลอดจนการรับผิดชอบด้านการเงินและการบัญชี ประกอบกับประชาชนสามารถหาซื้อยาได้สะดวกจากร้านค้าทั่วไปในชุมชน และภายนอกชุมชน ซึ่งร้านค้าในชุมชนนี้ ส่วนใหญ่เป็นร้านค้าขายของชำ ซึ่งขายสินค้าอุปโภคบริโภค รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 แห่ง เป็นร้านที่อยู่ในเขต 1 จำนวน 3 แห่ง อยู่ในเขต 2 จำนวน 1 แห่ง อยู่ในเขต 3 จำนวน 3 แห่ง และอยู่ในเขต 4 จำนวน 2 แห่ง ซึ่งลักษณะของร้านขายของชำในชุมชนนั้น ได้แสดงไว้ในภาพประกอบที่ 7



ภาพประกอบ 7 แสดงลักษณะร้านขายของชำในชุมชน

ร้านขายของชำในชุมชนนี้ นอกจากจะขายสินค้าอุปโภค บริโภคทั่วไปแล้ว สินค้ายังเป็นสินค้าที่ได้รับความนิยมจากผู้บริโภคกันมาก ยาที่พบว่ามีการจำหน่ายได้แก่ ยาแก้ปวดทั้งชนิดของของผู้ใหญ่ เช่น ทันใจ ปวดหาย ประสะนอแรด และชนิดเม็ด เช่น พาราเซตามอล ยาลดไข้สำหรับเด็ก เช่น ยาผงเด็กขวัญ ยาไวคูล นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการจำหน่ายยาชุด ยาลดกรดชนิดเม็ด ตลอดจนยาแผนโบราณ เช่น ยาลม ยาตองเหล้าชนิดต่าง ๆ ซึ่งยาที่พบว่าขายดีที่สุดได้แก่ ยาแก้ปวดชนิดของของผู้ใหญ่

สำหรับผู้บริโภคที่ใช้บริการในร้านชำเหล่านี้ นอกจากจะเป็นผู้บริโภคที่มีที่อยู่อาศัยภายในชุมชนแล้ว ยังมีผู้บริโภคที่เป็นคนงานในโรงงานที่ตั้งอยู่ใกล้บริเวณชุมชน ตลอดจนกรรมกรก่อสร้าง ซึ่งมาประกอบอาชีพชั่วคราวในชุมชนและบริเวณใกล้เคียงด้วย

และนอกจากจะมีการใช้บริการด้านการซื้อยาจากร้านขายของชำในชุมชนแล้ว ยังพบว่ามีการใช้บริการจากร้านชำที่อยู่นอกชุมชน ซึ่งตั้งอยู่ติดกับชุมชนอีก 2 แห่ง ตลอดจนร้านขายยาแผนปัจจุบัน และบรรจุเสร็จ ที่ตั้งอยู่ในตลาดประตูเชียงใหม่ อีกประมาณ 4-5 ร้าน และห่างจากชุมชนประมาณ 1 กิโลเมตร ซึ่งนอกจากร้านขายยาเหล่านี้จะเป็นตัวกลางในการส่งผ่านยาไปสู่ร้านชำในชุมชนแล้ว ยังพบว่าประชาชนในชุมชน ยังนิยมไปใช้บริการโดยตรงด้วย

2. ปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของลดไข้ แก้ปวดชนิดผง หลังมีคำสั่งประกาศ ทัศนคติเฝ้าออกจากสูตรตำรับ

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย และทุกรายเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับการใช้ยาของแก้ปวดชนิดผง โดย 5 ใน 8 รายใช้ยาของมาเป็นเวลา 3-40 ปี ปัจจุบันยังใช้ อยู่ รายที่ 6 ใช้ยาของมานานกว่า 30 ปี ปัจจุบันเลิกใช้แล้วเพราะเป็นโรคกระเพาะอาหารจนมีอาการถ่ายดำ รายที่ 7 ใช้ยาของติดต่อกันมานานกว่า 1 ปี ปัจจุบันเลิกใช้เป็นประจำทุกวัน เนื่องจากไม่ต้องทำงานหนัก แต่ใช้เป็นครั้งคราวในการบรรเทาอาการปวดหลัง และรายสุดท้าย เลิกใช้ยาของหลังจากใช้ติดต่อกันมานานกว่า 20 ปี เนื่องจากเป็นโรคกระเพาะอาหาร แต่มีการใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่น (พาราเซตามอล) ทดแทน โดยใช้วันละ 6-8 เม็ด ติดต่อกันมานานกว่า 3 ปี และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของแก้ปวด ลดไข้ชนิดผง มีดังต่อไปนี้

2.1 ตัวแปรด้านประชากร อายุ เพศ และถิ่นที่อยู่

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นชาย 5 ราย หญิง 3 ราย ปัจจุบันอายุ 28-75 ปี เมื่อศึกษาประวัติของการใช้ยาของของกลุ่มตัวอย่างทุกราย พบว่า มีการเริ่มใช้ยาของแก้ปวดเมื่อมีอายุ 18-40 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่อยู่ในวัยแรงงานทั้งสิ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ และอายุของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 รายที่ศึกษานี้ได้ข้อสังเกตว่า ผู้ใช้ยาที่เป็นเพศชายซึ่งปัจจุบันมีอายุอยู่ในช่วงวัยแรงงานมีแนวโน้มของการใช้ยาแก้ปวดชนิดของในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพคือ การกระตุ้นให้มีแรงทำงานมากกว่าเพศหญิงในวัยเดียวกัน ซึ่งมักจะมีแนวโน้มในการใช้ยาของเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยร่างกาย และการปวดศีรษะ และสำหรับผู้ใช้ยาที่มีพฤติกรรมมารติดยา มักจะพบในผู้ใช้ยาที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและมีประวัติการใช้ยาของมานานมากกว่า 30 ปี

ในด้านถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่ามี 2 รายเป็นชาวอำเภอเมือง จ. เชียงใหม่ อีก 2 รายเป็นผู้ที่อยู่ต่างอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่และอีก 4 รายมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัด แต่ได้ย้ายเข้ามาอยู่ในอำเภอเมือง จ. เชียงใหม่ โดยบางรายได้ย้ายเข้ามาในจังหวัดเชียงใหม่มานานมากกว่า 10 ปี และบางรายเพิ่งย้ายเข้ามาเมื่อ 2-3 ปีที่ผ่านมา สิ่งที่มีความคล้ายคลึงกันในกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ที่มีการโยกย้ายที่อยู่อาศัยจำนวนหลายครั้ง ก่อนที่จะเข้ามาตั้งหลักฐานอยู่ในชุมชนแห่งนี้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีอดีตที่มีฐานะค่อนข้างยากจนไม่มีบ้านเป็นของตนเอง ต้องใช้วิธีเช่าที่อยู่อาศัย และมีการย้ายที่อยู่ไปเรื่อย ๆ จนในที่สุด 3 ใน 8 รายได้มาตั้งหลักแหล่งและมีบ้านเป็นของตนเองบนที่ดินของราชพัสดุ โดยเสียค่าเช่าเป็นรายปี อีก 3 ราย อาศัยอยู่กับลูกหลาน มีเพียง 1 รายที่ต้องเช่าบ้านอยู่ และอีก 1 รายที่อาศัยกับนายจ้าง

เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านอายุ พบว่า มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2533) ซึ่งกล่าวว่ากลุ่มที่มีการใช้ยาแก้ปวดลดไข้มากที่สุดเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-65 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน ซึ่งสาเหตุของการใช้ยาคือ ใช้สำหรับบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกายจากการทำงานหนัก ซึ่งเป็นอาการป่วยที่พบมากที่สุด และในด้านลักษณะของผู้ติดยาแก้ปวดพบว่ามีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ บุษบา มีพร (2534) ซึ่งกล่าวว่า ลักษณะของผู้ติดยาแก้ปวดมักจะมีอายุมากกว่าระหว่าง 50-65 ปี เคยกินยาติดต่อกันมานานนับสิบปี ปัจจุบันมักทำงานหนักไม่ได้แล้ว และมักมีปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วย ในด้านปัจจัยที่นำมาสู่การติดยานั้น กล่าวถึงความยาก

ลำบาก ในการทำมาหากินในระยะเริ่มต้นของชีวิตครอบครัว เป็นเหตุให้ต้องพึ่งยาแก้ปวด จากน้อย ๆ ค่อยมากขึ้น นานเข้าเลยขาดไม่ได้

เกี่ยวกับแบบแผนการย้ายถิ่นของกลุ่มตัวอย่างนี้พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ คีริวรรณ คิริบุญ (2531) ซึ่งพบว่า การย้ายถิ่นของคนในชุมชนแออัดนั้น ส่วนใหญ่ย้ายมาจากต่างจังหวัด และการย้ายเข้ามาพักอาศัยในชุมชนแออัดนั้น ได้ผ่านการย้ายที่อยู่หลาย ๆ ครั้ง และสาเหตุของการย้ายเข้ามาอยู่ในชุมชนแออัดนี้ พบว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เช่น เกี่ยวกับการหางานทำ ตลอดจนปัญหาที่เกิดจากที่อยู่เดิมหมดสัญญาเช่า ถูกไล่ที่ ถูกไฟไหม้ และปัญหาความอึดอัดคับแคบ

2.2 อาชีพ

การประกอบอาชีพ นับว่าเป็นเหตุที่นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาของที่สำคัญ ซึ่งจากการศึกษาประวัติด้านการประกอบอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายประกอบอาชีพ หรือเคยประกอบอาชีพที่มีลักษณะของการทำงานหนักทั้งสิ้น เช่น อาชีพแกะสลัก ที่ต้องแบกไม้เพื่อนำมาแกะสลัก อาชีพตัดไม้และขนไม้ในป่า อาชีพรับเหมาก่อสร้าง อาชีพหาบของขาย อาชีพแม่ค้าในตลาดสด หรือการเป็นเซลขายของ ซึ่งต้องหิ้วของเดินวันละหลายกิโลเมตร และต้องประสบกับภาวะความเครียด หากเก็บเงินจากการขายไม่ได้ นำมาซึ่งการปวดศีรษะ ซึ่งพบว่าสาเหตุของการใช้ยาของนั้น ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยจากการทำงานหนัก และการปวดศีรษะโดยผู้ขายบางรายให้เหตุผลว่า

"ความจริงไม่กินยาของก็ได้ ถ้าไม่ต้องทำงานหนัก แต่ตอนนี้งานมันเยอะก็จำเป็นต้องกินยา ถ้าไม่กินวันต่อ ๆ ไปจะทำงานไม่ไหว เพราะมันปวดเมื่อย แล้วจะเอารายได้มาจากไหน"

"เมื่อก่อนเป็นเซลต้องเดินวันละ 7-8 กิโล ปวดขาไปหมดก็เลยกินปวดหาย ยิ่งวันไหนเก็บเงินไม่ได้ยิ่งเครียด ตัวเองเป็นโรคความดันต่ำอยู่แล้ว ยิ่งปวดหัวจัดก็กินปวดหายนี้แหละ เวลาจะไปทำงานต้องพกปวดหายไปด้วยตลอด"

"ปวดหายนี้กินแล้วเหงื่อมันออก ทำให้มีแรงทำงานได้ดีขึ้น ถ้าได้กินแล้วรู้สึกกระปรี้กระเปร่าถ้าไม่กินแล้วมันขี้เกียจ"

นอกจากนี้ อาชีพยังมีผลต่อการใช้ยาของแก้ปวด โดยหวังผลในแง่ของการส่งเสริม

สุขภาพคือ การกระตุ้นให้มีแรงทำงาน เช่น กรณีผู้ใช้ยารายหนึ่ง ซึ่งมีอาชีพตัดไม้และชนไม้ในป่า ได้ให้เหตุผลว่า

"เริ่มใช้ยาของตั้งแต่เข้าไปตัดไม้ เห็นเค้กกินกันก็เลยลองบ้าง เค้บอกว่ถ้ากินยาม้าผสมยาของจะทำให้มีแรงสามารถตัดไม้ ชนไม้ได้ทั้งวันทั้งคืน แยกไม้เดินขึ้นเนินได้สบาย ๆ กินยาม้าอย่างเดียวก้ไม่ได้ผล ต้องใช้ยาของด้นม้าอีกทีหนึ่ง"

เกี่ยวกับปัจจัยด้านอาชีพนี้ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ลือชัย ศรีเงินยาง (2534) ซึ่งพบว่า ยาของแก้ปวดถูกใช้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้สามารถทำงานหนักได้นาน และบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกายจากการตรากตรำทำงานหนัก ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะพบมากในหมู่บ้านที่มีอาชีพทำงานหนักเช่น ชาวไร่ ชาวนาและกรรมกรในเมือง เช่นเกี่ยวกับการศึกษาของ จริยาวัตร คมพยัศย์ (2527) ซึ่งพบว่ามีการใช้ยาระงับปวด และลดไข้ถึงร้อยละ 75.0 ในผู้ที่ประกอบอาชีพตีจักรยานสามล้อในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคปวดเมื่อยตามร่างกายซึ่งเกิดจากการต้องอยู่ในท่าขับขี่สามล้อที่ต้องก้มหลังเป็นนาน ตลอดจนต้องตากแดดตากฝนทำให้เป็นไข้และเพิ่มการปวดเมื่อยมากขึ้น

นอกจากการประกอบอาชีพในวัยแรงงานแล้ว พบว่าผู้ใช้ยาบางรายที่มีอายุมากขึ้นและมีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จนไม่มีความจำเป็นที่จะต้องทำงานเพื่อหารายได้ แต่เนื่องจากเป็นลักษณะของผู้สูงอายุในสังคมไทยที่ต้องการมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่าย เพื่อช่วยเหลือลูกหลาน ซึ่งบางรายได้ให้เหตุผลว่า

"ยายถึงแม้จะแก่แต่ก็ยังมีแรง ก็รับจ้างปอกหัววันละ 6-7 กิโล ได้ค่าจ้างวันละ 25 บาท ก็ยังดี ดีกว่านั่งเฉย ๆ มันเบื่อ แต่ปอกหัวนี้มันทำให้ปวดข้อมือ เพราะมันเกร็งเวลาจับมีดก็ไปซื้อยาพาราามากินมันก็ทุเลา เสียค่ายาวันละแค่ 3-4 บาท มีแรงก็ทำไปเรื่อย ๆ"

"ตาเค้ อยู่ว่าง ๆ ก็ออกไปเก็บเศษกระดาดเอาไปขาย อยู่บ้านเฉย ๆ มันเบื่อ (บ่มีงาน) ถ้าตากกลับมาเหนื่อย ๆ ยายก็เอาปวดหายให้ตากิน"

แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากอายุมากและมีปัญหาด้านสุขภาพ โดยอาศัยรายได้จากการให้ของลูกหลาน ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาของในกลุ่มตัวอย่างนี้ ปัจจัยด้านอาชีพมีผลเฉพาะในช่วงแรกของอายุ ขณะที่อยู่ในวัยแรงงานที่ใช้ยาของเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยของร่างกาย แต่มิใช่ปัจจัยที่สำคัญในปัจจุบัน เพราะถึง

แม้จะมีได้ประกอบอาชีพใด ๆ ก็ตาม ก็ยังพบพฤติกรรมการใช้ยาของโดยมีลักษณะของการติดยา ถ้าขาดยาแล้วจะมีอาการปวดหัว เวียนหัว ดังนั้น จึงจำเป็นต้องใช้ยาเป็นประจำทุกวัน

นอกจากนี้ การประกอบอาชีพในผู้สูงอายุ แม้ว่าจะไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ แต่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความยินดีในการที่จะช่วยลูกหลานหารายได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันวิจัยประชากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2531 อ้างใน กระแส ชนะวงศ์, 2532) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตเมืองที่อายุมากกว่า 60 ปี พบว่ายังต้องทำงานเพื่อช่วยหารายได้ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบท มักจะคอยดูแลบุตรหลาน และได้รับเงินสนับสนุนจากลูกหลานส่งมาให้ และจากการศึกษาของ กระแส ชนะวงศ์ (2532) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวของคนไทยนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด โดยผู้สูงอายุจะมีความรัก ความห่วงกังวลในลูกหลาน ตลอดจนมีความเกรงใจลูกหลานทำให้ถึงแม้ว่าจะอายุมากกว่า 60 ปี แต่ถ้ายังทำงานไหว ก็มักจะช่วยทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีบทบาทในด้านจัดหาให้สมาชิกในครอบครัว โดยผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีบทบาทด้านการจัดหาไว้ประจำบ้านมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายด้วย

สำหรับ ลักษณะของผู้ติดยาแก้ปวด ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่ปัจจุบันแม้ว่าจะมีได้ประกอบอาชีพ แต่ยังพบพฤติกรรมการใช้ยาของ พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ บุขบา มีพร (2534) ซึ่งกล่าวว่า ผู้ที่มีลักษณะติดยามักจะมีอายุมาก ปัจจุบันมักทำงานหนักไม่ได้และมักมีปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วย ในด้านปัจจัยที่นำมาสู่การติดยานี้ เกี่ยวข้องกับความลำบากในการทำมาหากินในระยะเริ่มต้นของชีวิตครอบครัวเป็นเหตุให้ต้องพึ่งยาแก้ปวด และมีการใช้เป็นเวลาอย่างต่อเนื่อง จึงมักต้องลงท้ายด้วยการต้องเสแสร้งเป็นประจำ

2.3 ฐานะ อำนาจการซื้อ รายได้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้ยาทุกรายมีอดีตที่มีฐานะยากจน มีประวัติการทำงานหนัก มีอำนาจการซื้อต่ำ ทำให้มีความจำเป็นในการเลือกวิธีการรักษายามเจ็บป่วย ที่ราคาไม่แพงนัก เช่น การซื้อยามารักษาตนเอง นอกจากนี้ ยังพบว่ายาของมีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัว ดังที่มีผู้ใช้ยารายหนึ่งได้กล่าวว่า

“ถ้าไม่กินยาแก้ปวด ก็ปวดหลัง ปวดข้อ ปวดเมื่อยไปหมด ถ้าปวดมาก ๆ ก็จะทำงานไม่ไหว แล้วจะไปเอารายได้จากไหน”

สำหรับด้านรายจ่าย ในการซื้อยานั้น พบว่า ผู้ใช้ยาทุกรายไม่นิยมที่จะซื้อ

ยาของมาราวละมาก ๆ เนื่องจากไม่มีเงินมากพอ และทำให้ดูเหมือนเป็นรายจ่ายที่เป็นจำนวนเงินมากเมื่อเทียบกับรายได้ต่อวัน ดังนั้น จึงนิยมซื้อเพียงเพื่อใช้ 1 วัน

แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าในปัจจุบัน แม้ว่าผู้ขายบางรายจะมีฐานะดีขึ้น มีอำนาจการซื้อสูงขึ้น เนื่องจากมีรายได้จากการประกอบอาชีพสูงขึ้น และบางรายที่เป็นผู้สูงอายุ และมีเงินเก็บจากการให้ของลูกหลาน แต่ก็ยังพบว่า ผู้ขายเหล่านี้ ยังมีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดชนิดของอยู่ นั้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านฐานะอำนาจการซื้อ และรายได้ไม่น่าจะมีผลต่อการตัดสินใจ ในการเลือกวิธีการรักษาตนเองในระยะเริ่มแรกของการใช้เท่านั้น แต่พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดชนิดของในปัจจุบัน น่าจะเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยด้านอื่น ที่เข้ามามีบทบาทมากกว่า นอกจากนี้ แม้ว่า ผู้ขายบางรายจะมีฐานะดีขึ้นดังที่กล่าวข้างต้น แต่พฤติกรรมการซื้อยาของยังเหมือนเดิมคือ จะซื้อสำหรับใช้วันต่อวัน ซึ่งผู้ขายรายหนึ่งให้เหตุผลว่า

"บ้ายจะซื้อยาของวันละ 2-4 บาท ซื้อมากไม่ได้เดี๋ยวกินมากต้องซื้อทีละน้อย ถ้าหมดก็อดเอา บางทีกลางคืนตื่นมาอยากกินยาของแต่มันหมดก็รีบหลับซะ"

เมื่อสอบถามถึงรายจ่ายค่ายาของที่ต้องจ่ายทุกวัน พบว่า ผู้ขายทุกรายยินดีที่จะจ่าย เนื่องจากเป็นจำนวนเงินที่ค่อนข้างน้อย และคุ้มกับรายได้ และถ้าหากมีการขึ้นราคาของขึ้นไปอีก ซึ่งผู้ขายรายหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า

