

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานการสำรวจสถานการณ์การใช้ยาของประเทศไทย พบว่ามีการบริโภคยากันอย่างฟุ่มเฟือย และเกินความจำเป็น เห็นได้จากการประมาณการบริโภคยาของคนไทยในปี พ.ศ. 2525 มีมูลค่าการบริโภค 17,939 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 69,293 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2533 นอกจากนี้อายุขัยเฉลี่ยในประเทศไทยก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยมีร้อยละบวกเพิ่มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 265 ในปี พ.ศ. 2525 เป็น ร้อยละ 335 ในปี พ.ศ. 2533 ส่วนรายจ่ายค่ายาต่อรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มจาก ร้อยละ 42.8 ในปี พ.ศ. 2525 เป็น ร้อยละ 61.8 ในปี พ.ศ. 2530 (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535 : 46-47) สถานการณ์ปัญหาดังกล่าว อาจเกิดเนื่องจาก สถานบริการและบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐบาล ยังมีปริมาณและการกระจายไม่ครอบคลุม ประชากรอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน จะเห็นได้จากการที่สถานบริการสาธารณสุขยังกระจุกอยู่ที่ กรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ๆ ผลสืบเนื่องมาจากการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐไม่ครอบคลุมเพียงพอ แต่ประชาชนมีความต้องการมาก จึงเป็นช่องทางให้ธุรกิจเอกชนเข้ามาสวมบทบาทเป็นผู้ให้บริการแทนและได้กลายเป็นส่วนสำคัญในการให้บริการยาไปในที่สุด จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2527 พบว่ามูลค่าการบริโภคยาผ่านเอกชนมีจำนวนถึง 17,000 ล้านบาท จากมูลค่าการบริโภคทั้งหมด ประมาณ 25,000 ล้านบาท การบริการยาภาคเอกชนที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไปได้แก่ ร้านขายยาทุกประเภท ซึ่งมีส่วนแบ่งการตลาดประมาณ 15,000 ล้านบาท เพราะให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว ให้บริการเป็นกันเองและเสียเงินน้อยกว่าการไปโรงพยาบาล (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2529 : 93) และอาจกล่าวได้ว่า ในเรื่องของ การรักษาตนเอง ด้วยตนเองด้วยการซื้อยากินเอง เป็นทั้งวัฒนธรรมสากลและเป็นพฤติกรรมการรักษาพยาบาลที่แพร่หลายมากในประเทศไทย (วิชา กุลสมบุรณ์, 2532 : 49) โดยเฉพาะประชาชนในชนบทมี

พฤติกรรมการณ์ซื้อยารักษาตนเองมาก (ลำลี ใจดีและคณะ, 2523 :1) นอกจากนั้นการส่งมอบยาผ่านทางร้านขายยาให้กับผู้บริโภค มิได้กระทำโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเรื่องยา (จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์, 2525 : 16) ซึ่งจากการสำรวจของโครงการวิจัย "ความต้องการเภสัชกรในร้านขายยาแผนปัจจุบัน" พบว่าส่วนใหญ่หรือร้อยละ 80.11 ของร้านขายยาแผนปัจจุบันเป็นร้านขายยาที่เจ้าของมิได้เป็นเภสัชกร โดยทั่วไปร้านขายยาเหล่านี้จะมีผู้ช่วยขายยา (ยกเว้นเจ้าของและเภสัชกร) 1-2 คน ส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาชั้นมัธยม มีเพียงส่วนน้อยหรือร้อยละ 12.98 ที่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเรื่องยา และมีร้านขายยาแผนปัจจุบันเพียงร้อยละ 3.82 ที่มีเภสัชกรอยู่ประจำตลอดเวลาทำการ และร้อยละ 96.18 ของร้านขายยาแผนปัจจุบันไม่มีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาทำการ (ประเจิด สินทรัพย์, 2527 : 113) จากพฤติกรรมการณ์บริโภคยาและการส่งมอบยาผ่านทางร้านขายยาให้กับผู้บริโภค มิได้กระทำโดยผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญเรื่องยา รวมทั้งการดำเนินการควบคุมสถานประกอบการผลิตหรือจำหน่ายยาโดยเจ้าหน้าที่รัฐไม่ทั่วถึง ทำให้มีการระบาดของยาอันตราย ยาที่ผิดกฎหมาย ตามร้านขายของชำทั่วไป ได้มีการสำรวจร้านขายของชำในหมู่บ้านของจังหวัดในเขต 5 ปี พ.ศ.2533 มีการจำหน่ายยาแก้ปวดชนิดช่อง สำหรับผู้ใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 70.26 ยาแก้ปวดชนิดช่อง สำหรับเด็ก ร้อยละ 61.25 ยาคาอูลิน ร้อยละ 35.21 ยาคลอแรมเฟนิคอล ร้อยละ 28.90 ยาแผนโบราณยกเว้นยาหอม ร้อยละ 26.47 ยาล้างไต ร้อยละ 25.56 ยาเตตราไซคลิน ร้อยละ 22.42 ยาที่มีการจำหน่ายน้อยที่สุดคือ ยาวิตามินน้ำเชื่อมผสมไซโปรเฮปตาดีน ร้อยละ 9.32 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขต 5, 2533 : 158-162)