"ถ้ายาของราคาแพงขึ้นอีกก็ต้องกิน ใช้เพียงวันละไม่กี่ซองไม่ใช่ว่ามากมายแล้วไปประหยัดทางอื่นเอา ขอให้กินแล้วหายปวดหัว เวียนหัวก็พอใจแล้ว"

"ยอมรับว่าบ้ายติดยาของ ปวดอะไรนิดอะไรหน่อยก็นึกถึงยาของ เดียวนี้ยิ่งร้ายเพราะราคาแพงขึ้น แต่ถึงแพงก็ต้องกิน ถ้าไม่กินมันก็ปวด"

จากการศึกษาของอดุลย์ จาตุรงค์กุล (2526) ได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการเลือกสินค้าของผู้บริโภค หากมีรายได้ต่ำจะขาดอำนาจในการเลือกซื้อสินค้าที่มีราคาสูงกว่ารายได้ที่มีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2534) ซึ่งพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ เข้าามีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ คนยากจนมีพฤติกรรมการรักษาตนเองมากที่สุด และถ้าหากไม่หายก็จะลองรักษาตนเองต่อไปอีกระยะหนึ่ง หรืออาจเปลี่ยนวิธีการรักษาตนเองแบบอื่น ๆ ไปเรื่อย ๆ นอกจากนี้จากการศึกษาของ

สุนัตรา ชาตินัญชาชัย (2533) พบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่เข้ามามีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองทำให้มีผลต่อราคาที่เหมาะสม สำหรับการดูแลตนเอง ซึ่งมีได้หมายถึงจะต้องเป็นราคาที่ถูกลงที่สุดเสมอไป เพียงแต่เป็นการรักษาที่ค่อนข้างประหยัด และสามารถหาซื้อได้ง่ายทั้งชนิดและปริมาณ แต่ถ้ารักษาไม่หายอาจจะลอง เปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นที่มีสรรพคุณเหมือนกันแต่แรงขึ้น และมักจะมีราคาแพงขึ้นด้วยเช่นเดียวกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2527) และวิทย์ เทียงบุรณธรรม (2531) ซึ่งกล่าวว่า ความชุกของการใช้ยาแก้ปวดลดใช้นั้น ขึ้นอยู่กับรายได้ ราคา ยา และค่าใช้จ่ายในการซื้อยา แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ ปัจจัยด้านฐานะอำนาจการซื้อและรายได้ เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของผู้ใช้ยาของในระยะเริ่มแรกเท่านั้น แต่มีใช้สาเหตุที่สำคัญของผู้ที่มีพฤติกรรมการติดยา หรือผู้ใช้ยาของมาเป็นเวลานานมากกว่า 30 ปี ซึ่งพบว่ามีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนัตรา ชาตินัญชาชัย (2533) ซึ่งกล่าวว่า ชาวบ้านไม่นิยมที่จะทดลองยาชนิดใหม่ แม้ว่าจะมีสรรพคุณในการรักษาพอ ๆ กับยาตัวเก่าหรือดีกว่าเก่า เพราะชาวบ้านมักจะผูกพันกับยาตัวเก่ามากกว่าในสถานะที่เป็นสิ่งที่คุ้นเคยแม้ว่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้นพอที่จะซื้อยาที่ดี หรือมีราคาแพงขึ้นได้

นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ใช้ยาบางราย แม้จะมีฐานะยากจน แต่พบว่ามีสิ่งอำนวยความสะดวกในครอบครัว เช่น บางครอบครัวมีทีวีถึง 2 เครื่อง (สำหรับ 3 ครอบครัว) บางครอบครัวมีพัดลม ตู้เย็นและเครื่องไฟฟ้าหลายประเภท แม้ว่าครอบครัวนั้นจะมีหนี้สิน

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ สมศักดิ์ อุปพันธ์ (2535) ได้ศึกษาถึงการมีเครื่องอำนวยความสะดวกในชุมชนแออัดว่า โทรทัศน์ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ แม้แต่บ้านที่ดูทรุดโทรมที่สุดในชุมชนก็ยังขนขวายหามาไว้ภายในบ้าน บางทีเราไม่อาจใช้ของเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ มาเป็นเครื่องบ่งบอกฐานะของคนในชุมชนอย่าง เป็นมาตรฐานได้ดังเช่นที่เคยใช้กับคนในชนบท ทั้งนี้เพราะลักษณะบ้านที่คับแคบ สภาพแวดล้อมที่อยู่ในเขตเมืองที่ต้องดิ้นรนต่างคนต่างทำงาน และลักษณะอาชีพทำให้เครื่องอำนวยความสะดวกที่บางครั้งได้ตีความเป็นของฟุ่มเฟือยได้กลายเป็นสิ่งที่จำเป็นในชีวิตประจำวันเช่น ตู้เย็นใช้เก็บของเหลือไว้ขายในตลาดวันต่อไป เครื่องต้มน้ำสำหรับประกอบอาหาร เนื่องจากพื้นที่ค่อนข้างหายาก โทรทัศน์เป็นสิ่งบันเทิงใจประจำครอบครัวในยามค่ำคืน และในวันหยุดเพื่อจูงใจให้คนในชุมชนแออัดสามารถพักอาศัยอยู่ในบ้านที่ค่อนข้างจำกัดได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

2.4 ลักษณะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

2.4.1 บุคลิกภาพส่วนบุคคล

ลักษณะของผู้ใช้ยาส่วนใหญ่ มีลักษณะของคนที่อยู่ในสังคมเมืองมากกว่าสังคมของชาวชนบท แต่มีบางครอบครัวที่ยังมีลักษณะทางสังคมชนบทอยู่ เนื่องจากส่วนใหญ่มีถิ่นฐานเดิมอยู่ในอำเภอเมือง จ. เชียงใหม่ หรือย้ายเข้ามาอยู่ในเชียงใหม่เป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี สังเกตได้จากลักษณะของชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่ เพื่อนบ้านที่มีเขตรั้วติดกันมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างน้อย และลักษณะของสังคมเมืองจะมีค่าครองชีพค่อนข้างสูง สินค้าอุปโภคบริโภคทุกชนิดต้องแลกด้วยเงินและอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาตนเอง ไม่มีการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างเพื่อนบ้าน เช่นในชนบท ประกอบกับภาวะการแข่งขันทางการตลาด ด้านแรงงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องทำงานหนักเพื่อต่อสู้กับสภาวะทางเศรษฐกิจ ซึ่งผลที่ตามมาคือ ปัญหาความเครียด ปัญหาการใช้สารเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ ปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ยาของแก้ปวดได้ทั้งสิ้น เช่นผู้ใช้ยารายหนึ่งได้กล่าวว่า

"เมื่อก่อนรายได้ดี เพราะร้านขายของพวกแกะสลักมีน้อย เดียวนี้มีร้านแกะสลักเป็นร้อย ๆ แห่งแถวหาดงโน้น งานจึงลดลงเยอะรายได้ก็ลดลง อ้ายเป็นคนมีฝีมือแต่ขาดโอกาส บางทีไม่ค่อยมีงานทำก็เบื่อ เหงา ก็สูบบุหรี่เป็นเพื่อน ถ้าเครียดมาก ๆ ก็กลัวปวดหัวต้องกินยาของกันเอาไว้ ถ้าไม่กินต้องปวดหัวแน่ ๆ"

ลักษณะทางสังคมจากผลการศึกษาสอดคล้องกับ โสภณ พรโชคชัย (2528) ได้ศึกษาถึงลักษณะที่ผสมผสานทางวัฒนธรรมของชุมชนแออัดว่าประกอบด้วยวัฒนธรรม 2 แบบ ระหว่างเมืองกับชนบท อาทิเช่น แบบแผนการรวมกลุ่ม มีการรวมกลุ่มบ้าง แต่ไม่เด่นชัดเท่าชนบท ในขณะที่เดียวกันเน้นลักษณะปัจเจกบุคคล แต่ไม่มากเท่าชาวเมืองทั่วไปจริง ๆ มีการเกื้อกูลเพื่อประโยชน์ซึ่งกันและกันในระบบอุปถัมภ์ แต่จากการศึกษาของ อรทัย อัจฉา (2531 อ้างใน สมศักดิ์ อุปพันธ์, 2525) ได้กล่าวถึงการรวมตัวของคนในชุมชนแออัดในเมืองว่าเป็นไปอย่างหลวม ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับสังคมในชนบท การรวมตัวของชาวชุมชนแออัดจะเหนียวแน่นมาก เมื่อชุมชนประสบกับการไล่ที่ แต่เมื่อผ่านพ้นปัญหานี้ไปแล้ว การรวมตัวต่าง ๆ จะค่อย ๆ คลายตัวออกทีละน้อย

2.4.2 ญาติพี่น้อง

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่อยู่ในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาของ เนื่องจาก การได้พบเห็นการใช้ยาของจากญาติผู้ใหญ่ทุก ๆ วัน ทำให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบ ดังที่ผู้ให้ยารายหนึ่งกล่าวว่า

"ที่แรกแม่ของบ่ากินยาของทุกวันคือ กินยาปวดหาย 1 ของผสมกันใจ 1 ของบ่่าเห็นก็ขอกินบ้าง แม่ก็ห้ามว่าอย่ากินมันจะติด บ่่าก็ว่าติดก็ขี้มั้นเถอะคือ เห็นแม่กินก็อยากลองมั่ง"

นอกจากนี้ ครอบครัวของผู้ใช้ยาบางราย มีการใช้ยาของในลักษณะเป็นกลุ่ม การที่มีผู้ใช้ยาของเป็นประจำเหมือนกันมาอยู่ร่วมกันยิ่ง เป็นการส่งเสริมการใช้ยาของซึ่งกันและกัน เช่น เวลาซื้อยาของก็จะซื้อเพื่อกันตามลักษณะของครอบครัวในสังคมไทย และถ้าหากมีคนหนึ่งคนใดกินยาของ จะทำให้คนอื่นเห็นและอยากกินบ้าง ดังที่ผู้ให้ยารายหนึ่งกล่าวว่า

"ปกติบ่่าจะกินปวดหายตอนเช้า แต่บางทีขายของยุ่ง ๆ ก็ไม่มีเวลากิน ความจริงจะงดกินไปเลยก็ได้ แต่เห็นพี่ชายกินก็เลยเปรี้ยวปากอยากกินบ้าง ก็เลยกิน บางทีลูกค้าเห็นบ่่ากินยังมาขอกินเลย"

นอกจากญาติพี่น้องที่มีการใช้ยาของร่วมกันแล้วพบว่า ญาติพี่น้องที่ขัดขวางหรือห้ามปรามการใช้ยาของยังกลับส่งเสริมให้มีการใช้ยาของได้เช่นกัน เนื่องจากลักษณะของครอบครัวในสังคมไทยที่มีความห่วงใยต่อญาติผู้ใหญ่ หรือในฐานะสามีภรรยาที่ผู้ให้ยาบางรายกล่าวว่า...

"แฟนบ่่าเค้าชอบห้ามไม่ให้กินยาของ แต่ถ้าวันไหนไม่ได้กินมันจะปวดหัว เวียนหัว ปวดเอวบางทีก็ซึม ถ้าบ่่าบ่นปวดหัวที่ไร แฟนบ่่าก็ต้องวิ่งไปซื้อยาของมาให้ทุกที"

"มีอยู่ช่วงหนึ่งที่เค้าห้ามขาย ยาขาดตลาด บ่่าหาซื้อไม่ได้ก็พยายามจะอด แต่พวกลูกหลานเค้าทนเห็นบ่่าซึมไม่ได้ ก็ต้องไปหาซื้อยาของจากแถวบ้านนอกมาให้ คนบ้านนอกเค้าซื้อยาของติดบ้านเอาไว้เป็นกล่อง ๆ"

"หลานบ่อกก็ให้ขายเล็กกินปวดหาย เพราะมันกัดกระเพาะ แต่ถ้าไม่กินยามันก็จะเมื่อยเนื้อเมื่อยตัว หลานเค้าก็เลยเอายาพารามาให้กินเค้าบอกว่าพาราดีกว่าไม่กัดกระเพาะ ยายก็เลยกินพาราตลอด"

จากลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ใช้ยากับสมาชิกในครอบครัว พบว่า มีความสอดคล้องตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ซึ่งกล่าวไว้ว่า การที่มนุษย์ทุกคน เมื่อมีความสัมพันธ์ในแง่ดีต่อกันแล้ว จะพยายามปรับตัว เข้าหากัน โดยมีความต้องเป็นที่นิยมนรักใคร่ของอีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีการแสดงออกด้วยการให้ความรัก และให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันนั้น จะต้องประกอบไปด้วยภารกิจพื้นฐานที่ต้องปฏิบัติซึ่งกันและกัน เช่น นอกจากการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย โดยการจัดสรรปัจจัยของการดำรงชีพให้แก่สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ อาหารและน้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ตลอดจนการรักษาโรคแล้วพบว่า ครอบครัวยังเป็นที่พักทางใจที่จะช่วยประคับประคองอารมณ์ ช่วยแก้ปัญหาและให้กำลังใจ หรือช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้ผ่อนคลายจากความเครียด และพึงประสงค์ที่จะสร้างความพอใจให้ตนเองที่ได้รู้ว่าตนเป็นที่รักของผู้อื่น และตนมีคนที่ตนพอใจอยู่ด้วยอย่างมีความสุข ซึ่งจากการศึกษาพบว่า แม้สมาชิกในครอบครัวจะไม่เห็นด้วยกับการใช้ยาของแก้ปวดของผู้ใช้ยา แต่ด้วยผลของความต้องการทางด้านจิตใจ ซึ่งเข้ามามีบทบาทที่สำคัญมากกว่า จึงทำให้เกิดการส่งเสริมการใช้ยาของแก้ปวดได้เช่นกัน นอกจากนี้ การใช้ยาของในลักษณะเป็นกลุ่มของญาติพี่น้องนั้น พบว่าสอดคล้องตามทฤษฎีบทบาทของครอบครัวซึ่งกล่าวไว้ว่า บทบาทของพี่น้องนั้นคือ การให้ความช่วยเหลือยามมีภาวะเดือดร้อน และมีการแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการทำงานการเป็นพี่น้องจะกระตุ้น ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางด้านสังคมระหว่างพี่น้องภายในครอบครัว เช่น นอกจากจะมีพฤติกรรมความควบคุมความประพฤติซึ่งกันและกันแล้ว ยังมีพฤติกรรมการเล่นแบบซึ่งกันและกันด้วย (กาญจนา ภู่ว่าง, 2533)

2.4.3 สถานภาพในกลุ่มเพื่อน

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ใช้ยาของแก้ปวดส่วนใหญ่เริ่มใช้จากการแนะนำจากเพื่อนร่วมอาชีพ ซึ่งประสบปัญหาด้านสุขภาพจากการทำงานเช่นกัน นอกจากการให้คำแนะนำแล้ว พบว่าการสื่อข่าวสารต่าง ๆ ในระหว่างเพื่อนก็เป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุน หรือยับยั้งพฤติกรรมการใช้ยาของ ดังที่มีผู้ใช้ยาบางรายกล่าวว่า

"ตอนที่ทำงานก่อสร้างใหม่ ๆ ก็เห็นพวกเพื่อนเค้ากินยาของกัน พอเราปวดหัวเพื่อนก็ยื่นยาของให้ บอกว่ายานี้ชะงัดดี กินเข้าไปมันก็หายจริง ๆ เลยรู้จักยาของตั้งแต่นั้นมา"

"เมื่อก่อนป้าขายยาของ คนอื่นเค้าก็กินกันทั้งนั้น ป้าชอบปวดท้องเกือบทุกวัน

เพื่อนแนะนำให้กินยาของ กิณแล้วก็หายปวดท้องนะ เลยกินทุกวัน"

"พวกแม่ค้าในตลาดเค้าพูดกันว่า เดี่ยวนี้เค้าตัดตัวยาออกจากยาของตัวนี้ถึงขายได้ ยารุ่นใหม่ที่ปลอดภัยแล้ว เค้าทำดีแล้วกินได้อย่างสบายใจ บ้าก็คิดแบบนี้แหละ"

"เวลาไปทำงานตัดไม้ในป่า ไม่กินยาม้าผสมยาของไม่ได้ คนอื่นเค้ากินกันและทำงานได้มาก ถ้าเราไม่กิน เค้าจะหาว่าอู้งาน กินแรงเพื่อน เพราะค่าแรงแบ่งเท่า ๆ กัน ถ้าคนไหนอู้งานจะไม่ถูกเรียกไปทำงานในคราวต่อไป"

ผลการศึกษานี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาณี สุวรรณ (2534) โดยกล่าวถึงทฤษฎีการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นการจัดการของมโนภาพที่ได้จากการประเมิน หรือจากข้อมูลที่ได้รับจากบุคคลอื่น และมีการพิจารณาว่าพฤติกรรมใดที่จะนำไปสู่ "คนที่เหมาะสม" ซึ่งสามารถแยกแยะองค์ประกอบ 4 ประการที่นำไปสู่การเกิดบุคลิกภาพในตัวบุคคลได้แก่

1. การให้บุคคลได้มีประสบการณ์ ที่จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วม บุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า โดยไม่มีความรู้สึกที่จะปกป้องตนเอง
2. การได้เรียนรู้ถึงวิธีการดำเนินงานในบางสิ่งบางอย่าง ที่ไม่สามารถทำได้มาก่อน ทำให้มีความรู้สึกที่ดีขึ้นว่าตนเองสามารถจะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การใช้วิธีการที่จะก่อให้เกิดความรู้สึก ทศนคติ หรือค่านิยม (ทั้งทางบวกและทางลบ) ซึ่งสามารถแสดงออก ได้อย่างเป็นอิสระเพื่อลดความเครียด หรือกังวลใจ
4. ความสามารถในการเลือกด้วยตนเอง ซึ่งจะพัฒนาความสามารถในการเลือกเพื่อที่จะควบคุมอนาคตของตนเอง

นอกจากการพัฒนาการไปสู่ความมีบุคลิกภาพในตัวบุคคลแล้วพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติที่สังเกตได้สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการให้รางวัล และจะหยุดทำพฤติกรรมที่ทำไปแล้วไม่เห็นผลในด้านดี หรือไม่ได้รับรางวัลจากการกระทำนั้น เช่น การที่ผู้เขียนแบบมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อต้องการจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งผู้เขียนแบบมีความคาดหวังว่าตนจะได้รับรางวัลตอบแทน เช่นเดียวกับที่ตัวแบบได้รับ เช่นเดียวกับผลที่ได้จากการศึกษาซึ่งพบว่าผู้ใช้ยามีการเลียนแบบพฤติกรรมการใช้ยาของจากแม่ เพราะนอกจากเป็นวัยที่อยากลองอยากเรียนรู้ สิ่งที่คาดหวังก็คือ การแสดงความเป็นผู้ใหญ่ ที่มีความสามารถในการทำงาน โดยมองภาพของยาของในฐานะเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำงาน เมื่อตนเริ่มเข้าสู่ในสังคมการประกอบ

อาชีพ และการเป็นผู้ใหญ่ จึงควรที่จะต้องให้ยาของด้วยเช่นเดียวกัน และเมื่อเข้าสู่ช่วงของการทำงานแล้วพบว่าผู้ใช้ยาบางรายต้องการบุคลิกภาพที่มีการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนร่วมงาน แม้ว่าจะมีทัศนคติต่อยาของแก้ปวดในทางลบ แต่ถ้าไม่ใช้จะถูกมองว่าไม่ใช่สมาชิกในกลุ่มทำให้ไม่ได้รับการเข้าร่วมทำงานในครั้งต่อไป ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาของโดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ตนเอง

สำหรับปัจจัยด้านญาติพี่น้อง และสถานภาพในกลุ่มเพื่อนนี้ พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) ที่กล่าวว่า เพื่อนบ้าน และญาติจะมีผลมากต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ เพราะเป็นแหล่งข้อมูลแรกที่จะได้รับข่าวสารด้วยลักษณะบ้านที่ปลูกอยู่รวมเป็นกลุ่ม ลักษณะอาชีพที่คล้ายคลึงกัน ทำให้มีการพบปะพูดคุยกันอยู่เสมอ เมื่อมีการเจ็บป่วยก็จะรู้กันทั่ว และมักจะแนะนำการรักษาพยาบาล รวมทั้งแนะนำการใช้ยาที่ตนเคยใช้และได้ผลดีมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มศึกษาปัญหายา (2526) ซึ่งพบว่าอิทธิพลของการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ (เช่น ญาติ เพื่อน) จะมีบทบาทต่อการสนใจในการใช้ยาของประชาชนมากกว่าการสื่อสารอย่างเป็นทางการ (เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ)