ปัญหาการบริโภคยาที่ฟุ่มเฟือยมากเกินไปจนความจำเป็นและไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจมาก และเห็นได้จากองค์การอนามัยโลกได้ทำบัญชียาหลักไว้ 270 ชนิด ซึ่งถือว่าเพียงพอในการรักษาโรคส่วนใหญ่ แต่ประเทศไทยมียาขายในท้องตลาด 30,000 ชนิด (ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 : 66) จากรายงานกรมศุลกากรพบว่าการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศ ร้อยละ 23 ผลิตจากโรงงานในประเทศ ร้อยละ 77 และการผลิตในประเทศใช้วัตถุดิบนำเข้าจากต่างประเทศถึง ร้อยละ 95 (อาณัติชัย รัตตกุล, 2532 : 38) ในด้านผลกระทบต่อสุขภาพ มีรายงานผู้ป่วยและตาย จากสาเหตุการใช้ยาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2530

ป่วย 1,975 ราย ตาย 116 ราย ปี พ.ศ. 2531 ป่วย 2,890 ราย ตาย 139 ราย (กองระบาดวิทยา, 2531 : 15) และมีรายงานจากศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา กระทรวงสาธารณสุข ว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ปีพ.ศ. 2530 มีรายงาน 349 ราย ปี พ.ศ. 2531 มีรายงาน 658 ราย ปี พ.ศ. 2532 มีรายงาน 736 ราย (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2532 : 5)

จากปัญหาดังกล่าว รัฐจึงได้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นแหล่งยาที่จำเป็นและปลอดภัย สำหรับการใช้ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในหมู่บ้าน อีกทั้งยังเป็นแหล่งให้ความรู้แก่ประชาชน ในการใช้ยาที่ถูกต้องและเป็นกิจกรรมหนึ่ง ในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, ม.ป.ป. : 3) รวมทั้งได้กำหนดให้หน่วยงานของรัฐในภูมิภาคคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดย ฝ่ายเภสัชสาธารณสุข และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535 : 5-9) ส่วนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในระดับหมู่บ้าน ได้กำหนดกลวิธีการเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมคุ้มครองผู้บริโภคในหมู่บ้านเพื่อดำเนินกิจกรรมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และประสานงานกับเจ้าหน้าที่ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2534 : 34) และในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ก็ได้เพิ่มองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐานอีก 4 องค์ประกอบ ซึ่ง 1 ใน 4 องค์ประกอบคือ การให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2535 : 49)

จังหวัดเชียงใหม่ได้ถูกเลือกให้เป็นเมืองหลักของภาคเหนือตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) และฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ทำให้เมืองเชียงใหม่มีโครงการพัฒนาทางด้านต่างๆตามมามากมาย และมีส่วนสนับสนุนให้เมืองเชียงใหม่มีความเจริญยิ่งขึ้นและการขยายตัวมากขึ้น เป็นเหตุให้ขนาดของประชากรเมืองเชียงใหม่เพิ่มขึ้นไปอีก (ยาใจ กอนวงษ์, 2531 : 2) เห็นได้จากการเพิ่มของประชากรเทศบาลนครเชียงใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 มีประชากร 150,499 คน ปี พ.ศ. 2530 มีประชากร 158,881 คน และในปี พ.ศ. 2535 เพิ่มขึ้นเป็น 163,652 คน (ฝ่ายทะเบียนราษฎร เทศบาลนครเชียงใหม่, 2536)