2.5 สภาพในครอบครัว

ปัญหาในครอบครัว นับเป็นผลพวงอีกประการหนึ่งของภาวะสังคมเมืองของชุมชนแออัด ซึ่งสามารถแยกได้เป็น 2 ประเด็นคือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพสังคมและบรรยากาศในครอบครัว

2.5.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวของผู้ใช้ยาจะมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายในขณะที่มีพื้นที่เป็นที่อยู่อาศัยค่อนข้างจำกัด ทำให้เกิดปัญหาความแออัดของที่อยู่อาศัยในครอบครัว ประกอบกับที่อยู่อาศัยของผู้ใช้ยาบางรายมีสภาพแวดล้อมที่ไม่สะอาด เช่น ใต้ถุนบ้านเป็นน้ำคร่ำ มีกองขยะ (บางรายมีอาชีพเก็บขยะขาย) ปัญหาด้านน้ำใช้ ซึ่งบางรายต้องใช้น้ำบ่อที่มีลักษณะขุ่น ซึ่งผู้ที่ประสบกับปัญหาดังกล่าว ทำให้นำมาสู่ปัญหาความเครียด โดยมีลักษณะอาการที่พบเห็นได้บ่อยคือ การปวดศีรษะ แต่ถ้าผู้ที่มีลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวจะมีสภาพครอบครัวที่มีความเครียดน้อยกว่า ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาของจะเน้นหนักไปทางด้านการบรรเทาอาการปวดเมื่อยของร่างกาย ดังที่ผู้ใช้ยาบางรายให้เหตุผลว่า

"ที่บ้านอยู่กัน 3 ครอบครัว มีคน 9 คน หม่าอีก 7 ตัว บ้านเล็กยังกับรูกู ค่าเช่าบ้านช่วยกันออก ไม่มีปัญญาจะไปเช่าบ้านอยู่ต่างหาก มันจนนะ บางวันไปเก็บกระดาดทั้งวันทั้งคืนกลับเข้าบ้านก็นอนไม่ได้ หลานเล่นกันเสียงดัง ไหนหมาจะเห่า อดนอนมาก ๆ ก็ยิ่งปวดหัว เพราะเป็นความดัน ก็ต้องอาศัยยาปวดหายนี่แหละ"

2.5.2 สภาพสังคม และบรรยากาศในครอบครัว พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจ ตลอดจนปัญหาพฤติกรรมกรรมกรบริโภค เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเสมอในชุมชนแออัด ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถนำมาสู่ปัญหาความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว และตามมาด้วยปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งพบได้อย่างชัดเจนในลักษณะของครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย โดยมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของในลักษณะที่ใช้เพื่อการรักษาอาการปวดศีรษะที่เกิดจากความเครียดซึ่งจากการศึกษานี้ได้พบพฤติกรรมดังกล่าวในผู้ใช้ยาที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งกล่าวว่า

"ลูกเขยบ้าชอบเมาเอะอะโวยวาย ทำให้รบกวน รกใจ ก็ต้องทนนิ่งเฉยไม่อยากมีเรื่องต้องทนเอา บางทีก็ทำให้ปวดหัว ต้องเอาทันใจมากิน"

"ตอนเช้าตื่นนอนก็กินทันที 1 ซอง ตอนกลางวันถ้าไม่กลุ้มอกกลุ้มใจอะไรก็ไม่กินไปกินอีกทีตอนบ่าย แล้วก็กลางคืนเป็น 3 ซอง ถ้าวันไหนกลุ้ม ๆ ก็ต้องอัดเป็น 4 ซอง เมื่อก่อนจะกลุ้มบ่อยเพราะหลานชายชอบไปกินเหล้ากลับบ้านดึก ๆ ใจไม่ตี บางทีก็ต้องกินทันทีเพิ่ม"

นอกจากลักษณะบรรยากาศของครอบครัวขยาย ที่นำมาสู่ปัญหาความเครียดนี้ ยังพบว่ามีความเครียดในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ เป็นครอบครัวเดี่ยวด้วยเช่นกัน และเป็นผลนำมาสู่พฤติกรรมการใช้ยาของ ดังที่มีผู้ใช้ยารายหนึ่งได้กล่าวว่า

"ทำงานได้ถนัดบ้านคนเดียวทั้งวัน ทุกวัน ไม่มีวันหยุด มันเหงา เบื่อ กลางวันไม่อยากกินข้าว กินคนเดียวมันไม่อร่อย ต้องหางานทำเรื่อย ๆ ไม่ให้คิด ถ้าหยุดงานแล้วจะคิดมากต้องสูบบุหรี่เป็นเพื่อน วันไหนถ้าเหงามาก ๆ เครียดมาก ๆ กลัวจะปวดหัวต้องกินปวดหายกันไว้ก่อน"

เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพนี้ พบว่าสภาพของชุมชนแออัดมีความสอดคล้องกับ โสภณ พรโชคชัย (2528) ซึ่งนำเสนอเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นชุมชนแออัด โดยดูจากด้านกายภาพเป็นหลักคือ มีทั้งที่ตั้งอาคารแออัดหนาแน่นสับสน ไม่เป็นระเบียบ สภาพอาคารที่ทรุดโทรม และไม่ได้สร้างตามแบบแผน ตลอดจนทางเดินเท้าไม่เหมาะสม การระบายน้ำไม่

เหมาะสม การถ่ายเทอากาศไม่ได้ ขาดระบบกำจัดขยะ ไม่ได้รับบริการไฟฟ้าน้ำประปาจากรัฐอย่างทั่วถึง นอกจากนี้พบว่าผลของการศึกษายังสอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพซึ่งเป็นกระบวนการในการกำหนดพฤติกรรม และแนวคิดที่บ่งลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งแวดล้อมนี้ได้แก่

1. สิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกายได้แก่ องค์ประกอบทางด้านภูมิศาสตร์ เช่น สภาพที่อยู่อาศัย หรือความหนาแน่นของประชากร
2. สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรมซึ่งรวมถึง สภาพสังคมในครอบครัว ตลอดจนตำแหน่งของบุคคลหรือบทบาทของบุคคลในครอบครัวนั้น และสภาวะการณ์ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว (ประภาณี สุวรรณ, 2534)

แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ผลการศึกษามีความแตกต่างจากการศึกษาของภักดี โปธิศิริ (2527) และวิทย์ เทียงบุรณธรรม (2531) ซึ่งกล่าวว่าความชุกของการใช้ยาเสพติดให้แก้ปวด ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาพที่อยู่อาศัยและขนาดของครอบครัว

นอกจากนี้ลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดังข้างต้นนี้ ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ กระแส ชนะวงศ์ (2532) ซึ่งได้กล่าวถึงบทบาทของผู้สูงอายุในระดับครอบครัวพบว่า ผู้สูงอายุจะมีความเกรงใจลูกหลาน และมีความรัก ความห่วงกังวลในลูกหลานอยู่เสมอ ตลอดจนผู้สูงอายุต้องอาศัยแรงงานเพื่อการยังชีพจากลูกหลาน จนลูกหลานได้กลายเป็นผู้นำของครอบครัวแทน และผู้สูงอายุได้กลายเป็นผู้อาศัยของลูกหลานนั้น นอกจากนี้การแต่งงานของลูกหลานนั้นเป็นสิ่งที่แสดงถึงการ "เป็นฝั่ง เป็นฝา" แล้ว ตนเองไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว หรือสร้างความลำบากใจและจะให้เกียรติหรือมีความเกรงใจในความเป็นส่วนตัวของครอบครัวบุตรหลาน โดยจะไม่ก้าวเข้าไปในครอบครัวของเขาเว้นแต่ว่าบุตรหลานจะต้องการคำปรึกษาเท่านั้น ดังที่ผู้ให้ยารายหนึ่ง ได้หลีกเลี่ยงการมีปัญหากับครอบครัวโดยเลือกที่จะทนต่อปัญหานั้น แม้ว่าจะทำให้ตนเกิดความเครียดซึ่งมีผลต่อการให้ยาของในที่สุด

2.6 พฤติกรรมการบริโภค

จากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้ยาส่วนใหญ่มีประวัติการตีมีเหล่า สูบบุหรี่ มีบางรายที่นิยมกินกาแฟ และบางรายชอบดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เป็นที่น่าสังเกตว่า บางรายสามารถที่จะอดเหล้าหรือบุหรี่ได้ แต่ไม่สามารถที่จะอดยาของได้ ทำให้สามารถประเมินได้ว่า ยาของแก้ปวดมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลบางคน และผู้ใช้ยาบางรายก็ยอมรับว่าตนติดยาของและเลิกไม่ได้ ลักษณะของพฤติกรรมการติดยานี้จะพบในผู้ใช้ยาที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีประวัติการใช้ยาของมากกว่า 30 ปี สาเหตุของการใช้ยาของ เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยจากการทำงานหนักเช่นเดียวกับที่มีพฤติกรรมการตีมีเหล่า และ/หรือสูบบุหรี่ และ/หรือตีมีกาแฟมาเป็นเวลานานเช่นกัน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการใช้ยาของและมีพฤติกรรมการตีมีเหล่ามีประวัติเป็นโรคกระเพาะอาหารทุกราย โดยผู้ใช้ยาให้ความเห็นว่า

"เมื่อก่อนติดทั้งเหล้า บุหรี่ และยาแก้ปวด แต่ตอนนี้เลิกเหล้าได้แล้ว แต่บุหรี่ยาของนี่ขอเถอะ ขอแค่ 2 อย่างเท่านั้นแหละ ถ้าไม่ปวดไม่เมื่อยก็คงไม่กิน ที่ต้องกินเพราะมันปวดทำใจได้"

"ยายเลิกหมดแล้วทั้งเหล้าและบุหรี่ ตอนจะเลิกบุหรี่ใช้วิธีเคี้ยวหมากฝรั่งจนเลิกได้สำเร็จแต่กาแฟกับยาแก้ปวดนี่เลิกไม่ได้ ถ้าไม่ต้องทำงานก็คงจะเลิกกินยาแก้ปวดได้หรอก"

นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างบางรายเช่น การกินอาหารไม่เป็นเวลา การกินอาหารที่มีรสเผ็ด ตลอดจนการตีมีเหล่า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับการใช้ยาของ เพราะนอกจากสาเหตุเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมการเกิดโรคกระเพาะอาหารในกลุ่มตัวอย่างแล้ว ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายมีความมั่นใจว่า การเกิดโรคกระเพาะของตนมิใช่มีสาเหตุมาจากยาของ ดังที่มีผู้ใช้ยารายหนึ่งกล่าวว่า

"หมอเคยบอกว่า ยาของทำให้เกิดโรคกระเพาะ แต่บ๊อว่าบ๊อเป็นโรคกระเพาะเพราะชอบกินเผ็ด ๆ ไม่ใช่ยาของหรอก"

ผลการศึกษา พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ลือชัย ศรีเงินนาง (2534) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมการใช้สารกระตุ้นในชีวิตประจำวัน พบอยู่เสมอทั้งในชนบท และในเมือง หรือแม้แต่การสูบบุหรี่ ซึ่งจัดว่าเป็นสารกระตุ้นที่ถูกกฎหมายและที่ชัดเจนที่สุด สำหรับด้านการเกิดโรคกระเพาะอาหารนั้น พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญชัย ศุภรสมิต (2528) ซึ่งได้

รวบรวมจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับไว้ด้วยอาการเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมักมีประวัติการเสพยา และ/หรือยาแก้ปวด โดยพบว่ากลุ่มที่ทำงานหนัก มักมีการเสพยา ร่วมกับยาแก้ปวดเป็นประจำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จริยาวัตร คมพัยค์ (2527) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการใช้ยาของจะมีอาการทางกระเพาะอาหาร แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่นพบว่ามีการดื่มสุราถึงร้อยละ 64.7 และบางรายมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ความวิตกกังวล และความเครียดซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริมให้มีอาการทางกระเพาะอาหารได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ในกลุ่มผู้ใช้ยาของ ถ้ามีการรับประทานยาในเวลาที่ต่างกันจะมีอาการทางกระเพาะอาหารมากน้อยต่างกันแสดงว่า ผลของยาแก้ปวดน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค และสำหรับการที่ผู้ใช้ยาบางราย ที่แม้ว่าจะเคยรับรู้ว่ายานอนอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคกระเพาะอาหารของตน แต่ก็ไม่ยอมรับ ซึ่งอาจเกิดจากการที่บุคคลนี้มีความสัมพันธ์กับยาของมานาน การได้รับความรู้ใหม่ที่ขัดแย้งกับความสัมพันธ์นี้ บุคคลจะต้องกระทำการบางอย่าง เช่น การเปลี่ยนทัศนคติของตนเอง หรือเปลี่ยนทัศนคติของผู้อื่น หรือเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นความคิดที่พยายามป้องกันตนเอง และสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุให้มองปัญหาไม่ชัดเจน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534)

2.7 ประสบการณ์ในการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะมีเทคนิค และประสบการณ์ในการรักษาตนเองในรูปแบบต่าง ๆ กัน ตั้งแต่การวินิจฉัยโรค การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยาหรือใช้ยาหรือการไปพบแพทย์ การป้องกันโรค ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพโดยสามารถแยกสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยได้ดังนี้คือ

2.7.1 การเจ็บป่วยที่เกิดจากสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ

จากการสอบถามเกี่ยวกับประเพณีในการถือผีตามแบบของชาวเหนือ พบว่ามีเพียง 1 ราย ที่มีได้นับถือผีบรรพบุรุษ แต่นับถือเจ้าที่เจ้าทาง สำหรับ 7 ใน 8 รายนั้น มีความเชื่อในการนับถือผีบรรพบุรุษอย่างแน่นแฟ้น บางรายมีความใกล้ชิดกับผี ทั้งผีบ้านผีเรือน ผีบรรพบุรุษ ผีเจ้าผีนาย เนื่องจากตนมีแม่และลูกสาวเป็นร่างทรง (ม้าขี่) ซึ่งได้เล่าประสบการณ์การรักษาโรคจากความช่วยเหลือของผี ควบคู่กับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันดังนี้

"เคยให้ผีเจ้าผีนาย เค้ามาร่วมเวลามาประทับร่างทรงกับลูกสาว แต่เจ้าเค้ามอบว่ารักษาให้ไม่ได้ เพราะโรคที่เป็นนี้ เจ้าบอกว่า เป็นของคู่กับตน เนียงแต่ช่วยให้ทุเลาเลยต้องไปหาหมอบ้าง ซื้อยากินเองบ้าง"

"ลูกสาวของบ้ำป่วยจนลุกไม่ขึ้น เกิดจากผีเจ้าผีนายมาบังคับให้เป็นร่างทรง (ม้าขี่) เมื่อยอมรับการเป็นร่างทรงก็สามารถหายจากโรคได้"

บางรายที่นับถือผีบ้านผีเรือน และมีความเกี่ยวข้องกับผีป่า เนื่องจากเคยมีอาชีพตัดไม้ในป่าและมีชายซึ่งเป็นผู้รักษาทางไสยศาสตร์ประจำหมู่บ้านได้เล่าว่า

"ผมเคยถูกผีป่าทำร้าย ขณะไปทำงานในป่ามีอาการไข้ ซึ่งจะต่างจากไข้ที่เกิดจากหวัดหรือไข้ทั่ว ๆ ไป แม้จะกินยาลดไข้ก็จะไม่หายต้องรักษาด้วยการเซ่นไหว้ขอขมาผี พวกผีป่าจะชอบเล่นกับลาบแดง เมื่อเลี้ยงผีเสร็จก็จะหายป่วย"

นอกจากนี้ ผู้ใช้ยารายหนึ่งเล่าว่า

"เดิมบ้ำแต่งงานมาหลายปี ไม่มีลูก มีอยู่ช่วงหนึ่งที่พอมมาก กินข้าวไม่ได้เลยไปหาหมอเข้าทรง เค้ามอบว่ามีอะไรในท้องต้องกดออกเลยให้คนทรงกด ซึ่งปวดมาก ไปกดอยู่ 10 วันทนปวดไม่ไหว เลยไปสวนดอก หมอถึงบอกว่ากำลังตั้งท้อง"

จากการศึกษาพบได้ว่า ถ้าผู้ใช้ยารายใดมีความเชื่อถือในเรื่องที่อยู่เหนือธรรมชาติ ถ้าหากมีอาการป่วย มักจะนึกถึงสาเหตุว่ามีการกระทำจากผีหรือสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ และจะรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์เป็นอันดับแรก ถ้าไม่หายจึงจะนึกถึงการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งอาจเป็นการซื้อยามาใช้เอง หรือไปพบแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การเกิดโรคจากสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาตินี้ อาจนำยาของแก้ปวดมาใช้รักษาเป็นอันดับแรกได้เช่นกันดังที่ ผู้ใช้ยารายหนึ่งซึ่งเป็นช่างแกะสลักไม้ และมีความนับถือครูบาอาจารย์ในด้านการแกะสลักไม้ได้กล่าวว่า

"การกินยาของแก้ปวดบางครั้งมันก็จำเป็น เพราะบางทีเราไปลบหลู่ครูบาอาจารย์โดยไม่ได้ตั้งใจ (เสียดครู ผิดครู) ก็ทำให้เราปวดหัวได้เหมือนกัน แต่กินยาของส่วนใหญ่จะหายไม่ต้องขอขมาครู เพราะบางครั้งก็ทำผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ"

2.7.2 การเจ็บป่วยที่เกิดจากระบบเลือดลม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายวินิจฉัยว่า โรคของตนเกิดจากการผิดปกติ

ของระบบเลือดลม อาจมีการนำยาของแก้ปวดมาใช้รักษา ความผิดปกติทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งการรักษาโดยตรงคือ การรักษาอาการผิดปกติที่ระบบเลือดหรือระบบลมนั้น ให้เป็นปกติเช่น ผู้ใช้ยารายหนึ่งได้ยกตัวอย่างว่า

"บางทีถูกลมมาก ๆ แล้วลมมันจะตันรูกมูกทำให้จมูกมันตัน ถ้ากินยาของแล้วจมูกจะโล่ง"

นอกจากรักษาโดยตรงแล้ว ยังพบว่ามีการนำยาของแก้ปวดมาใช้รักษาโดยอ้อม คือรักษาอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบเลือดลม แต่มีได้รักษาที่ต้นเหตุคือ ความผิดปกติของระบบเลือดลมโดยตรง เช่น การปวดศีรษะจากระบบเลือดผิดปกติ หรือการปวดเมื่อยจากระบบลมผิดปกติ ดังนั้น จึงพบว่า ผู้ใช้ยาบางรายที่มีอาการดังกล่าวมีการใช้ยาของแก้ปวดเป็นประจำทุกวัน ซึ่งผู้ใช้ยารายหนึ่งกล่าวว่า

"ตัวเองเป็นความดันต่ำ เกิดจากตอนคลอดลูกใช้วิธีผ่าท้องออก แล้วไม่ได้เติมเลือด ทำให้เลือดจาง เลือดน้อย เคยเป็นความดันต่ำ ทำให้ปวดหัวบ่อย ๆ ปวดทุกวัน ต้องกินยาของทุกวันวันไหนเครียดหรืออ่อนแอ ยิ่งปวดหัวมาก ต้องกินยาของมากขึ้น"

"ป้าเป็นโรคลมพัดเดือน เพราะตอนอยู่เดือนไปกินผิด (กินผักนิก้า) ทำให้เป็นโรคปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัวมาตั้งแต่บัดนั้น เคยใช้ยาสมุนไพรแต่ไม่หาย เลยกินยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว บางวันต้องยกของหนักทำให้ปวดเมื่อยยิ่งขึ้น บางทีกินปวดหายก็ยังไม่หายต้องไปซื้อยาชุดแก้ปวดเมื่อย ยาเอ็นซีตมากิน"

นอกจากนี้ ยังพบว่า แม้ผู้ใช้ยาบางรายจะมีได้นำยาของแก้ปวดมาใช้กับความผิดปกติของระบบเลือดลม แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคกระเพาะอาหารกับความเชื่อเรื่องระบบเลือดลม โดยผู้ใช้ยาจะนำความเชื่อดังกล่าวมาเป็นข้ออ้างว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคกระเพาะอาหารมากกว่าผลของยาของ ดังที่ผู้ใช้ยารายหนึ่งกล่าวว่า

"หมอเคยบอกว่ ถ้ากินยาของมาก ๆ แล้วจะเป็นโรคกระเพาะอาหาร (ไส้ปุด) บางทีแม่กินยาเข้าไปรู้สึกปวดท้องเหมือนกัน โบราณเค้าเรียกผีลมจัน อาจเกิดจากลมก็ได้"

2.7.3 การเจ็บป่วยที่รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน

จากการศึกษาพบว่า นอกจากผู้ใช้ยาบางรายจะรักษาตามวิธีทางไสยศาสตร์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ถ้ารักษาไม่หายจะหันมาพึ่งยาแผนปัจจุบันหรือบางครั้งมีการใช้ยาแผนปัจจุบันควบคู่กับ

การรักษาทางไสยศาสตร์ แต่บางรายนิยมรักษาโดยยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว โดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาในการวินิจฉัยอาการ การรักษาพยาบาล โดยเลือกวิธีการรักษาหรือสถานที่สำหรับไปใช้บริการด้านความเจ็บป่วยตามความรุนแรงของโรค และมีปัจจัยด้านรายได้เข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งสามารถแยกได้ดังนี้คือ

2.7.3.1 การซื้อยาจากร้านขายยาหรือร้านขายของชำ เป็นพฤติกรรมการรักษาความเจ็บป่วยมากที่สุดในผู้ใช้ยาทุกราย โดยเหตุผลที่ซื้อยามาใช้เอง สามารถสรุปได้ดังนี้

- ใช้สำหรับการรักษาความเจ็บป่วยที่ไม่มากนัก ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน หรือผู้ร่วมงานหรือญาติพี่น้อง ถึงตัวยาหรือชื่อยาที่เคยใช้ได้ผล ซึ่งเมื่อนำมาใช้ได้ผลจริง ๆ แล้ว จะเกิดการจดจำและกลายเป็นประสบการณ์ในการรักษาครั้งต่อไปและซื้อยาชนิดเดิมมาใช้ ผู้ใช้ยาบางรายนำยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล หรือจากคลินิกไปเทียบเพื่อซื้อจากร้านขายยาด้วย ยาที่พบว่ามีการซื้อจากร้านขายยาเป็นส่วนใหญ่ เช่น ยาซอง ยาลดไข้ ยาแก้ปวดต่าง ๆ ซึ่งนิยมมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้คือ ยาซองยี่ห้อปวดหาย ส่วนยาชนิดอื่นได้แก่ ยาชุด ยาล้างไต และยารักษาโรคกระเพาะอาหาร

- การซื้อยามาใช้เองเป็นวิธีที่สะดวกและรวดเร็วมากที่สุด ไม่ต้องเสียเวลาในการทำงาน

- การซื้อยามาใช้เองเป็นวิธีที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยเหมาะกับสภาพเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง

2.7.3.2 การรักษาความเจ็บป่วยในคลินิกแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน จากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้ยาบางรายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีนิยมไปรักษาในคลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชน ถ้าหากมีอาการป่วยที่รุนแรงมากกว่าปกติ หรือใช้ยาที่ซื้อจากร้านขายยาตามประสบการณ์เดิมแล้วไม่หาย เช่น การปวดท้องจากโรคกระเพาะอาหารที่รุนแรงกว่าเดิมหรือ การหอบที่มากกว่าเดิม เป็นต้น แม้ว่าบางรายจะสามารถไปรับบริการฟรีในโรงพยาบาลของรัฐได้ก็ตาม ด้วยเหตุผลที่ว่า การบริการในโรงพยาบาลของรัฐล่าช้าทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้มีรายได้น้อย ยังไปใช้บริการในคลินิกแพทย์และโรงพยาบาลเอกชน โดยให้เหตุผลว่านาน ๆ จะไปสักครั้งหนึ่ง มิได้บ่อยๆ ถ้าไปโรงพยาบาลของรัฐจะทำให้เสียเวลาจนขาดรายได้ของวันนั้น และยังมีพบว่าคำแนะนำจากเพื่อนที่เป็นโรคเดียวกัน

ทำให้มีการเลือกใช้บริการในสถานที่แห่งเดียวกันได้

การรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ พบได้ในกรณีการเกิดอุบัติเหตุ การผ่าตัด การให้เลือด การคลอดลูก การเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงจนอาจเสียชีวิตเช่น การหอบจนหายใจไม่ออก นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนัก แต่ก็มากพอจนไม่สามารถรักษาด้วยยาที่หาซื้อจากร้านขายยาตามประสบการณ์เดิมที่เคยใช้ ซึ่งจะพบในรายที่มีบัตรสงเคราะห์หรือผู้ที่มีฐานะยากจนจนถึงปานกลาง

สำหรับผลการศึกษาด้านประสบการณ์ในการรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วยนั้นพบว่ามีผลสอดคล้องตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม (1980) ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติในการพึ่งตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง เป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมและความสามารถเฉพาะบุคคลซึ่งมีผลมาจากการเรียนรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตามวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดี โดยจะเลือกปฏิบัติในกิจกรรมที่คาดหวังหรือทราบมาก่อนว่ากิจกรรมนั้นจะเกิดผลดีต่อตนเองอย่างไร นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการแก้ปัญหา และความริเริ่มสร้างสรรค์ซึ่งศึกษาโดย ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) พบว่า กระบวนการแก้ปัญหาใด ๆ ก็ตามจะประกอบด้วย การลองผิดลองถูกซึ่งเป็นกระบวนการแบบสุ่ม บางครั้งสับสน กระบวนการต่อมาคือการวิเคราะห์อย่างเป็นขั้นตอนเป็นกระบวนการของการให้เหตุผล เป็นการกระทำอย่างเป็นระบบผ่านการตรวจสอบใคร่ครวญก่อนจะดำเนินการขั้นตอนต่อไป และกระบวนการสุดท้ายคือ การหยั่งรู้ยังเห็น เป็นการรับรู้ถึงแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทันทีทันใด หรือเกิดขึ้นหลังจากได้ลองผิด-ลองถูกหรือจากการวิเคราะห์อย่างเป็นขั้นตอนในภาวะการณ์เช่นนี้ จะทำให้วิธีการแก้ปัญหานั้นเป็นที่ยอมรับและเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง และสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่คล้าย ๆ กันต่อไปได้อีก

นอกจากนี้พบว่าผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิมลพรรณ อิศรภักดี (2534) เกี่ยวกับพฤติกรรมการเยียวยารักษาโรคของคนไทยที่สืบทอดกันมาคือ พยายามรักษาตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เขาให้ความศรัทธา และเชื่อมั่นก่อน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยหรือเครือข่ายสังคม หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจในการรักษา จะพิจารณาเลือกวิธีการรักษาโดยอาจเริ่มต้นจากการดูแลตนเองเพียงอย่างเดียว แล้วเปลี่ยนมาเป็นการรับการรักษาจากแหล่งอื่นหรือแสวงหาการรักษาจากแหล่งอื่น แล้วกลับมาดูแลรักษาตนเอง และจากการศึกษาของ เพ็ญจันทร์

ระดับมุษ (2534) พบว่า ชาวบ้านมีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ประเภทคือ

1. ความเจ็บป่วยที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติคือ ผี หรือวิญญาณ ซึ่งอาจเกิดจากผีมาทำร้ายให้เจ็บป่วย และเกิดจากการที่ไม่ปฏิบัติตามกฎที่กลุ่มสังคมกำหนดเป็นการกระทำต่อความสัมพันธ์เรียกว่า ผิด เช่น การผิดครู เป็นต้น
2. ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการดำรงชีวิต อาจเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ผิดปกติ หรือเกิดจากภาวะพัฒนาการของบุคคลแต่ละเพศแต่ละวัย
3. เกิดจากความไม่สมดุลย์ของระบบธาตุในร่างกาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความผิดปกติของธาตุลมเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดว่านำมาสู่ความเชื่อว่า ทำให้เกิดความเจ็บป่วย และ
4. ความเจ็บป่วยที่เกิดจากเคราะห์หรือกรรม

เช่นเดียวกับการศึกษาของ สันหัต เสริมศรี (2517) ซึ่งกล่าวว่า คนใช้ส่วนใหญ่คิดว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้ มิใช่สามารถรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งระหว่างการแพทย์แผนโบราณกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ขึ้นอยู่กับวิธีใดจะรักษาได้ดีกว่า หรืออาจนำมารักษาร่วมกันได้ อย่างไรก็ตามมีประเภทของโรคอย่างหนึ่ง ที่คนไข้เข้าใจว่าเป็นเพราะสิ่งลึกลับต่าง ๆ ทำให้ตนต้องล้มป่วย เช่น คาถาอาคม การไม่ได้แก่นหรือเป็นเพราะตนมีกรรม ดังนั้น การรักษากับหมอไสยศาสตร์ดูจะมีประโยชน์มากที่สุด

สำหรับ ผลการศึกษาด้านการรักษาความเจ็บป่วยในคลินิกเอกชน และโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2527) ที่กล่าวว่า โรงพยาบาลมักจะให้ยาผู้ป่วยมารับประทาน โดยไม่ได้รับคำบอกเล่าว่าเป็นโรคอะไร ทำให้ผู้ป่วยมักนำยาที่ได้รับมาเป็นตัวอย่างซื้อจากร้านขายยา เพราะการไปโรงพยาบาลทำให้เสียเวลาทำงานหรืออาจคิดว่าถึงไปโรงพยาบาลก็คงได้ยาเก่ามาอีก ซึ่งการไปซื้อยาจากร้านขายยาจะสะดวกมากกว่า

2.8 การเรียนรู้ในระบบ-นอกระบบ

2.8.1 การเรียนรู้ในระบบ (สถานภาพการศึกษา)

จากการศึกษาการเรียนรู้ในระบบพบว่า 6 ใน 8 รายมีการศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความสามารถอ่านออก เขียนได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของ ระหว่างผู้ที่อ่าน

หนังสือออกและผู้ที่ย่านหนังสือไม่ออก พบว่าไม่แตกต่างกัน เพราะจากการศึกษาผู้ที่อ่านหนังสือออก 6 รายพบว่า 3 ใน 6 รายเป็นเพศหญิงไม่เคยอ่านฉลากยาเลย โดยบางรายกล่าวว่า

"ไม่เคยอ่านข้างซองว่าเค้าเขียนอะไร มันหยาบจนชิน เห็นเป็นหัวยาก็กินทั้งนั้น"

"เห็นเป็นซองเขียว ๆ มีหัวยา ๆ ก็ใช้ได้ ไม่เคยคิดจะอ่านว่าเค้าเขียนอะไรบ้าง"

นอกจากนี้พบว่า 3 ใน 6 ราย เป็นเพศชายเคยอ่านฉลากยาของและให้ความเห็นเพิ่มเติมดังนี้

"เคยอ่านข้างซอง เค้าบอกว่า ถ้ากินยาซองติดต่อกันนานเกิน 10 วันจะเป็นอันตรายต่อไต แต่ผมไม่เชื่อหรอก เพราะกินมาหลายปี แกรมกินวันละ 10 กว่าซอง ไตยังไม่เห็นเป็นอะไรเลย"

"เคยอ่านข้างซองเค้าบอกว่า เป็นยาแก้ปวดแก้เมื่อย ถ้ากินมาก ๆ จะเป็นอันตรายต่อไต แต่บางครั้งถ้าต้องการทำงานหนัก ๆ ก็ต้องใช้ยาของกระตุ่มมันจำเป็น"

"เคยอ่านข้างซอง เค้าเขียนว่าให้กินยาให้หลังอาหาร แต่ผมเคยกินหลังอาหารแล้ว ยาจะออกฤทธิ์ช้ากว่ากินก่อนอาหาร บางทีก็เลยกินก่อนอาหาร เพราะมันรู้สึกเหมือนจะปวดหัว ถ้าปวดหัวแล้วค่อยมากินยาจะหายช้า แล้วขี้เกียจรอจนถึงเวลากินข้าว"

✓ จากผลการศึกษา สามารถสรุปในประเด็นด้านสถานภาพการศึกษาว่า ระดับการศึกษา มีใช้มีผลต่อการได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเสมอไป แม้ว่าผู้ใช้ยาบางรายสามารถอ่านหนังสือออก ทำให้สามารถอ่านฉลากยาได้ แต่ต้องอาศัยปัจจัยด้านอื่นมาประกอบเช่น ปัจจัยด้านเพศ ลักษณะบุคลิกภาพในการให้ความสนใจต่อข้อมูลข่าวสาร เพราะจากผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงที่อ่านหนังสือออก จะให้ความสนใจในการอ่านฉลากยาน้อยกว่าเพศชายที่อ่านหนังสือออก ทำให้เพศชายมีความรู้เกี่ยวกับโทษของยาของมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ที่มีความรู้ในการใช้ยานั้นมีพฤติกรรมการใช้ยาของ ไม่แตกต่าง กับผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของทั้งในแง่วิธีการใช้ ความถี่ในการใช้ เมื่อเปรียบระหว่างผู้ที่จบประถม 4 และอ่านหนังสือออกกับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และอ่านหนังสือไม่ออกพบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาของไม่แตกต่างกัน และพบว่า สิ่งที่มีบทบาทต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่แท้จริงคือ ประสบการณ์ การเรียนรู้ ตลอดจนการวิเคราะห์ภาวะความเจ็บป่วยด้วยตนเองมีผลมากกว่าความรู้ที่ได้รับจากภายนอก ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ

ภักดี โปธิศิริ (2527) และวิทย์ เทียงบูรณธรรม (2531) ซึ่งกล่าวว่า ความซุกของการใช้ยาแก้ปวด ลดไข้เป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และแตกต่างจากการศึกษาของจริยาวัตร คมพัยค์ษ์ (2527) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยด้านระดับการศึกษาต่อความรู้ในการใช้ยาว่า ในด้านความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณยา และอันตรายของยาแล้ว ผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา จะมีความรู้ดีกว่าผู้ที่ไม่รู้หนังสือ ซึ่งอาจเนื่องมาจากมีความสามารถในการอ่านเอกสารต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ ใบปลิว ได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ลือชัย ศรีเงินยวง (2534) ที่กล่าวว่า การใช้ยาแก้ปวดนั้น ชาวบ้านมักไม่สนใจวิธีการที่แนะนำตามข้างซอง แต่จะมีวิธีการใช้และการประเมินประสิทธิภาพของยานุฐานทางวัฒนธรรมของตนตามที่นักวิชาการต่างประเทศเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Cultural reinter-pretation

2.8.2 การเรียนรู้ระบบ

จากการสอบถามด้านความหมายของคำว่า "ยา" ผู้ใช้ยาบางรายได้ให้ความเห็นดังนี้

"ยา เป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ เพราะสามารถทำให้พ้นจากความเจ็บป่วย"

"ยา เป็นสิ่งที่ดี อาจจะมีโทษในบางอย่าง เช่น ยาม้า ถ้ากินมาก ๆ จะมีผลต่อประสาท ยาของจะทำให้ไขข้อเสีย กระดูกเสีย แต่บางครั้งก็จำเป็นต้องกิน"

"ยา เป็นสิ่งที่มีคุณ และโทษพอ ๆ กัน แล้วแต่การใช้ให้เป็นคุณก็ได้ โทษก็ได้"

"ยา เป็นสิ่งที่ดี ยิ่งถ้าเป็นยาที่ได้จากหมอนี้จะดี ถ้าเป็นยาจากร้านขายยานี้ บางครั้งยาอาจจะแรงเกินไป แต่ยาของนี้ไม่เป็นไร เพราะกินมาตั้งนานก็ยังไม่เห็นเป็นอะไร"

"ยา ต้องเป็นสิ่งที่ดี ใครว่ายาไหนดีจะกินหมด ใครเอามาให้ก็กินทั้งนั้น"

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับแหล่งที่ให้ข้อมูลการแนะนำการใช้ยาทั้งทางด้านชนิดของยา สรรพคุณการใช้ยา วิธีการใช้ ตลอดจนความรู้และข้อควรระวังต่าง ๆ ซึ่งนำมาสู่การตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแหล่งของข้อมูลมีดังนี้

2.8.2.1 การได้รับข้อมูลข่าวสาร การโฆษณา

- สื่อบุคคล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง เริ่มใช้ยาของจากคำแนะนำของเพื่อนร่วมอาชีพเป็นส่วนใหญ่ บางรายได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน บางรายรู้จักยาของจากการเห็นมารดาใช้ยาของเป็นประจำทุกวันตั้งแต่จำความได้ และบางรายจำไม่ได้ว่าใครเป็นผู้แนะนำให้ใช้เนื่องจาก

เหตุการณ์ผ่านมาเป็นเวลานานแล้ว ส่วนใหญ่จะกล่าวว่าเห็นมีการใช้ยาของโดยทั่วไปจนเป็นเรื่องปกติ ผู้ใช้ยาบางรายได้เล่าประสบการณ์ของการเริ่มใช้ยาของแก้ปวดว่า

"เมื่อก่อนบ้าเป็นคนขายพวดยาของตัวเองแหละ มีลูกค้าประจำเยอะส่วนใหญ่เป็นหน้าเดิม พอดีบ้าชอบปวดทอง ลูกค้ายี่เป็นเพื่อนบ้านเค้าก็แนะนำให้กินยาของก็เลยลองกิน"

"หลานสาวบ้าเค้าบอกว่า กินยาของมาก ๆ จะเป็นโรคกระเพาะ เค้าขอร้องให้เลิก ตอนหลังเค้าเอายาพาราเซตามอลมาให้กิน เค้าบอกว่า เป็นยาแก้ปวดเหมือนกัน แต่ไม่กัดกระเพาะก็เลยกินพาราเซตามอลแทนปวดหายตั้งแต่นั้นมา"

"พวกแม่ค้าในตลาดเค้ากินกันทั้งนั้น เค้าบอกว่ากินแล้วมันหายปวดหายเมื่อยกินแล้วกระปรีกระเปร่า กินแล้วก็เป็นอย่างนั้นจริง ๆ"

"บ้ากินยาของมาตั้งแต่รุ่นสาว ๆ เห็นแม่กินก็อยากกินบ้าง แม่ก็ห้ามว่าอย่ากินมันจะติด แต่บ้าไม่เชื่ออยากลอง"

นอกจากนี้พบว่า ผู้ใช้ยาบางราย เคยได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์เช่นกัน ดังที่ผู้ใช้ยาบางรายกล่าวว่า

"หมอก็ห้ามไม่ให้กินมาก เค้าบอกว่า มันจะบีบหัวใจ"

"หมอบอกว่า กินยาของมาก ๆ แล้วจะมีผลเสียต่อไต"

"เคยไปทำงานก่อสร้างในโรงพยาบาลจังหวัดพะเยา หมอเค้าเห็นผมกินยาของก็บอกว่า ให้กินน้ำตามไปเยอะ ๆ สงสารกระเพาะ"

"หมอเค้าบอกว่า ถ้ากินยาของมาก ๆ แล้วจะเป็นโรคกระเพาะ (ไส้ปุด) หรือมันอาจจะเป็นเพราะท้องมันมีลม"

เกี่ยวกับการได้รับความรู้จากอาสาสมัครประจำชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้ด้านการใช้ยาและเรื่องอื่น ๆ จากอาสาสมัคร โดยบางรายไม่ทราบว่าอาสาสมัครประจำชุมชนคืออะไร และพบว่า 3 ราย เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับอาสาสมัครประจำชุมชน เพราะรายแรกมีบ้านติดกับ อสม. ส่วนอีก 2 รายมีคู่สมรสเป็น อสม. ซึ่งจากการสอบถามผู้ที่มีบ้านติดกับ อสม. ซึ่งกล่าวว่า

"อสม. ที่อยู่ติดกันนี้ไม่เคยให้ความรู้อะไร แม่ของ อสม. ยังชอบกินยาของเลย"