และเนื่องจากเขตเมืองเป็นแหล่งของความเจริญ และมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีกว่าชนบท มีการจ้างงานสูง ดังนั้นประชากรแรงงานซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวชนบทจึงมุ่งหน้าเข้าสู่เมือง เพื่อหา งานทำและสภาพความเป็นอยู่ที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาการย้ายของประชากรจากต่างจังหวัด มาประกอบอาชีพในตัวเมืองเชียงใหม่ เป็นจำนวนมาก ซึ่งการโยกย้ายอพยพของชนบทเข้าสู่เมือง เพื่อหางานทำ หาเงิน เพื่ออาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรคและที่อยู่อาศัย อันเป็นปัจจัยสี่ของ มนุษย์ และปรับปรุงให้สภาพความเป็นอยู่และชีวิตที่ดีขึ้นกว่าที่เคยเป็นในชนบท แต่กระนั้นก็ตาม รายได้ของคนของคนเหล่านี้ยังต่ำอยู่ ไม่สามารถหารายได้มากพอ สำหรับปัจจัยที่เป็นที่อยู่อาศัยได้ จึงต้องช่วยเหลือตัวเองด้วยการปลูกสร้างที่อยู่อาศัยขึ้นตามที่ว่างต่างๆในเมือง ซึ่งหากไม่มีการ บุกรุกที่ดินของรัฐหรือเอกชน ก็ต้องเป็นการเช่าที่ดินในอัตราที่ต่ำมาก ไม่มีการสาธารณูปโภค และ สาธารณูปการใดๆ ทั้งสิ้น สลัมหรือแหล่งเสื่อมโทรม จึงเกิดขึ้นในเมืองเชียงใหม่หลายแห่งใน ปัจจุบัน (กาญจนา สมะวรรณนะ, 2535 : 30-31) จากสรุปรายงานประจำเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2536 ของงานทะเบียนราษฎรเทศบาลนครเชียงใหม่ที่ ชม 5208/ทร.128 มีชุมชนที่ได้ รับการจัดตั้ง 15 ชุมชน เป็นชุมชนแออัด 9 ชุมชน ชุมชนชานเมือง 6 ชุมชนและมีประชากรทั้งสิ้น 8,788 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.4 ของประชากรในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ และเนื่องจาก สภาพพื้นที่ชุมชนที่ขาดระบบสาธารณูปการที่ได้มาตรฐาน ประชาชนในพื้นที่ มีรายได้ต่ำ ขาดการ ดูแลจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดปัญหาตามมาอีกมากมายเช่น ปัญหาความปลอดภัย ปัญหาศีลธรรม ปัญหาสุขภาพและนับวันปัญหาเหล่านี้จะรุนแรงและมีความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ จากการ ศึกษาการรักษาอาการเจ็บป่วยของประชาชนในเขตชุมชนแออัดที่ไม่ได้พัฒนา และที่พัฒนาแล้วของ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าประชาชนส่วนใหญ่รักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วย โดยการซื้อยากิน เองและเป็นการซื้อจากร้านทั่วไป ทั้งที่เป็นร้านขายยา ร้านขายของชำ ร้านค้า ซึ่งยาส่วนใหญ่ ที่ได้รับมานั้น เป็นยาที่ไม่ได้รับการแนะนำจากเภสัชกร มีการใช้ไม่ถูกวิธี (ศิริวรรณ ศิริบุญและ จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, 2531 : 31) และจากรายงานวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานของเทศบาลนครเชียงใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2528-2530 พบว่าประชากรในเขตเทศบาล นครเชียงใหม่ รักษาอาการเจ็บป่วยโดยการซื้อยากินเองก่อน และเมื่ออาการไม่บรรเทาจึงไป โรงพยาบาลมี ร้อยละ 31.7 เฉพาะซื้อยากินเอง ไม่ยอมไปโรงพยาบาลมี ร้อยละ 13.9 คนใช้

ประเภทนี้อาจมีฐานะยากจน ประกอบกับมีภาระกิจต้องหาเลี้ยงชีพเป็นประจำวัน จึงไม่ยอมไปโรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์ (พัฒน์ สุจำนงค์และคณะ, 2532 : 57) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา มรกต (2535 : 52-57) ที่ว่าประชาชนในชุมชนแออัดศรีราชาหัวฝาย เทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ร้อยละ 68.7 พึ่งบุคคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 31.3 จากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นการใช้ยารักษาตนเองมากที่สุด ร้อยละ 56.1 โดยซื้อยารับประทานทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณจากร้านค้าร้านขายยาหรือจากกองทุนในชุมชนนั้น โดยมีเหตุผลทั่วไปคือ สะดวก รวดเร็วไม่เสียเวลาทำงาน ไม่มีเวลา เคยใช้แล้วดี เป็นต้น