สำหรับ 2 รายที่มีคู่สมรสเป็น อสม. พบว่าเคยได้รับความรู้ด้านการใช้ยาบ้างโดยที่มี

รายหนึ่งได้เล่าว่า สามีของตน (เป็น อสม.) ได้ไปทัศนศึกษาที่บริษัทยาแห่งหนึ่ง ซึ่งบริษัทยาได้แจ้งว่า ยาของที่บริษัทตนผลิตได้มีการเปลี่ยนแปลงสูตรโดยตัดตัวยาซึ่งห้ามขายออกและสูตรใหม่ได้รับอนุญาตให้ขายได้ สามีตนยังบอกว่า ยาสูตรใหม่นี้เป็นยาที่ปลอดภัยกว่าสูตรเก่า ซึ่งตรงกับที่ตนได้รับข้อมูลจากเพื่อนแม่ค้าในตลาดว่า ยาสูตรใหม่มีความปลอดภัยและใช้ได้อย่างสบายใจมากขึ้น

- สื่อโฆษณา

จากการศึกษาพบว่า สื่อโฆษณาที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้มากที่สุดคือ โทรทัศน์มีบางรายที่ฟังวิทยุ แต่สำหรับสื่อทางด้านหนังสือพิมพ์นั้น พบว่า ไม่มีผู้ให้ยารายใดที่นิยมอ่านหนังสือพิมพ์เลย

เกี่ยวกับการโฆษณาของแก้ปวดในโทรทัศน์ วิทยุหรือภาพยนตร์พบว่า มีบางรายที่เคยเห็นหรือเคยได้ยิน แต่มักจำไม่ได้ว่าโฆษณาได้เอ่ยถึงอะไรบ้าง แต่เท่าที่สามารถจำได้ ได้แก่

"เคยได้ยินโฆษณาทีวี เคี้ยวปวดหายบรรเทาอาการปวด กินแล้วจะหายสนิท (หายแซบ) และโฆษณายังบอกว่าให้กินหลังกินข้าว เวลาเข้านอน เวลาปวดหรือปวดเมื่อยก็ให้กิน"

"เคยได้ข่าวว่า มีการตัดคาเฟอีนออกจากสูตรยาเคยเห็นในทีวี คาเฟอีนเคี้ยวทำให้คนติด แต่ถึงยังไงก็ไม่กลัวคาเฟอีน เพราะกินมาตั้งนานก็ไม่เห็นเป็นอะไร"

"เคยเห็นในทีวี เคี้ยวบอกว่ากินมาก ๆ แล้วหัวใจจะไม่ตี กินแล้วบิบบหัวใจ แต่ไม่เคยได้ยินว่าวิธีกินที่ถูกที่กินอย่างไร"

จากการศึกษาทำให้พบว่า สื่อโฆษณาทั้งทางด้านโทรทัศน์ วิทยุ เกี่ยวกับความรู้ด้านการใช้ยาแก้ปวดที่ถูกต้องนั้น ยังไม่เป็นผลในทางที่จะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง อาจจะเป็นเพราะปริมาณสื่อที่ให้น้อยเกินไป หรืออาจเป็นไปได้ว่า สื่อที่ออกมา นั้น อาจไม่สร้างความสนใจในแง่ของประโยชน์หรือ โทษของยาของตลอดจนวิธีการที่ใช้ที่ถูกต้อง แต่เน้นในด้านการส่งเสริมการใช้ ทำให้ประชาชนแปลความหมายไปในทิศทางตรงกันข้ามได้ นอกจากนี้พบว่าสื่อบางสื่อสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นความจริงแต่ยังมีแรงจูงใจไม่มากพอที่จะทำประชาชนผู้รับสื่อ เชื่อถือและปรับพฤติกรรมของตัวเอง เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดให้ถูกต้องมากขึ้น

- สื่อด้านอื่น ๆ

เกี่ยวกับการอ่านฉลากยาพบว่า นอกจากผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก ไม่เคยอ่านฉลากยาแล้ว ผู้ที่อ่านหนังสือออกบางรายไม่เคยอ่านฉลากยา โดยจะพิจารณาเพียงสีของซอง

ยาและรูปบนของยา โดยผู้ให้ยาบางรายกล่าวว่า

"ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้อ่านฉลาก เห็นเป็นห้วยาวก็กิน มันเห็นจนชิน"

"ไม่เคยอ่านว่าข้างซองเค้าเขียนว่าอะไร เห็นเป็นซองสีเขียวมีห้วยาวก็
ใส่แล้ว"

เกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา และร้านขายของชำที่จำหน่าย
ยาของพบว่า ผู้ให้ยาไม่เคยได้รับคำแนะนำจากผู้ขายยาเลย โดยให้ความเห็นชอบว่า

"ไปซื้อยาของทุกวันไม่เคยคิดจะถามเกี่ยวกับประโยชน์หรือโทษของยาของ
คนขายก็ไม่เคยบอกอะไรก็ซื้อกันอยู่ทุกวัน กินกันอยู่ทุกวัน มันรู้ ๆ กันอยู่"

สำหรับการโฆษณาจากรถเร่ขายยาโดยตรงนั้น พบว่าในปัจจุบันไม่มีผู้ให้ยารายใดเคย
ซื้อยา หรือได้รับการโฆษณาจากรถเร่ขายยาโดยตรง แต่เล่าว่าในอดีตเคยเห็นรถเร่ขายยา
เข้ามาในชุมชนที่ตนเคยอยู่ โดยเล่าว่า

"เมื่อก่อนเคยเห็นรถเร่ขายยา แต่เดี๋ยวนี้ไม่เคยเห็น เมื่อก่อนใครไปซื้อ
ยาเค้าจะแจกนมให้ด้วย"

"ตอนสมัยหนุ่ม ๆ เคยเห็นหนังขายยา พวกรถขายยาของก็เคยเห็นทั้งชาย
ทั้งแจก"

"ตอนที่มาอยู่ในชุมชนนี้ใหม่ (20 ปีที่ผ่านมา) มีรถเร่มาแจกยาของ ยัง
เคยไปรับแจกเลย บางครั้งซื้อโหลแถมโหล สมัยนั้น 6 ซองบาท"

ผลการศึกษาด้านความรู้ ชาวสาร การโฆษณาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความสอดคล้อง
กับการศึกษาของ สุนัตรา ชาทิบัญญัติ (2533) ที่กล่าวว่า ยาของเป็นยาที่รู้จักดีในชุมชนจนบาง
ครั้งชาวบ้านไม่สามารถระบุต้นตอของผู้แนะนำได้

เกี่ยวกับการรับข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ ศิริวรรณ
ศิริบุญ (2531) ซึ่งพบว่าสตรีในชุมชนแออัดส่วนใหญ่ไม่ได้อ่านหนังสือพิมพ์บ่อยครั้งนัก แต่ฟังวิทยุ
และดูโทรทัศน์ทุกวัน สำหรับความรู้ในการให้ยาแก่ปวดของชาวบ้านพบว่าสอดคล้องกับการศึกษา
ของ สุนัตรา ชาทิบัญญัติ (2531) ซึ่งพบว่าชาวบ้านจะได้รับข้อมูลเฉพาะชื่อยาและสรรพคุณเป็น
ส่วนใหญ่ ส่วนขนาดและวิธีใช้นั้นจะได้ข้อมูลน้อยมาก เกี่ยวกับเรื่องอันตราย หรือข้อพึงระวัง
ต่าง ๆ นั้น แทบจะกล่าวได้ว่า ไม่ได้ข้อมูลเลย โดยเฉพาะสื่อจากวิทยุและโทรทัศน์

แหล่งสำคัญในการให้ข้อมูลในการตัดสินใจเลือกให้ยาเป็นอันดับหนึ่งคือ สื่อบุคคลได้แก่ เพื่อนบ้าน และญาติซึ่งจะแนะนำทั้งชนิดของยาและสรรพคุณยาตลอดจนวิธีใช้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2527) ซึ่งพบว่า อิทธิพลของสื่อสารมวลชน จะมีผลชักจูงการเลือกให้อยู่ในระดับรองกว่าการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ (ปากต่อปาก) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ถึงการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ได้รับการบอกเล่าแล้ว พบว่า สอดคล้องกับทฤษฎีการแก้ปัญหา และความริเริ่มสร้างสรรค์ของ ประภาณี สุวรรณ (2534) ซึ่งกล่าวว่า การแก้ปัญหา ที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งอุปสรรคในการแก้ปัญหา นอกจากจะเกิดจากการที่ไม่สามารถระบุปัญหาอย่างชัดเจน และมีประสิทธิภาพแล้ว ยังขึ้นอยู่กับทัศนคติและข้อสรุปที่ผิด ซึ่งอาจเกิดจากข้อมูลที่มีจำกัด การมองข้ามหรือไม่สนใจกับข้อมูลหรือส่วนประกอบที่สำคัญ การมองปัญหาในวงแคบ และมักจะเกิดอารมณ์หรือความเครียดหรือความเจ็บปวด มาขัดขวางกระบวนการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล และพบว่ายังมีความสอดคล้องตามทฤษฎีบุคลิกภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมนาม ซึ่งกล่าวถึงกระบวนการสื่อสารที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล และต่อปฏิกิริยาตอบสนองที่แต่ละคนแสดงออก จะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการรับและส่งข่าวสารไปยังบุคคลอื่น ถ้าหากผู้รับหรือผู้ส่งข่าวสารขาดประสิทธิภาพอาจมีผลทำให้เกิดความผิดพลาดในการแปลความหมายของข้อมูลให้มีผลไปในทางตรงกันข้ามได้

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ คอคเคอร์แฮม (Cockerham อ้างใน พัทธพร สุคนธา, 2533) พบว่า ผู้มีรายได้น้อยจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วยน้อย เพราะนอกจากความสามารถในการทน (Tolerate) ต่อภาวะสุขภาพอนามัยที่ไม่ดีได้แล้ว ยังมีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้จากสื่อมวลชนและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ก็จะน้อยลงด้วย นอกจากนี้เกี่ยวกับความรู้ที่ได้จากอาสาสมัครชุมชน (อสม.) นั้น จากการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2531) พบว่ามีประชากรในชุมชนแออัดจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบว่า มีกลุ่มบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ที่ทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชน ซึ่งอาจเป็นเพราะประชาชนในเขตชุมชนแออัด ส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการเงิน ทำให้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปในการประกอบอาชีพและหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ความสนใจต่อเรื่องอื่น ๆ ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาด้านความรู้ในการให้ยาของผู้ประกอบอาชีพตีจักรยานสามล้อของ จริยาวัตร คมพัยค์ (2527) ซึ่งกล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐ เพียงร้อยละ 3.6 เท่านั้นเช่นเดียวกับ

ความรู้ที่ได้รับจากผู้ประกอบการร้านขายยา ซึ่งพบว่า ผู้ซื้อไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 82.4 (สำลี ใจดี, 2523)

สำหรับผลการศึกษาด้านความรู้ที่ได้จากการอ่านฉลากยาของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ชชาติปัญชาชัย (2533) ซึ่งพบว่า รายละเอียดที่ระบุไว้ข้างกล่องหรือฉลากที่เป็นข้อพึงระวังนั้น ชาวบ้านแทบจะไม่ได้อ่านเนื่องจากตัวอักษรเล็กและไม่ค่อยสนใจที่จะอ่านให้ละเอียด

2.8.2.2 การเรียนรู้จากประสบการณ์การใช้ยาของตนเอง

จากการศึกษาพบว่า แม้ว่าผู้ใช้ยาบางรายจะได้รับความรู้ หรือคำแนะนำจากผู้อื่นในการใช้ยาของ แต่ก่อนที่จะมีความเชื่อถือในคำบอกเล่าเหล่านั้น มักจะต้องนำมาทดลองใช้ด้วยตนเองก่อนเสมอ เมื่อใช้ได้ผลก็จะจดจำและนำมาใช้เมื่อประสบกับปัญหาสุขภาพ หรือมีวัตถุประสงค์ในการใช้บางประการเช่นในอดีต และมักจะมีการบอกเล่าต่อ ๆ ไปยังผู้อื่น ซึ่งสามารถแบ่งประสบการณ์การใช้ยาของได้ดังนี้

- การใช้ยาของเพื่อการรักษาโรค

จากการสอบถามด้านข้อบ่งใช้ของยาของ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจว่า ยาของเป็นยาแก้ปวดหัว ปวดฟัน ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีบางรายกล่าวว่า ยาของช่วยย่อยอาหาร แก้ท้องอืด ทำให้หิวข้าวเร็ว บางรายใช้เป็นยาแก้ปวดท้องในอดีต และบางรายใช้รักษาอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ดังที่ผู้ใช้ยาบางรายได้เล่าให้ฟังว่า

"บางครั้ง ถ้าท้องอืด กินปวดหายแล้วจะดีขึ้น ถ้ากินไปซักพักแล้วจะรู้สึกหิวข้าว"

"เมื่อก่อนไม่สบาย เป็นอะไรก็ไม่รู้ เดินไม่ได้ ซามันไม่มีแรง มันเปลี่ยนไปหมด ก็ใช้น้ำ 1 แก้ว ผสมยาของ 6 ซองละลายในน้ำคนให้เข้ากัน แล้วก็กินซักประเดี๋ยวก็ลุกขึ้นเดินได้"

นอกจากการใช้ยาของในการรักษาโรคในลักษณะการใช้เป็นยาเดี่ยวแล้วพบว่า มีหลายรายที่นิยมใช้ยาของในลักษณะเป็นยาสูตรผสม ที่นิยมมากในกลุ่มตัวอย่างคือ การนำน้ำผึ้งมาผสมยาของแก้ปวดในการรักษาอาการท้องเสีย หรือเป็นบิด ซึ่งมีการบอกเล่าต่อ ๆ กันมา และมีการทดลองใช้ วิธีการใช้คือ นำยาของ 1 ซองละลายในน้ำผึ้ง 1 ช้อนโต๊ะ แล้วรับประทานเพียง 1 ครั้งจะสามารถรักษาโรคดังกล่าวได้ และจากการสอบถามผู้ที่นิยมใช้ยาสูตรผสมสูตรนี้ทุกรายให้ความเห็นว่า ต้องเป็นยาของชนิดปวดหายเท่านั้น ถ้าเป็นชนิดอื่นแล้วจะไม่ได้ผล และวิธีนี้

ใช้ได้เฉพาะในผู้ใหญ่ เพราะอาจแรงเกินไปสำหรับเด็ก โดยผู้ให้ยาบางรายเล่าว่า

"มีอยู่ครั้งหนึ่ง ยายท้องเสียอย่างรุนแรงใช้ยาตกเบ็ด แต่ก็ไม่หาย ถ่ายจนหมดแรง ช่างบ้านเค้าแนะนำให้ใช้ปวดหายผสมน้ำผึ้ง กินแก้ท้องเสีย เป็นบิดและอาเจียน เลยลองใช้ดู ผลคือ หายจากอาการท้องเสียทันที ก็เลยจำไว้ และก็ใช้วิธีนี้อีกหลายครั้ง แต่ไม่ควรใช้กับเด็ก เพราะยามันแรงเกินไป ถ้าเด็กมีอาการท้องเสียควรใช้ยากุณณาคลัน"

เมื่อสอบถามด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลของยาของผสมน้ำผึ้งที่สามารถรักษาโรคท้องเสีย ส่วนใหญ่ตอบไม่ได้ว่าทำไมยาสูตรดังกล่าวจึงสามารถรักษาโรคได้ แต่มีรายหนึ่งให้ความเห็นว่า

"การใช้ปวดหายผสมน้ำผึ้ง กินแก้ท้องเสียนี้เกิดจากตำราเกลือจิ้มเกลือเพราะเรารู้ ๆ กันอยู่ว่าเรามักมีอาการท้องเสียจากการกินของเปรี้ยว ๆ วิธีการแก้จึงต้องใช้ของเปรี้ยวเหมือนกัน ซึ่งปวดหายมีรสเปรี้ยวจึงสามารถนำมารักษาได้ ส่วนน้ำผึ้งเป็นยากระลี่ย คนโบราณเค้าเก่งรู้จักการดัดแปลง เค้าบอกต่อ ๆ กันมาเลยเอามาลองใช้ก็ได้ผลจริง ๆ"

- การใช้ยาของเพื่อการป้องกันโรค

นอกจากการใช้เพื่อการรักษาโรคแล้วพบว่า มีผู้ให้ยาบางรายมีประสบการณ์การใช้ยาของสำหรับการป้องกันโรค ดังที่ผู้ให้ยาได้ยกตัวอย่างให้ฟังว่า

"ตอนกลางคืนชอบเป็นตะคริว ถ้ากินยาของก่อนนอนแล้วจะไม่ค่อยเป็น มีบ้างที่กินยาของก่อนนอน แต่ก็ยังเป็นตะคริวอยู่ ต้องตื่นมากินยาของตอนดึก แต่ถึงอย่างไรยาของก็คงช่วยได้บ้าง "

" ตื่นจากนอนมาล้างหน้าล้างตาเสร็จก็จะกินยาของเลย ไม่งั้นจะปวดหัว "

" ถ้าเป็นไข้ต้องใช้ประสะนอแรด และเมื่อเหงื่อออก และใช้ลดแล้วให้กินประสะนอแรดไปอีก 1 ซอง เพื่อป้องกันไข้กลับ"

" ปกติจะเป็นคนชอบเครียด ยิ่งถ้าวันไหนเครียดมากๆ จะปวดหัว ถ้ารู้ตัวว่าเครียดมาก ๆ จะกินยาของกันเอาไว้ก่อนเพราะถ้าปวดหัวแล้วมากินยาของทีหลังจะหายช้า"

- การใช้ยาของเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ยาที่มีพฤติกรรมการใช้ยาของในแง่ของการใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพนี้จะพบในผู้ให้ยาที่เป็นเพศชายเป็นส่วนใหญ่และเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ในขณะที่ผู้ให้

ยาเพศหญิงจะใช้ในแง่ของการบรรเทาอาการปวด เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกายเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้ยาบางรายมีพฤติกรรมการใช้ยาของในการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ร่วมกับ เครื่องดื่มชูกำลัง ทำให้น่าศึกษาต่อไปว่า เหตุใดยาของจึงมีความใกล้ชิดกับเครื่องดื่มชูกำลัง และจากการสัมภาษณ์ ผู้ใช้ยารายหนึ่งซึ่งมีอาการตัดไม้ในป่า ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้กำลังกายในการ ทำงานสูง เพราะต้องตัดไม้ และแบกไม้ขึ้นเนิน ตลอดจนต้องทำงานด้วยความเร่งรีบตลอดวัน ตลอดคืนเป็นเวลา 10-15 วัน จำเป็นต้องอาศัยยานางอย่างในการกระตุ้นให้เกิดแรงงานมาก ตามที่ต้องการ ซึ่งยาที่นิยมใช้ในกลุ่มอาชีพนี้คือ การให้ยาม้าผสมยาของแก้ปวด โดยนายทุนจะเป็นผู้จัดเตรียมยาทั้ง 2 ประเภทนี้ก่อนจะเข้าไปปฏิบัติงานในป่า โดยผู้ใช้ยารายนี้เล่าว่า

"ผมเริ่มกินยาของตั้งแต่เข้าไปทำงานในป่าเห็นเค้ากินก็กินตาม เค้าบอกว่าจะทำให้มีแรง แต่ต้องกินกับยาม้า กินยาม้าอย่างเดียวก็น่าไม่รู้สึกว่ามีแรง ต้องใช้ยาของเป็นตัวกระตุ้นม้ามอีกทีหนึ่ง วิธีกินคือต้องบดยาม้าให้เป็นผง ไม้บดไม้ได้ยาจะออกฤทธิ์ช้า แล้วผสมกับยาของกินพร้อมกัน หลังจากกินยาจะออกฤทธิ์ภายใน 2-3 นาที ถ้าหน้าหนาวอาจต้องใช้ยาม้าเป็น 2-3 เม็ดต่อยาของ 1 ซอง แต่ฤทธิ์ยาจะคงอยู่ได้นาน เพราะหน้าหนาวยาจะออกฤทธิ์ช้ากว่าหน้าร้อน หลังจากใช้ยาจะเดินไม่ได้ต้องวิ่ง สามารถแบกไม้หนักกว่าร้อยละ 100 ได้สบาย ถ้ารู้สึกว่ามีจะหมดฤทธิ์ แต่ยังต้องทำงานต่อต้องกินยาของเพิ่มอีก 1 ซองเพื่อกระตุ้นม้ามอีกทีหนึ่ง แรงก็จะเพิ่มขึ้นไปอีก อาจออกแรงได้อีก 2-3 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับอากาศด้วย แต่กระตุ้นได้คนเดียว ถ้ามีหมดฤทธิ์จริง ๆ ต้องกินม้ามเข้าไปใหม่ ยาของที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยี่ห้อปวดหาย นายทุนจะซื้อมาให้เบิกมาที่เป็นกล่อง ๆ เอาแบ่งกันในหมู่คนงาน ส่วนใหญ่ม้าจะหมดฤทธิ์พร้อม ๆ กัน จึงกินยาม้ากับยาของพร้อม ๆ กัน ส่วนใหญ่จะกินยาม้าผสมยาของวันละ 3-4 ครั้ง โดยจะกินหลังกินข้าว"

"ไม่กินยาม้า และไม่กินยาของไม่ได้ เพราะต้องทำงานที่ต้องอาศัยแรงและถ้าไม่กินเพื่อนจะหาว่าอู้งาน คนอื่นเค้ากินกันและทำงานได้มาก ถ้าเราถูกแบ่งเล็งจะไม่ถูกเรียกให้ไปทำงานในคราวหน้า"

"ถ้าไม่ต้องออกแรงมาก อาจใช้เพียงเครื่องดื่มชูกำลังก็พอ แต่ถ้าต้องทำงานหนักขึ้น เช่น การแบกไม้ในป่า ต้องใช้ยาม้าผสมยาของ แต่ถ้าจะต้องให้เกิดแรงให้มากที่สุดต้องใช้ยาม้ากับเครื่องดื่มชูกำลัง"

"ถ้าใช้กระทิงแดงแทนยาของจะยิ่งดีใหญ่ เพราะกระทิงแดงแรงกว่ายาของขึ้น"

ไปอีก แต่ต้องเป็นกระทิงแดงชนิดน้ำเท่านั้น ส่วนกระทิงแดงเม็ดออกฤทธิ์ช้า เคยใช้ยาม้าผสมกระทิงแดงด้วยเหมือนกัน แต่นาน ๆ ครั้งกรณีทำงานเร่งมาก ๆ ทำทั้งวันทั้งคืน ไม่มีการนอนตลอด 15 วัน แต่กระทิงแดงมันแพงกว่ายาของมาก บางครั้งไม่คุ้มค่าแรง"

"จะใช้ยาม้ากับยาของเฉพาะช่วงทำงานในป่า หลังจากออกจากป่า จะพักประมาณ 5-7 วัน ต่อจากนั้นก็เข้าป่าอีก ทำแบบนี้ไปเรื่อย ๆ ปัจจุบันนี้ไม่ได้ทำงานในป่าแล้ว เพราะทางการเคັตรวจจับไม้เถื่อนกันมาก งานด้านนี้จึงน้อยลง ปัจจุบันมาเก็บของขาย บางครั้งเหนื่อย ๆ ก็กินสبونเซอร์ วันไหนเก็บได้เยอะก็จะกินกระทิงแดง ปกติอยากกินกระทิงแดงวันละ 1-2 ขวดแต่มันแพง"

"ไม่เคยกินยาของตัวเองในการกระตุ้นให้มีแรง ต้องกินกับยาม้าถึงจะได้ผล ปัจจุบันกินยาของแก้โรคปวดหลัง ซึ่งเป็นโรคประจำตัว"

สำหรับ ผู้ใช้ยารายอื่น พบว่ามีการใช้ยาของในแง่กระตุ้นให้มีแรงทำงานด้วยเช่นกัน โดยกล่าวว่า "ปวดหายนี้กินแล้ว เหนื่อยจะออกทำงานได้ดีขึ้น"

"ถ้ากินยาของแล้วรู้สึกว่าจะมีแรง กระปรี้กระเปร่า คิดว่ายาของมีส่วนช่วยให้มีแรงทำงานได้มากขึ้น ชยันขึ้น ถ้าไม่กินแล้วจะ เพลีย เมื่อย แล้วก็ชี่เกียจ"

"ยาของเป็นยาแก้เมื่อย กระทิงแดงเป็นยาแก้เหนื่อย"

- เกี่ยวกับลักษณะของยา วิธีการใช้ เวลาที่ใช้ และปริมาณยาที่ใช้

นอกจากผู้ใช้งานส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ในการใช้ยาของ เพื่อการรักษาโรค การป้องกันโรค และการใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพแล้ว พบว่าผู้ใช้งานบางราย ยังมีประสบการณ์ในการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาระหว่างยาของชนิดที่ตนนิยมใช้กับยาแก้ปวดชนิดอื่น หรือรูปแบบอื่น ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีให้เพียงแต่ได้รับการบอกเล่าแต่ได้จากการทดลองใช้ด้วยตนเอง

"เคยเป็นโรคปวดฟัน ปวดเป็นเดือนๆ เลย ครั้งแรกกินพาราเซตามอลไม่หาย เวลาปวดหัว กินพาราก็ไม่หาย หรือหายชั่วคราว แต่ถ้ากินปวดหายนี้หายนาน"

"เวลาปวดหัวกินปวดหายจะ วัตติ 2-3 นาทีก็หายแล้ว ถ้าเป็นยาเม็ดจะหายช้า"

"เมื่อก่อนกินปวดหายแก้ปวดเมื่อยวันละ 3-4 ของ เดี่ยวนี้เปลี่ยนมากินยาพาราแทนคือ กินวันละ 6-8 เม็ด คิดว่า พารา 2 เม็ดเท่ากับยาของ 1 ของ เพราะกินแล้วก็หายเหมือนกัน แต่ไม่เคยกินพาราครั้งละ 1 เม็ดคิดว่ามันน้อยไป กินพาราชนิดนี้ทำให้หลับง่าย"

" ถ้าปวดหัวต้องกินปวดหาย ถ้าเป็นไข้ต้องใช้ประสะบอแรด ปวดหายกับประสะบอแรดเป็นยาคนละชนิดกัน "

เกี่ยวกับเวลาในการใช้ยา พบว่า ผู้ใช้ยาบางราย แม้ว่าเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเวลาในการใช้ยาที่ถูกต้อง แต่ก็ยังให้ความเชื่อถือประสบการณ์ที่ได้จากการทดลองด้วยตนเองมากกว่าสิ่งที่ผู้ใช้ยาบางรายได้เล่าว่า

"เคยดูโฆษณา เคี้ยวบอกว่าให้กินยาของหลังอาหาร แต่ถ้ากินหลังอาหารจะออกฤทธิ์ช้ากว่ากินก่อนอาหาร เลยกินก่อนอาหารบ้างหลังอาหารบ้างไม่แน่นอน บางครั้งยังไม่ได้กินข้าวแต่มีปวดเมื่อยก็กินยาเลย ซึ่งก็จริงจนถึงเวลากินข้าว"

"เวลาที่กินยาของ จะก่อนอาหารหรือหลังอาหารไม่ได้สนใจ ส่วนมากตื่นนอนตอนเช้ามาก็กินบางทีก็กินก่อนไปตลาดไม่แน่หรอก"

"ผมกินยาของวันละ 16 ซองทุกวัน เช้า 8 ซอง เย็น 8 ซอง พอตอนเช้ากินข้าวเสร็จ จะเริ่มทำงานก็ 1 ซอง ระหว่างที่ทำงานก็กินไปเรื่อย ๆ ประมาณครึ่งชั่วโมงก็จะกิน 1 ซอง พอตีเที่ยงก็ครบ 8 ซอง ช่วงบ่ายก็ทำแบบนี้ กินอีก 8 ซอง บางทีก็กินน้ำตาม แต่บางทีก็ไม่ได้กินเพราะมันไม่มีน้ำ"

เกี่ยวกับประสบการณ์ด้านวิธีในการใช้ยา เช่น

"ถ้ากินปวดหายกับเหล้า จะทำให้ยาออกฤทธิ์เร็วขึ้น เพราะเหล้าเป็นของร้อนทำให้ยาเดินเร็วขึ้น"

เกี่ยวกับลักษณะของยา เช่น

"คิดว่ายาผงดีกว่ายาเม็ด เพราะยาเม็ดกินแล้วชอบมีอาการแพ้เช่น หน้าชา"

"ชอบกินยาเป็นผง เพราะยาเป็นเม็ดมันใหญ่กินยาก ถ้าหมอให้ยาเม็ดมาจะเอามาตำให้ละเอียดก่อนค่อยกิน"

เกี่ยวกับปริมาณยาของที่ใช้ต่อวัน พบว่าผู้ใช้ยาทุกรายจะใช้ยาของเป็นประจำทุกวันโดยบางรายใช้วันละ 1-2 ซอง บางรายใช้วันละ 2-3 ซอง และบางรายใช้วันละ 3-4 ซอง นอกจากนี้ มีบางรายที่ใช้มากถึงวันละ 16 ซอง ซึ่งปริมาณที่ใช้ส่วนใหญ่ค่อนข้างแน่นอน แต่อาจมีการใช้มากขึ้นตามสภาวะการที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน เช่น เพิ่มตามความเครียดที่อาจมีมากกว่าปกติ อาการเหนื่อยจากการทำงานที่มากขึ้น หรือปริมาณงานที่มีมากขึ้น ตลอดจนพบว่าบางรายอาจ

มีการใช้มากขึ้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลเช่น ในฤดูหนาวจะใช้น้ำมากขึ้นเพราะมีอาการเป็นตะคริวบ่อยครั้งขึ้น หรือรู้สึกว่าเป็นไข้มากกว่าปกติ จึงจำเป็นต้องกินยาของในการบรรเทาอาการ และใช้เพื่อการป้องกันมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดี พบว่ามีผู้ใช้น้ำยาบางรายจะใช้น้ำยาในปริมาณที่แน่นอน และจะไม่มีการเพิ่มปริมาณยา โดยให้เหตุผลว่า

"น้ำจะกินวันละซองเท่านั้น ถ้าไม่กินจะช้ำเกียจ แต่จะไม่กินมากกว่านี้ แม้ว่าบางครั้งมีความรู้สึกว่ายากกินอีก คิดว่ากินมากไม่ดี แม่ของบ้านขนาดกำลังจะตายยังร้องหาแต่ยาของเลย น้ำเลยไม่อยากกินมาก"

นอกจากนี้ ผู้ใช้น้ำที่นำยาพาราเซตามอล มาใช้แทนยาของนั้นพบว่ามีการเปรียบเทียบความแรงของยาทั้ง 2 ชนิดคือ ยาพาราเซตามอล 2 เม็ด จะมีความแรงเท่ากับยาของปริมาณ 1 ซอง ดังนั้น ในอดีตตนเคยใช้น้ำของวันละ 3-4 ซอง ในปัจจุบัน ตนจึงใช้น้ำพาราเซตามอลวันละ 6-8 เม็ดเช่นกัน

- เกี่ยวกับโทษของยาของ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้น้ำส่วนใหญ่ ทราบว่ายาของสามารถทำให้เกิดโรคระเพาะอาหาร และผู้ใช้น้ำส่วนใหญ่พบว่ามีอาการของโรคระเพาะอาหารเช่นกัน แต่เมื่อสอบถามถึงสาเหตุของการเกิดโรคระเพาะอาหารของตนนั้นพบว่า ผู้ใช้น้ำเชื่อว่า เกิดจากสาเหตุอื่นที่มีผลของยาของ ซึ่งผู้ใช้น้ำบางรายให้เหตุผลว่า

"รู้...ว่าถ้ากินปวดหลายมาก ๆ มันจะกัดกระเพาะ แต่เราก็ไม่ได้กินมาก ที่เป็นโรคระเพาะนี้เกิดจากการที่น้ำชอบกินเผ็ด ๆ และกินข้าวไม่เป็นเวลามากกว่า"

"ที่แม่อยู่สุขภาพไม่ดี และเป็นโรคระเพาะนี้ สงสัยเป็นเพราะเมื่อก่อนทั้งกินเหล้าทั้งสูบบุหรี่ ข้าวปลาก็ไม่ค่อยได้กิน มีวแต่เล่นไพ่ ยาของก็กินอยู่หรือก ก็คงรวม ๆ กันมั้งสุขภาพมันถึงได้แยแบบนี้"

ถึงอย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ใช้น้ำบางราย ที่มีได้ยอมรับตั้งแต่ข้างต้นว่าตนเป็นโรคระเพาะอาหารจากการใช้น้ำของ แต่จากประสบการณ์การใช้ภายหลังนำมาสู่การยอมรับ ดังที่ผู้ใช้น้ำบางรายเล่าให้ฟังว่า

"เมื่อก่อนกินปวดหลายแก้ปวดท้อง กินมาหลายสิบปี หลัง ๆ นี้พอกินยาปวดหลายเข้าไปรู้สึกว่ามันจุกเสียด แน่นท้อง ตรงลิ้นปี่ ถ้าไม่กินก็ไม่เป็น พอหลานมาบอกให้เปลี่ยนเป็นยาที่

ไม่กัดกระเพาะก็เลยเชื่อ ตอนหลังเลยมากินยาพาราเซตามอล"

"เคยได้ยินเหมือนกันว่ายาชองจะกัดกระเพาะ แต่ก็ไม่กลัวนะ ผมกินวันละ 16 ของเป็นประจำ ตอนหลังปวดท้องถ่ายเป็นเลือด เลยลองสังเกตดู ถ้าวันไหนใช้ยาชองน้อย(วันละ 2-3 ของ) อาการปวดท้อง และถ่ายเป็นเลือดจะน้อยลง ถ้าวันไหนกินมากจะเป็นมาก ทดลองดูหลาย ๆ ครั้งจนแน่ใจว่าเกิดจากยาชองแน่ ๆ เลยเลิกกิน และไม่ได้ใช้ยาอะไรแทน"

นอกจากผลของการเกิดโรคกระเพาะแล้ว เกี่ยวกับความรู้ของโทษด้านอื่น ๆ ของยาชองพบว่า ผู้ใช้ยาบางรายให้เหตุผลว่า

"เคยอ่านข้างซอง คำว่าห้ามกินเกิน 10 วัน ไม่งั้นจะเป็นผลเสียต่อไต แต่ผมไม่เชื่อเพราะกินมาหลายสิบปีแล้ว ยังไม่เห็นเป็นอะไรเลย"

นอกจากนี้ พบว่าผู้ใช้ยาบางราย แม้มีการรับรู้เกี่ยวกับโทษของยาชอง แต่จากความเชื่อและประสบการณ์การใช้ยา พบว่า ผู้ใช้ยามีความเชื่อว่าตนสามารถหลีกเลี่ยงจากโทษของยาชองดังกล่าวได้ โดยให้เหตุผลว่า

"เคยได้ยินว่า ยาชองจะกัดกระเพาะ แต่ผมว่าชนิดที่กัดกระเพาะเป็นชนิดเม็ด เพราะเคยลองกินแบบเม็ดแล้วรู้สึกปวดท้องจริง ๆ แต่ถ้าอย่างผงแล้วจะไม่ปวด เพราะยาจะกระจายในกระเพาะได้มากกว่า"

"รู้ว่า ถ้ากินยาชองตอนท้องว่างจะกัดกระเพาะ แต่ถ้ากินกับยาม้าแล้วจะไม่กัด เพราะม้าสามารถคุมโทษของยาชองได้"

จากการศึกษาพบว่า การเรียนรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาชองของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์การใช้ยาชองของตนเอง เพราะบางครั้งหากได้รับการเรียนรู้ หรือคำบอกเล่าทั้งด้านชนิดของยา หรือสรรพคุณของยาจากสื่อบุคคล หรือสื่อโฆษณาต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีความเชื่อถือที่แท้จริงนั้น ต้องเกิดจากการทดลองใช้ด้วยตนเอง เสียก่อน ดังที่กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า

"เพื่อนเคยบอกว่า ให้กินกระหิงแดงผสมเหล้า แล้วจะชู้ชาติ แต่ผมลองกินแล้วก็ยังไม่เห็นจะจริง ผมไม่เชื่อใครง่าย ๆ หรอก ต้องลองด้วยตัวเองถึงจะเชื่อ"

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดความเชื่อถือในสรรพคุณของยาดังนั้นแล้ว ยังมีวิธีการนำมาประยุกต์ หรือปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ดังที่

เห็นจากในตัวอย่างพบว่า ทั้งสาเหตุที่ใช้ วิธีการใช้ หรือปริมาณที่ใช้ จะมีลักษณะแตกต่างกันไป โดยผ่านการไตร่ตรองโดยอาศัยความนึกคิด หรือความเชื่อพื้นฐานของแต่ละบุคคล และยังมี ความยึดมั่นต่อกระบวนการนี้มาเป็นเวลานาน บางรายใช้เวลาจนถึง 30-40 ปี ดังนั้น เมื่อได้รับ ข่าวสาร หรือการโฆษณาใหม่ ๆ ประกอบกับสิ่งเหล่านี้ยิ่งขาดความสนใจ หรือมีจำนวนน้อยเกินไป ทำให้กลุ่มตัวอย่าง เลือกรับเฉพาะบางข่าวสารที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน หรือไม่ยอมรับหรือ ไม่สนใจข่าวสารที่ขัดแย้งกับความเชื่อของตน

ผลการศึกษาด้านการเรียนรู้จากประสบการณ์การใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) ซึ่งกล่าวว่าการเรียนรู้ เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะ โดยผ่านการมีประสบการณ์ และ อาจเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้า โดยผ่านกระบวนการที่ซับซ้อน เช่น การให้เหตุผล การสร้าง จินตนาการ การเกิดความคิดแบบนามธรรม และการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม การเรียนรู้ กลุ่มพฤติกรรมซึ่ง เป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมอง เป็นความสามารถในการจำและการ วิเคราะห์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ประกอบกับพฤติกรรม การเรียนรู้กลุ่มเจตนิสัย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัยและค่านิยม เป็นพฤติกรรมที่ แสดงออกถึงความรู้สึกในคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ จนกลายเป็นความนิยมชมชอบหรือ เชื่อถือในสิ่งนั้น และ พฤติกรรม การเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย ซึ่งเป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมี ประสิทธิภาพ และเป็นการตัดสินใจเลือกกระทำในสิ่งที่ตนเห็นว่าถูกต้อง และอาจเป็นการกระทำ อย่างเป็นเรื่องราวที่ต่อเนื่อง หรือกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติตามธรรมชาติ

นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับข่าวสารที่ได้รับนั้น พบว่า ตัวแปรที่มีความสำคัญต่อประสิทธิผลของการสื่อสารคือ องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาของผู้รับข่าวสาร ซึ่งชอบความคงที่ ความแน่นอน ในด้านความสัมพันธ์ของเขากับสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลได้รับ ข่าวสารที่แตกต่างไปจากเดิมจะทำให้เกิดภาวะการขัดแย้ง เพื่อให้เกิดภาวะที่กลมกลืนเข้ากันได้ ในความสัมพันธ์นั้น บุคคลจะต้องกระทำการบางอย่าง เช่น อาจจะทำ การเปลี่ยนทัศนคติของตนเอง หรือเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลอื่น หรือ เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

นอกจากทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น พบว่า ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาวัตร คมพัยค์ (2527) กลุ่มศึกษาปัญญาหา (2526) และภักดี โนริศิริ (2527) ซึ่งได้ศึกษา

สาเหตุของการใช้ยาของลดไข้แก้ปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการปวดศีรษะหรือเป็นไข้ นอกจากนี้เกี่ยวกับการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาแก้ปวดต่างชนิดกันพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนัตรา ชาติบัญชาชัย (2533) ซึ่งกล่าวว่า ชาวบ้านเชื่อว่า ยาของโดยเฉพาะชนิดผงจะแรงกว่าชนิดเม็ด และเชื่อว่าทันใจกับปวดหาย มีความแรงไม่เท่ากัน ส่วนพาราเซตามอลนั้นในความรู้สึกของชาวบ้าน จัดว่าเป็นยาที่ออกฤทธิ์ช้าที่สุดและไม่ค่อยนิยมใช้เป็นยาแก้ปวด

สำหรับการใช้ยาของร่วมกับสารชนิดอื่นเช่น น้ำผึ้งนั้น ใกล้เคียงกับการศึกษาของสารภี ลีประเสริฐ (2531) ซึ่งพบว่ามีการใช้ยาของในการบำบัดอาการอื่น ๆ ได้เช่น ยาทมิฬผสมน้ำปลาแก้บิด หรือใช้ผสมกับเหล้าขาวบรรเทาอาการไอ ซึ่งเป็นการผ่านกระบวนการของการสื่อสารแบบหลายขั้นตอน และนำมาสู่การลองผิดลองถูก และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง เมื่อได้ผลเป็นที่น่าพอใจจะนำไปสู่การยอมรับและมีการบอกเล่าต่อ ๆ กันไป ตามทฤษฎีของการเรียนรู้ทฤษฎีการแก้ปัญหา และความริเริ่มสร้างสรรค์ ดังการศึกษาของ ประภาณี สุวรรณ (2534)

สำหรับการใช้ยาของในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพนั้น พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ลือชัย ศรีเงินยวง (2534) ซึ่งกล่าวว่า ยาของถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้สามารถทำงานหนักได้นาน และมีการเปรียบเทียบยาของแก้ปวดว่าเป็น "ม้าเราดิ ๆ นี้เอง" และในระบบการจ้างงาน สิ่งที่เจ้าของจะเตรียมไว้บริการแรงงานที่ถูกจ้างมาก็คือ ยาแก้ปวดและพบว่าในปัจจุบันนี้ ประเทศไทยมีสารกระตุ้นที่ถูกกฎหมาย ที่มีแนวโน้มว่าจะนำมาใช้ในการนี้มากเพิ่มขึ้นนั่นคือ เครื่องดื่มชูกำลังประเภทต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตาม เครื่องดื่มชูกำลังไม่อาจทดแทนได้ทั้งหมดโดยเฉพาะกับชาวนา ชาวไร่ หรือผู้ใช้แรงงานในชนบท เนื่องจากราคาแพงเมื่อเทียบกับค่าแรงต่อวัน ดังนั้น ยาแก้ปวดจึงถูกเลือกใช้เพื่อการนี้แทน เพราะราคาถูก หาง่าย ใช้สะดวก นอกจากนี้ พบว่า ผลการศึกษายังมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ สารภี ลีประเสริฐ (2531) ซึ่งกล่าวว่า มีการใช้ยาของร่วมกับยากระตุ้นประสาทเช่น โคบาล หรือกระทิงแดง และจากพฤติกรรมการใช้ยาของเฉพาะสำหรับการกระตุ้นการทำงานนี้ ทำให้เกิดลักษณะของการใช้ยาแก้ปวดคือ ใช้เฉพาะในช่วงที่ต้องทำงานหนักเช่น เฉพาะฤดูทำนา หรือฤดูเก็บเกี่ยว ถ้าอยู่ในช่วงที่ว่างงานอาจไม่ใช้ หรือมีการใช้ลดลง

ในด้านลักษณะของยา และวิธีการใช้ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนัตรา

ชาติบัญญัติ (2533) ซึ่งพบว่าชาวบ้านมีความสามารถประเมินประสิทธิภาพของยาได้จากรูปแบบของยา เช่น บางคนพอใจยาผง เพราะเมื่อสัมผัสแล้วให้ความรู้สึกถึงรสชาติ หรือการประเมินความแรงของยา พบว่าชาวบ้านมีความสามารถในการสื่อความหมาย และมักเข้าใจกันเองในหมู่บ้าน โดยอาการที่สื่อออกมา เช่น การบิ๊บหัวใจ หรือเป็นมวน ๆ ในท้อง แต่สิ่งที่สามารถรับรู้จากประสบการณ์การใช้ที่พบเห็นอยู่เสมอ ความวัดความแรงจากความเร็วในการบรรเทาอาการปวด

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโทษของยาของนั้น สามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) ซึ่งกล่าวว่าองค์ประกอบของการรับรู้ นอกจากสิ่งเร้าแล้วยังประกอบด้วย การใส่ใจของบุคคลต่อสิ่งเร้า นั้น และการรับรู้จะแสดงถึงลักษณะของสิ่งของในด้านรูปร่าง เสียง ความรู้สึก รส และกลิ่น และการรับรู้ขึ้นอยู่กับ การเลือกรับของบุคคล ซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าข่าวสารใด ควรจะยอมรับ เพราะกระบวนการทางการศึกษาจะไม่เริ่มขึ้นเลย ถ้าหากข่าวสารที่ส่งไปนั้น ไม่ถูกรับรู้จากบุคคลตั้งแต่ระยะแรก และไม่เพียงแต่บุคคลมีแนวโน้มที่จะกลั่นกรองข่าวสาร หรือไม่ยอมรับข่าวสารที่จะทำให้อตนเองไม่มีความสุข แต่ข่าวสารที่บุคคลรับไว้นั้นอาจถูกบิดเบือน เพราะเหตุที่บุคคลนั้นจะดูเฉพาะสิ่งที่เขาต้องการจะดู และรับรู้เฉพาะข่าวสารที่ตรงกับความต้องการหรือสนใจ หรือตรงกับความคาดหวังของเขาเท่านั้น

2.9 การกระจายยาของภาครัฐและเอกชน

จากการศึกษาพบว่า การกระจายยาของภาครัฐของชุมชนได้แก่ กองทุนยา ซึ่งเคยเปิดดำเนินการนั้น ไม่ได้ได้รับความนิยมจากประชาชนเท่าที่ควร ประกอบกับปัญหาด้านการดำเนินการ กองทุนยาจึงล้มไปในที่สุด ดังนั้น แหล่งบริการด้านยาของประชาชนส่วนใหญ่จึงใช้บริการจากร้านขายของชำ และร้านขายยาทั่วไป เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษพบว่า ผู้ใช้ยาส่วนใหญ่จะซื้อยาจากร้านขายของชำ ซึ่งมีทั้งหมด 11 แห่งในชุมชน (อยู่ในเขตชุมชน 9 แห่ง อยู่นอกเขตชุมชน 2 แห่ง คิดเป็นจำนวนแหล่งขายยาต่อหลังคาเรือนเฉลี่ย 1 แห่งต่อ 15 หลังคาเรือน) โดยจะเลือกร้านที่อยู่ใกล้กับบ้านของตนมากที่สุด และมักจะเป็นร้านที่จะซื้อเป็นประจำ และจะพบในกลุ่มตัวอย่างที่มีได้ประกอบอาชีพใด ๆ หรือประกอบอาชีพในบริเวณชุมชน สำหรับผู้ใช้ยาบางราย ที่ต้องออกไปประกอบอาชีพนอกชุมชน พบว่ามีการใช้บริการด้านแหล่งยาร้านขายของชำในชุมชน (ซึ่งมักเป็นร้านประจำ) และร้านขายยาที่อยู่นอกชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะซื้อ

บริเวณตลาดประตูเชียงใหม่ มีเพียงรายเดียวที่นิยมซื้อบริเวณตลาดเมืองใหม่ เนื่องจากประกอบอาชีพอยู่บริเวณนั้น การไปซื้อยาของผู้ใช้ยาพบว่า ส่วนใหญ่มักไปซื้อด้วยตนเอง มีบางรายที่บางครั้งอาจอาจให้वानให้ลูกหลานไปซื้อมาให้ ซึ่งผู้ใช้ยาบางรายเล่าว่า

"ปกติก็ซื้อตามร้านทั่วไปในตลาดเมืองใหม่ เพราะถ้าไปขายของที่นั่นในตลาดมีร้านที่ขายยาของเขอะแยะ บางร้านก็ไม่ใช่ร้านขายยาหรอก แต่เป็นร้านขายของชำ ร้านขายอุปกรณ์พลาสติก ร้านขายเหล้า เค้าก็มียาของขายทั้งนั้นแหละ"

"ยาพาราโน้ย ซื้อที่ร้านชำข้างบ้านนี่เอง ใกล้เคียง ๆ ไม่ต้องเดินไกล เป็นบ้านของหลานเขต ส่วนใหญ่เดินไปซื้อเอง เป็นการออกกำลังไปในตัว ยาก็เม็ดละ 50 สตางค์ ซื้อวันละ 3 บาทมั้ง 4 บาทมั้ง"

"ส่วนใหญ่ซื้อร้านชำใกล้เคียง ๆ บ้าน บางทีก็เกียจไปซื้อเอง ก็ให้หลานไปซื้อ (หลานอายุ 4 ขวบ) บางทีก็เดินไปซื้อเอง"

นอกจากนี้ จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยาของแก้ปวดโดยตัดคาเฟอีนออกจากสูตรนั้น ทำให้เกิดการขาดตลาดของยาของแก้ปวดไปช่วงเวลาหนึ่ง แต่จากการสอบถามการใช้ยาในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่า ผู้ใช้ยาบางรายยังมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากยังมีการลักลอบกระจายยาของในร้านขายยา และร้านขายของชำบางแห่งซึ่งอยู่นอกเขตชุมชน ดังที่ผู้ใช้ยารายหนึ่งกล่าวว่า

"ตอนนั้นเค้าห้ามขายอยู่พักหนึ่ง ความจริงจะอดยาตั้งแต่ตอนนั้นเลยก็ได้เนาะ ถ้ามันไม่มีขาย แต่ก็ยังมีการลักขายนได้ มันอดขายไม่ได้หรอก คนเคยกินมันยังต้องกินอยู่"

"ตอนที่เค้าห้ามขาย ก็อดไปพักหนึ่งนะ แต่ที่บ้านนอกบางแห่งเค้ายังมีขายอยู่ ลูกสาวไปเอาจากบ้านนอกมาให้ เลยอดได้ไม่นานหรอก"

จากการศึกษาทำให้พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาของในกลุ่มตัวอย่าง นอกจากความล้มเหลวในการกระจายยาของภาครัฐ เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมแล้ว ยังเกิดจากระบบการกระจายยาของภาคเอกชน ที่ขาดการควบคุมการจำหน่ายเกิดระบบการค้ายาที่เสรี มีผลทำให้การซื้อยาประเภทต่าง ๆ รวมทั้งยาของแก้ปวด สามารถกระทำได้โดยง่ายและสะดวก ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในชุมชนใด หรือต้องการใช้เมื่อใดและวิธีการซื้อยาก็สามารถไปซื้อได้ด้วยตนเอง หรือสามารถฝากผู้อื่นไปซื้อให้ แม้กระทั่งเด็กอายุ 4-5

ชวบ ก็สามารถซื้อยาดังกล่าวได้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ยา

จากการศึกษาพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ลำสิ ใจดี (2519) พิมพวัลย์ ปริตาสวัสดิ์ (2530) วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2533) ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533) สุนัตราชาติบัญญัติ (2533) และเน็ญจันทร์ ประดับมุข (2534) ซึ่งกล่าวว่า การซื้อยาจากร้านค้าของชำเพื่อการรักษาตนเองเป็นพฤติกรรมหลักในการดูแลสุขภาพของตนเองมากที่สุดซึ่ง สารภี ลีประเสริฐ (2531) กล่าวว่า ยาแก้ปวด เป็นยาแผนปัจจุบันที่มีผู้ใช้กันอย่างไม่ถูกต้องมากที่สุด ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท เนื่องจากความสะดวกสบายทั้งในแง่การหาซื้อและการบริโภค ซึ่งจากการสำรวจเกี่ยวกับแหล่งกระจายยาในชุมชนของ พงษ์พิสุทธิ (2533) ที่อุบลราชธานี พบจำนวนแหล่งขายยาเฉลี่ยต่อหมู่บ้านมากถึง 7.1 แห่งต่อหมู่บ้าน หรือ 1 แห่งต่อ 21 หลังคาเรือน เป็นร้านค้าของชำ และพบว่ายาที่ขายดีที่สุดคือยาแก้ปวด นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของลือชัย ศรีเงินยวง (2534) ซึ่งกล่าวว่า การกระจายยาในภาคเอกชน โดยเฉพาะร้านขายยามากกว่า 8,000 แห่ง และร้านชำซึ่งขายยาโดยผิดกฎหมาย และกระจายอยู่ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศกว่า 150,000 แห่งคือ ช่องทางการกระจายยาที่สำคัญถึงกว่า 60% ของยาทั้งหมด และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2527) ได้กล่าวว่า ระบบการกระจายยาโดยเสรีของภาคเอกชน ทำให้การซื้อขายยาในปัจจุบันทำได้ง่าย และสะดวก สามารถหาซื้อยาได้จากร้านขายของชำหรือร้านขายสุราได้อย่างเสรี และสอดคล้องกับความนิยมในการรักษาตนเองของคนไทย

3. ผลกระทบของการตัดคาเฟอีนออกจากสูตรตำรับของยาของลดไข้แก้ปวดชนิดผง

การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการตัดคาเฟอีน ออกจากสูตรตำรับยาของลดไข้แก้ปวดชนิดผงนี้ ได้แบ่งลักษณะการศึกษาที่จะนำเสนอเป็น 2 ประเด็นดังนี้คือ

- 3.1 การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อการเปลี่ยนแปลงแก้ไขสูตรตำรับยาของแก้ปวด
- 3.2 ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาของของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อการเปลี่ยนแปลงแก้ไขสูตรตำรับยาของแก้ปวด

ผลการศึกษาด้านการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสูตรของยาของแก้ปวดนี้ พบว่าผู้ใช้อย่างส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงสูตรยาของ โดยการตัดคาเฟอีนออกจากสูตรตำรับ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้ยาบางรายได้ให้ข้อสังเกตว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างที่ผิดปกติไปจากยาของแบบเดิมที่ตนเคยใช้เป็นประจำ ทำให้ผู้ใช้ยาบางรายเข้าใจว่ามียาของรุ่นใหม่ แบบใหม่ โดยจะแบ่งข้อสังเกตของผู้ใช้ยาในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

3.1.1 ข้อสังเกตในด้านลักษณะภายนอกบรรจุ ปริมาณตัวยา โดยที่ผู้ใช้ยาให้ข้อสังเกตว่า

"ลักษณะของรุ่นใหม่จะเล็กกลงกว่าเดิม บางลงกว่าเดิม จับตุ้มนู เพราะรู้สึกว่ามีมันไม่เคยมีมือ รุ่นเก่าที่จับดูแล้วของจะหนักกว่า แสดงว่ายาของรุ่นใหม่มีตัวยาลดลง"

"ยาของแบบเก่า ของจะใหญ่กว่าและของเป็นกระดาษที่เปียกน้ำไม่ได้ เพราะจะทำให้ยาข้างในเปียกด้วย แต่แบบใหม่นี้ของเล็กกลง และดีกว่าในแง่ที่กันน้ำได้"

3.1.2 ข้อสังเกตจากประสบการณ์การใช้ โดยที่ผู้ใช้ยาเล่าว่า

"รู้สึกว่ายานี้ยาของรสมันไม่เหมือนเดิมคือ รสเปรี้ยวจะน้อยลง และรสฝาดหายไป ซึ่งความแรงของยาจะอยู่ตรงที่รสฝาดนี้แหละ"

"รู้ว่ายามันเปลี่ยนไป เพราะเดี๋ยวนั้นรสชาติไม่เปรี้ยวเหมือนเมื่อก่อน"

3.1.3 ข้อสังเกตด้านการกระจายยาและราคาขาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า

"มีอยู่ช่วงหนึ่งที่เค้าห้ามขาย ประมาณเดือนกันยายนปีที่แล้ว (พ.ศ.2534) แต่เลิกขายเพียงช่วงสั้น ๆ ประมาณ 3-4 เดือน พอเอามาขายก็ราคาแพงขึ้น แต่ช่วงที่ห้ามขายบางร้านก็แอบขาย เพราะคนไปขอซื้อเรื่อย ๆ"

"เค้าห้ามขายอยู่นักหนึ่ง เมื่อปีที่แล้ว (พ.ศ.2534) แต่ป่าอดไม่นานหรอก เพราะลูกสาวเข้าไปเอาจากบ้านนอกมาให้กิน ที่บ้านนอกเค้าซื้อติดบ้านไว้เป็นกล่อง ๆ"

แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้ใช้ยาบางรายมีการรับรู้ว่าการตัดตัวยางานตัวออก แต่ไม่ทราบว่า เป็นตัวยานิดใด หรือชื่ออะไร ซึ่งปัจจัยที่นำมาสู่การรับรู้ที่พบว่า การสื่อสารแบบไม่เป็น

ทางการจะมีบทบาทมากกว่าการสื่อสารแบบเป็นทางการ เพราะผู้ใช้งานส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลดังกล่าวจากญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อนร่วมอาชีพ ซึ่งผู้ใช้งานบางรายได้เล่าว่า

"พวกแม่ค้าที่ตลาดเค้าพูดกันว่า มีการเปลี่ยนสูตรยาของคือรุ่นใหม่เค้าตัดตัวยาที่เป็นอันตรายออกไป รุ่นใหม่นี้จึงกินได้อย่างปลอดภัยสบายใจได้ ป้าก็คิดแบบนี้แหละ"

"แฟนบ๊า เค้าไปทัศนศึกษาในฐานะที่เป็นกรรมการชุมชนที่บริษัท.....(บริษัทฯ แห่งหนึ่ง) ทางบริษัทบอกว่า ยาของที่บริษัทนี้ผลิต สูตรเดิมห้ามขาย เพราะมียาเสพติด แต่จำไม่ได้ว่าชื่อยาอะไร ตอนนั้นเค้าตัดยาเสพติดออกไปแล้วจึงขายได้ ทางบริษัทยังบอกว่ารายได้เกี่ยวกับการขายยาของแก้ปวดของบริษัทจะลดลง"

นอกจากนี้ มีบางรายที่กล่าวว่า จำไม่ได้ว่าใครบอก เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสูตร ซึ่งเล่าว่า

"ได้ยินมาว่าเค้าจะเอาที่เปรี้ยว ๆ (ส้ม ๆ) ออก ซึ่งเดี๋ยวนี้รสไม่เปรี้ยวแล้ว เค้าว่ายาที่มีรสเปรี้ยวนี้แหละที่เป็นตัวบิบบหัวใจ แต่ถึงอย่างไรแม้มันไม่ได้กินมากแค่วันละ 3-4 ของ คนอื่นเค้ากินวันละ 5-6 ของ ก็คงมีบ้างที่มันบิบบหัวใจ"

นอกจากการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการแล้ว พบว่ามีผู้ใช้งานเพียง 1 รายที่ได้รับการสื่อสารแบบเป็นทางการ และเป็นรายเดียวที่ทราบว่ามีการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยาของแก้ปวดโดยมีการตัดคาเฟอีนออกจากสูตร โดยเล่าว่า

"เคยเห็นในทีวีเค้าออกข่าวว่า ยาของแก้ปวดสูตรเดิมมีคาเฟอีนผสมและเป็นตัวทำให้เกิดยา เค้าจึงห้ามขาย แต่รุ่นใหม่นี้ขายได้เพราะเค้าตัดคาเฟอีนออกไปแล้ว และเมื่อก่อนอ้ายเคยอ่านฉลากข้างของปวดหาย เค้าก็เขียนว่ามีคาเฟอีนผสม(เขียนเป็นภาษาไทย) แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีคำว่า คาเฟอีนแล้ว แต่ที่หน้าของเค้าเขียนว่า 21 E"

แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ใช้งานบางราย นอกจากจะมีได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสูตรยาแก้ปวดแล้ว ยังมีได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยให้ความเห็นว่า

"ไม่รู้หรอกเรื่องเปลี่ยนสูตรอะไรนี่ รสชาติก็เหมือนเดิม ยาก็แรงเหมือนเดิม ของยาก็ไม่เคยอ่านอยู่แล้ว แต่ถึงเค้าจะเปลี่ยนสูตรก็ไม่ค่อยสนใจ ขอให้มันเป็นชื่อปวดหายเท่านั้นก็กินหมดแหละ"

3-2 ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยาของแก้ปวดต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาของของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของลดไข้แก้ปวด หลังการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับ โดยมีการเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการใช้ยาของลดไข้แก้ปวด ก่อนการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับในผู้ช้ยา 6 ราย ที่มีการใช้ยาของสูตรใหม่พบข้อสรุปดังนี้

3.2.1 ปริมาณการใช้ยาของต่อวันระหว่างก่อนและหลังการเปลี่ยนสูตร พบว่า ผู้ใช้ยาทุกรายมีการใช้เท่าเดิม เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำให้หายจากอาการปวดเท่าเดิม และระยะเวลาในการออกฤทธิ์เท่าเดิม เช่นมีผู้ให้ความเห็นว่า

"ยาของเดี๋ยวนี้นั้นไม่ค่อยเปรี้ยว ผงยาก็น้อยลง แต่รู้สึกว่าการออกฤทธิ์ของยาเหมือนเดิม หายไวเหมือนเดิม คิดว่าคุณภาพคงจะดีพอ ๆ กัน"

"จะรุ้นเก่ารุ้นใหม่ ขอให้กินแล้วหายปวดก็ใช้ได้ทั้งนั้น รุ้นใหม่นี้กินไปแล้วมันก็เหมือนเดิมนะ บ้าก็กินวันละซองเหมือนเมื่อก่อน"

3.2.2 ทัศนคติในด้านรสชาติของยาของสูตรใหม่ พบว่า บางรายกล่าวว่า มีรสชาติเหมือนเดิม แต่ส่วนใหญ่กล่าวว่ามีรสเปรี้ยวน้อยลง และมักจะนิยมรสชาติแบบเก่ามากกว่า ซึ่งบางรายให้ทัศนคติว่า

"รุ้นใหม่นี้เสียอย่างเดี๋ยวนคือ รสมันไม่ค่อยเปรี้ยวกินแล้วตาไม่แฉ่ง แต่รุ้นเก่านี้รสเปรี้ยวมากกว่ากินแล้วตาแฉ่งดี"

3.2.3 เกี่ยวกับลักษณะของภาชนะบรรจุ ซึ่งส่วนใหญ่กล่าวว่ามีขนาดเล็กลงนั้น ไม่มีผลต่อการใช้ยา แต่บางรายที่กล่าวว่าชอบภาชนะบรรจุของยาของรุ้นใหม่มากกว่า โดยให้ความเห็นว่า

"ซองยารุ้นใหม่นี้ดีกว่า กันน้ำได้ไม่ต้องระวังมาก รุ้นเก่านี้ ถ้าซองเปียกน้ำยาข้างในจะพลอยเปียกไปด้วย"

3.2.4 เกี่ยวกับด้านราคาขายที่มีราคาแพงขึ้นในยาของรุ้นใหม่ พบว่าแม้ว่าบางรายจะบ่นถึงราคาที่แพงขึ้น แต่ทุกรายก็มีความยินดีและเต็มใจที่จะจ่าย โดยให้ความเห็นว่า

"ถึงราคาจะแพงขึ้น แต่เราก็ใช้ว่าจะกินมาก แคว้นละ 3-4 ซองเท่านั้น"

"ถึงยาจะแพงขึ้น ก็ต้องกินทำยังไงได้ แล้วไปประหยัดทางอื่นแทนเพราะถ้าไม่

กินมันจะปวดขึ้นหัว เวียนหัว ถึงแพงก็ต้องกิน"

3.2.5 ทักษะคิดต่อการเปลี่ยนแปลงสูตร ในด้านประสิทธิภาพพบว่า บางรายกล่าวว่าไม่ว่าจะเป็นสูตรใดก็ตาม ขอให้ยานี้มีชื่อเดิมเหมือนที่ตนเคยใช้ก็พอ เช่น ปวดหายหรือทันใจ และขอเพียงถ้าใช้แล้วสามารถแก้ปวดได้ก็พอ นอกจากนี้สำหรับบางรายที่มีการรับรู้ว่าการตัดตัวยาที่มีโทษออก แต่ตนก็ไม่ได้สนใจต่อการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เพราะแต่เดิมตนก็มีได้กล่าวการใช้ยาสูตรเก่าอยู่แล้ว ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงจึงไม่เกี่ยวข้องหรือมีผลกับตน โดยให้ความเห็นว่า

"การตัดคาเฟอีนออก ไม่คิดว่าจะทำให้ตัวยาดีขึ้น มันก็คงเหมือนกัน เพราะเดิมก็ไม่กลัวคาเฟอีนอยู่แล้ว"

"เค้าว่าจะตัดยาเสนต์ออก เพราะมันมีโทษ แต่ถ้าจะให้กินแบบเก่าอีกก็ไม่กลัวนะเพราะกินมาตั้งแต่สี่สิบกว่าปีไม่เห็นเป็นอะไรเลย แบบใหม่นี้ก็งั้น ๆ แหละ คิดว่ามันเหมือนเดิม"

นอกจากนี้พบว่า บางรายมีความพอใจในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาของรุ่นใหม่มากกว่า ซึ่งเกิดจากความเบี่ยงเบนในการแปรผลของข้อมูลข่าวสาร เช่น ผู้ใช้ยาบางรายให้เหตุผลว่า

"พวกแม่ค้าที่ตลาด เค้าพูดกันว่าการเปลี่ยนแปลงสูตรยาของคือ รุ่นใหม่เค้าตัดตัวยาที่เป็นอันตรายออกไป รุ่นใหม่จึงกินได้อย่างปลอดภัย แล้วสบายใจ บ้าก็คิดแบบนี้แหละ แพนบ้าเค้าก็พูดยังงี้"

"ยาของรุ่นใหม่นี้กินแล้ว เส้นสายมันตึงดีกว่ารุ่นเก่า ถ้าไม่กินเส้นมันจะหย่อน"

นอกจากผู้ใช้ยาที่มีการใช้ยาเป็นประจำแล้ว พบว่าในผู้ใช้ยาที่มีได้ใช้ยาของแก้ปวดในปัจจุบัน เนื่องจากไม่ได้อยู่ในช่วงที่ต้องพึ่งยาสำหรับเป็นยากระตุ้นให้เกิดแรงในการทำงาน ได้ให้ทัศนคติต่อยาของที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงสูตรนี้ว่า

"สำหรับยาสูตรใหม่ ก็ไม่แน่ใจว่าจะมีประสิทธิภาพเหมือนเดิมหรือไม่ ถ้าต้องกลับเข้าไปทำงานในป่าอีก ก็ต้องดูจากเพื่อน ๆ ที่ไปด้วยกันว่าเค้าใช้ยาของอยู่หรือปล่าว ถ้าเพื่อนกิน เราก็ต้องกินเหมือน ๆ กัน แต่ในความรู้สึกของผม ผมคิดว่าประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้มีแรงน่าจะเหมือนเดิม"

จากผลการศึกษา สามารถประเมินได้ว่าการตัดคาเฟอีนออกจากสูตรตำรับยาของมีแนวนั้นน่าจะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและวิธีการใช้ยาของของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งทางด้านชนิดของยาของ (ไม่มีการนำยาหรือสารชนิดอื่นมาใช้ทดแทน) หรือวิธีที่ใช้ เวลาที่ใช้ ปริมาณที่ใช้ แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านรสชาติ ลักษณะของยา หรือปริมาณผงยา พฤติกรรมการใช้ยายังดำเนินไปตามปกติ เช่นเดียวกับก่อนการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับ และพบว่า แม้ว่าผู้ให้ยบางรายจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตัดคาเฟอีนออกจากสูตร แต่ผู้ให้ยาก็ไม่ได้สนใจคาเฟอีนมากไปกว่าชื่อของยาของ หรือลักษณะของยาของ หรือสิ่งที่คุ้นเคยที่สามารถบรรเทาอาการปวดเป็นประจำของตน นอกจากนี้ยังพบว่า ข้อมูลการตัดคาเฟอีนออก ทำให้ผู้ให้ยบางรายเข้าใจว่ายาของเป็นยาที่ปลอดภัยสำหรับการใช้มากขึ้น

และสิ่งที่สนับสนุนอีกประการหนึ่งของข้อสรุปที่ว่า การมีพฤติกรรมการติดยาของของกลุ่มตัวอย่างไม่น่าจะมีสาเหตุมาจากคาเฟอีน เนื่องจากการมีผู้ให้ยารายหนึ่งเคยใช้ยาของเป็นประจำมานานกว่า 30 ปี และในช่วงเวลาดังกล่าว ถ้าวันใดไม่ได้ใช้ยาของจะมีอาการคล้ายการขาดยา จึงต้องใช้เป็นประจำ แต่ต่อมาผู้ให้ยารายนี้มีปัญหาเกี่ยวกับการเกิดโรคกระเพาะอาหาร ทำให้สมาชิกในครอบครัวแนะนำให้ใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่นที่สามารถใช้บรรเทาอาการปวดเมื่อย และไม่มีผลต่อโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งยาที่แนะนำให้ใช้คือ ยานพาราเซตามอล และผู้ให้ยาได้ทดลองใช้ผลของการใช้พบว่ายานพาราเซตามอลสามารถทดแทนประสิทธิภาพของยาของแก้ปวดได้ทุกประการ โดยที่ผู้ให้ยาไม่มีอาการขาดคาเฟอีนแต่ประการใดและผู้ให้ยาได้ใช้ยานพาราเซตามอล 2 เม็ดแทนการใช้ยาของ 1 ซองมาเป็นเวลานานกว่า 3 ปี

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านขายของชำ จำนวน 9 แห่งที่จำหน่ายยาของพบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่กล่าวว่า ยาของที่ผู้บริโภคนิยมใช้มากที่สุดคือ ยาของยี่ห้อปวดหาย รองลงมาคือทมิใจ แต่ยอดการจำหน่ายของยาของทั้งสองยี่ห้อในภาพรวม หลังการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยาของมิได้ลดลง หรือเพิ่มขึ้น มีเพียงบางร้านที่กล่าวว่ายอดการจำหน่ายยาปวดหายลดลงเล็กน้อย เนื่องจากผู้บริโภคกล่าวว่า รสชาติจืดลงจึงเปลี่ยนมาใช้ยาของยี่ห้อทมิใจ ซึ่งมีรสเปรี้ยวมากกว่า นอกจากนี้พบว่า ร้านขายของชำบางร้านมียอดการจำหน่ายยาของทั้ง 2 ชนิดลดลง เนื่องจากการก่อสร้างตึกแถวบริเวณใกล้เคียงชุมชนได้เสร็จสิ้นลงทำให้กลุ่มกรรมกรก่อสร้าง ซึ่งเคยมาอุดหนุนยาของ เป็นประจำ ขณะที่ทำงานในบริเวณนั้น ได้โยกย้ายออกไปจาก

บริเวณดังกล่าว ทำให้ยอดการจำหน่ายลดลง

ผลการศึกษาพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาตามทฤษฎีการรับรู้ของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ผลของการรับรู้มีไ้จะเกิดขึ้นตามที่ข้อมูลข่าวสารต้องการจะให้เกิดขึ้นเสมอไป เพราะในกระบวนการรับรู้จะขึ้นอยู่กับความใส่ใจของบุคคลที่แสดงความรู้สึกรู้สึกต่อข้อมูลข่าวสารนั้น และการรับรู้จะแสดงถึงลักษณะของสิ่งของในด้านรูปร่าง เสียง รส กลิ่นและความรู้สึก นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้ขึ้นอยู่กับ การเลือกรับของบุคคลซึ่ง เป็นตัวกำหนดว่าข่าวสารใดบุคคลจะยอมรับหรือไม่ยอมรับ และไม่เพียงแต่บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกลั่นกรองข่าวสารหรือไม่ยอมรับข่าวสารที่จะทำใหตนเองไม่มีความสุข หรือข่าวสารนั้น ไม่มีความหมายต่อตนเองเท่านั้น แต่ข่าวสารที่บุคคลรับไว้ได้อาจถูกบิดเบือน เพราะเหตุที่บุคคลจะดูเฉพาะสิ่งที่เขาต้องการจะดู และรับรู้เฉพาะข่าวสารหรือส่วนของสิ่งเร้าที่ตรงกับความต้องการ ความสนใจหรือความคาดหวังของเขาเท่านั้น

นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับการสื่อความหมายเพื่อต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Hovland and Weiss, 1951 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) ซึ่งกล่าวว่าการสื่อความหมายที่มีประสิทธิภาพนั้น จะขึ้นอยู่กับตัวแปร 3 ตัวแปรคือ 1) ความเชื่อถือได้ของแหล่งข่าว 2) ลักษณะของข่าวสาร และ 3) บุคลิกลักษณะของผู้รับข่าวสาร ซึ่งตัวแปรด้านแหล่งข่าวนั้นพบว่า ยิ่งข่าวมีความน่าเชื่อถือมากเท่าใด จะทำให้ผู้รับข่าวสารเปลี่ยนแปลงทัศนคติมากขึ้นเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทัศนคติควรคำนึงถึงบุคลิกลักษณะของกลุ่มผู้รับข่าวสารที่เข้าต่อการเปลี่ยนแปลง (Sleeper effect) ซึ่งอาจจะสืบเนื่องมาจากการที่ผู้รับข่าวสารบางอย่างมาเป็นระยะเวลาานาน จึงทำให้ได้เฉพาะข่าวสารบางข่าวสารซึ่งเพิ่งได้รับ ซึ่งผลการศึกษาจะพบได้อย่างชัดเจนว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารในด้านประโยชน์ของการใช้ยาของมาเป็นระยะเวลาานาน ดังนั้น เมื่อได้รับข่าวสารใหม่ จึงมีการกลั่นกรองข่าวสารนั้น และมีการตีความของข่าวสารในด้านที่ตรงกับข่าวสารเดิมที่ได้รับ และเพื่อให้ตรงกับความต้องการหรือความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารตามที่ตนต้องการ

นอกจากด้านบุคลิกลักษณะของผู้รับข่าวสารแล้ว พบว่า องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาของผู้รับข่าวสารที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ก็มีความสำคัญต่อประสิทธิผลของการสื่อข่าวสารอีกประการหนึ่ง เพราะกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ ชอบความคงที่ ความแน่นอนในด้านความสัมพันธ์ของเขากับ

สิ่งแวดล้อมอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีมาช้านาน การที่บุคคลได้รับข่าวสารที่แตกต่างไปจากเดิมจะทำให้เกิดภาวะความขัดแย้ง ดังนั้น เพื่อที่จะทำให้เกิดภาวะที่กลมกลืนเข้ากันได้กับความสัมพัทธ์นั้นต่อไป บุคคลจะต้องกระทำบางอย่าง เช่น อาจจะทำ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเอง เปลี่ยนทัศนคติของบุคคลอื่น เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลข่าวสาร

และจากการศึกษาตามทฤษฎีการแก้ปัญหาและความริเริ่มสร้างสรรค์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการไม่สามารถที่จะระบุปัญหาได้อย่างชัดเจนเพียงพอ หรือไม่รับรู้ต่อปัญหานั้น หรือมีทัศนคติและข้อสรุปที่ผิดซึ่งเกิดจากข้อมูลที่มีจำกัด และการมองข้ามหรือไม่สนใจกับข้อมูล ตลอดจนการมองปัญหาในแง่แคบโดยไม่พิจารณาด้านอื่น และมีความคิดความเชื่อที่พยายามป้องกันตัวเอง สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้มองปัญหาไม่ชัดเจน

นอกจากนี้ เกี่ยวกับการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ในการมีพฤติกรรมการใช้ยาของแก้ปวด หลังได้รับข่าวสารการเปลี่ยนแปลงสูตรยานั้น พบว่ามีความสอดคล้องกับกระบวนการตัดสินใจของ สุนทรสา ซาติปัญชาชัย (2533) และการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกและผลได้ของ อตุลย์ จาตุรงค์กุล (2526) ซึ่งได้ศึกษาขั้นตอนทางพฤติกรรมก่อนที่ผู้บริโภคจะทำการซื้อสินค้า โดยเริ่มจากการตระหนักถึงปัญหา ซึ่งมีตัวกระตุ้นภายนอกคือ ข่าวสารที่ได้รับ หรือประสบการณ์จะเป็นตัวก่อให้เกิดแรงจูงใจ และนำไปสู่การตระหนักถึงปัญหา จากนั้นผู้บริโภคจะมีการค้นหาภายในกระบวนการทางด้านความคิดที่จะระบุได้ว่า ข่าวสารที่ได้รับมีเพียงพอแล้วหรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอจำเป็นต้องใช้การค้นหาจากภายนอก เช่น ปรึกษาเพื่อน หรือญาติ หรือแหล่งอื่น ๆ เป็นต้น เมื่อคาดว่าข่าวสารที่ได้รับมีความเพียงพอแล้ว ผู้บริโภคจะต้องประเมินผลทางเลือกและจะตัดสินใจว่าจะเลือกซื้อสินค้านั้นหรือไม่ นอกจากอาศัยข้อมูลข่าวสารที่ได้รับแล้ว ยังขึ้นอยู่กับอิทธิพลทางสภาพแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจคือ การยินยอมตามแบบฉบับ อาศัยอิทธิพลที่มีอยู่ได้แก่ การเลือกตามตัวอย่างเพื่อน ญาติ หรือเกิดจากสภาพที่มุ่งหวัง เช่น ปัจจัยทางด้านรายได้ สภาพเศรษฐกิจ ตลอดจนความเชื่อและทัศนคติที่มีอยู่ และกระบวนการสุดท้ายคือ การตัดสินใจเลือกทางเลือก อย่างไรก็ตามอาจจะเกิดอุปสรรคบางประการในการเลือก เช่น การเปลี่ยนแปลงรายได้ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งนอกจากบางรายที่มีความพอใจเมื่อการประเมินผลการเลือกที่ตอบสนองตามความคิดว่าเชื่อของตน แต่บางรายยังเกิดความข้องใจ ซึ่งเป็นสภาวะที่

ผู้บริโภครู้สึกเกิดความสงสัยขึ้นมาว่าทางเลือกที่ตนมิได้เลือก อาจมีอะไรบางอย่างที่ดีกว่าสิ่งที่ตนเคยเลือก ทำให้ผู้บริโภคมักมุ่งมั่นต่อข่าวสารที่จะยืนยันว่า ทางเลือกของตนถูกต้อง และพยายามไม่สนใจต่อข่าวสารที่ก่อให้เกิดความสงสัย

นอกจากทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น พบว่า ผลการศึกษาทั้งสองสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้ยาของแก้ปวดผสมคาเฟอีนเป็นประจำ หลังการตัดคาเฟอีนออกจากสูตรตำรับในเขตอำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาในกลุ่มผู้ใช้เฉพาะยาที่มึใจชนิดผงระหว่างก่อนและหลังการตัดคาเฟอีนออกจากสูตรตำรับพบว่า ผู้ที่เคยใช้ยาดังกล่าวมีการใช้ยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.5 ใช้ปริมาณยาเท่าเดิมร้อยละ 46.3 ใช้ปริมาณยาลดลงร้อยละ 35.2 และจากการทดสอบทางสถิติพบว่า ปริมาณการใช้ยาในอดีตที่มีคาเฟอีนกับภายหลังจากการตัดคาเฟอีนออกจากสูตรตำรับไม่มีความแตกต่างกัน (ชาญชัย จารุภาสน์, 2535) นอกจากนี้ พบว่า ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับสมมุติฐานบางประเด็นจากการศึกษาของ ลือชัย ศรีเงินวง (2534) ในกรณีนี้กล่าวว่าผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยาแก้ปวดนี้ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มของผู้ที่เรียกว่า ติดยา เพราะการติดยานี้มิใช่สาเหตุจากการติดทางกาย (หรือติดคาเฟอีน) แต่เป็นการติดด้วยเหตุผลทางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้ยาแก้ปวดมีสัญลักษณ์และความหมายมากกว่ายาธรรมดา ซึ่งผู้ใช้ยาบางรายได้มองภาพของยาของในลักษณะเป็นสิ่งที่คู่กับความเป็นผู้ใหญ่ ที่ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ เป็นสิ่งที่คู่กับลักษณะการทำงานที่ต้องใช้แรงงาน ในขณะที่ผู้ใช้ยาบางรายเข้าใจว่า ยาของแก้ปวดเป็นสินค้าเพื่อสุขภาพราคาถูกที่ช่วยเหลือเลี้ยงให้มีความแข็งแรงปลอดภัยของชีวิตได้มากขึ้น ดังนั้น แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะบางประการของยา เช่น การตัดคาเฟอีนออก หรือการที่รสชาติเปลี่ยน ลักษณะของยาเปลี่ยน หรือการเปลี่ยนแปลงปริมาณผงยาก็ตาม แต่หน้าที่ทางวัฒนธรรมของยาไม่เปลี่ยน ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาของของกลุ่มตัวอย่าง ยังเหมือนเดิมทุกประการเมื่อเทียบกับพฤติกรรมการใช้ยาของก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับ นอกจากนี้พบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่นำยาอื่นหรือสารกระตุ้นอย่างอื่นมาทดแทน เนื่องจากยาของในปัจจุบัน แม้ว่าจะไม่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน แต่ก็ยังคงทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดีเหมือนเดิมทุกประการ และในบางรายกลับพบว่าทำหน้าที่ได้ดีกว่าเดิมขึ้นไปอีก ซึ่งเกิดจากการเบี่ยงเบนของระบบข้อมูลข่าวสาร ทำให้คาดว่าปริมาณการใช้ยาของของประชาชนในชุมชนแออัด มิได้น้อยลงแต่อย่างใด