สำหรับการดำเนินงานสาธารณสุขในเขตเมือง รัฐบาลมีความเห็นว่าการสาธารณสุขมูลฐานที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในชนบท ควรนำมาขยายผลเร่งรัดดำเนินการในเขตเมืองให้มากยิ่งขึ้นจึงกำหนดให้เป็นนโยบายไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุขได้สนองนโยบายดังกล่าว ด้วยการกำหนดนโยบายเร่งรัดการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง โดยจัดสรรงบประมาณแก่งานสาธารณสุขมูลฐานเพิ่มมากขึ้น และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการปกครอง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงานประมาณ ร่วมกันจัดทำแผนแม่บท แผนพัฒนาสาธารณสุขในเขตเมือง เพื่อขอการสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นกรณีพิเศษ (กระทรวงสาธารณสุข, 2535 : 49-50)

และในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในเขตเมืองที่ผ่านมาของเทศบาลนครเชียงใหม่ พึ่งเริ่มมีการดำเนินงานไม่นานนัก ที่ผ่านมามีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ในดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค 3 ครั้ง (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เทศบาลนครเชียงใหม่, 2537) จึงอาจกล่าวได้ว่ารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชนแออัด ยังไม่ชัดเจน

จากสภาพปัญหาทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในชุมชนดังกล่าว รวมทั้งมีการอพยพเข้ามาอยู่อาศัยในชุมชนแออัดเพิ่มขึ้นทุกปี จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา " ทัศนะของประชาชนในเขตชุมชนแออัด 5 ชานา เทศบาลนครเชียงใหม่ ต่อกองคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา " เพื่อนำไปสู่การหารูปแบบที่เหมาะสม เพื่อพัฒนางานให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและสภาพพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาทัศนคติของประชาชนในเขตชุมชนแออัด 5 ชุมชน เทศบาลนครเชียงใหม่ ต่อ
งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในด้าน

1. ความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา สิทธิของผู้บริโภค
ด้านยาและการรับรู้ข่าวสาร
2. ความคิดเห็นที่มีต่องานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ได้แก่ รายละเอียดคำแนะนำที่
ผู้บริโภคได้รับจากร้านขายยา ข่าวสารที่เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา สภาพสิทธิความ
เป็นผู้บริโภคด้านยาและรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา
3. ความคาดหวังต่อองค์กรของรัฐในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา
4. การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ได้แก่ การใช้ยา การใช้สิทธิ
ความเป็นผู้บริโภคด้านยา

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ผลจากการศึกษาสามารถนำเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในเขตชุมชนแออัดเทศบาลนครเชียงใหม่
2. สามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในชุมชนแออัดจังหวัดอื่นๆที่มีลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจที่คล้ายคลึงกันได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ทัศนคติ หมายถึง การพิจารณาเรื่องต่างๆตาม ความรู้ ความเข้าใจ ความคิดเห็น
ความคาดหวังที่มีต่อเรื่องนั้น และรวมทั้งการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ หมายถึง เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดและประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้

รับรู้มาและสามารถจำได้หรือระลึกได้

ความเข้าใจ หมายถึง เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความ และขยายความในเรื่องต่างๆ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา หมายถึง การที่หน่วยงานของรัฐเข้ามาควบคุม ผู้ประกอบการผลิต ผู้จำหน่าย ไม่ให้เอาโรคเอาเปรียบผู้บริโภคคือ ผู้ที่ซื้อขายมารับประทานหรือใช้กับร่างกาย เพื่อการรักษา การป้องกันโรคและอาการเจ็บป่วย ให้ได้รับยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และการเผยแพร่ความรู้เรื่องยารวมทั้งการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ให้กับผู้บริโภคโดยอาศัยอำนาจตาม พ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510 และฉบับเพิ่มเติม

การใช้ยา หมายถึง วิธีการใช้ยารักษาตนเอง ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ

การใช้สิทธิความเป็นผู้บริโภคด้านยา หมายถึง การใช้สิทธิใน การซักถามรายละเอียดต่างๆของยาและการขอตรวจลากยาจากผู้ขายยา การให้ผู้ขายยาเขียนชื่อยาและวิธีการใช้บนซองยาหรือฉลากยา การขอเปลี่ยนยาที่เสื่อมสภาพไม่ปลอดภัยจากผู้ขายยา การเรียกร้องให้ทางร้านขายยา ชดใช้ความเสียหายเมื่อได้รับอันตรายจากการใช้ยา ตามสิทธิที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved