

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมผู้บริโภค

พฤติกรรมผู้บริโภค อาจให้คำจำกัดความได้ว่าเป็น " พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการได้รับ การใช้สินค้าและบริการทางเศรษฐกิจรวมทั้งกระบวนการต่างๆของการตัดสินใจซึ่งเกิดก่อน และเป็นตัวกำหนดปฏิกิริยาต่างๆเหล่านี้ " (อดุลย์ จาตุรงคกุล, 2518 : 5)

พฤติกรรมผู้บริโภคเป็นเรื่องเกี่ยวกับศาสตร์หลายสาขา พฤติกรรมที่ผู้บริโภคแสดงออกมาทุกครั้งขึ้นกับอิทธิพลต่างๆมากมาย การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภคมีอยู่หลายวิธี แต่วิธีที่มีประโยชน์มากที่สุดวิธีหนึ่งคือ วิธีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจซื้อ(หรือไม่ซื้อ) ผลิตภัณฑ์หรือบริการต่างๆ ของผู้บริโภคและกระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภคอาจแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเล็งเห็นปัญหา(Problem Recognition)
2. การเสาะแสวงหา(Search)
3. การประเมินทางเลือก(Alternative Evaluation)
4. การเลือก(Choice)
5. ผล(Outcome)

1. การเล็งเห็นปัญหา

การเล็งเห็นปัญหาเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเล็งเห็นความแตกต่าง ระหว่างสภาพที่ปรากฏกับสภาพที่เป็นจริง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ความแตกต่างจําทำให้ผู้บริโภคเกิดการเล็งเห็นปัญหานี้เกิดจากอิทธิพลของ

- 1.1 ตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่มาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก
- 1.2 การตื่นตัวของสิ่งจูงใจ

ปรับหรือปรุงแต่งเกณฑ์เหล่านี้ เช่น บุคลิกภาพ ข่าวสารและประสบการณ์ของผู้บริโภค อิทธิพลทางสังคม และความพยายามทางการตลาดจากบริษัทต่างๆ

ความเชื่อ เป็นข่าวสารที่เชื่อมสินค้าและตราขายที่ห่อเข้ากับเกณฑ์ ในการประเมินทางเลือก ขณะที่เกณฑ์ในการประเมินค่าทางเลือกเกี่ยวข้องกับเป้าหมายเฉพาะตัว จนทำให้ผู้บริโภคเป็นตัวของตัวเอง และต่อต้านอิทธิพลของนักการตลาด ความเชื่อกลับยอมรับอิทธิพลของนักการตลาดน้อยกว่า และการมีความเชื่อจะทำให้ทดลองใช้ผลิตภัณฑ์

ทัศนคติ เมื่อความเชื่อได้ก่อตัวขึ้นมาหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงใหม่ จะส่งผลกระทบต่อกระทั่งทัศนคติด้วย ทัศนคติหมายถึง ความโน้มเอียงที่จะก่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งในลักษณะถาวร และแสดงว่าพอใจหรือไม่พอใจ อันเนื่องมาจากการเรียนรู้มาแต่ก่อน จึงใช้ในการประเมินค่าผลของการใช้สินค้าหรือตราขายที่ห่อโดยห่อหนึ่ง โดยเฉพาะตราขายที่ห่อชนิดนี้หรือไม่ดี

ความตั้งใจซื้อ หมายถึงความน่าจะเป็นไปได้ที่ผู้บริโภคจะก่อปฏิกิริยาบางอย่าง เวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องที่ผู้บริโภคนึกคิดว่าจะทำเช่นนั้น ในกรณีนี้คือปฏิกิริยาที่จะก่อคือ การเลือกซื้อตราขายที่ห่อหนึ่ง โดยเฉพาะเจาะจง อาจสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับทัศนคติ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความตั้งใจซื้อ และยังมีปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อความตั้งใจซื้อคือ การยอมรับตามอิทธิพลทางสังคมคือ พลังทางสังคมที่ผู้บริโภคเล็งเห็นว่ามีต่อการเลือก รวมทั้งแรงจูงใจของตัวผู้บริโภคเอง ที่จะยอมรับตามพลังของอิทธิพลที่ส่งมายังตัวเขาและเหตุการณ์ที่คาดไว้ล่วงหน้าได้ เช่น สภาพของรายได้ในปัจจุบัน สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและปัจจัยอื่นๆ ปัจจัยทั้งสองประการนี้ได้ถือว่า เป็นอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่ได้ซึมซาบและฝังอยู่ในความรู้สึกนึกคิดของผู้บริโภคเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นเราจึงถือได้ว่าปัจจัยทั้ง 2 นี้ คือ ข่าวสารและประสบการณ์ที่ผู้บริโภคเก็บรักษาไว้ในความทรงจำ

4. การเลือกซื้อ

โดยทั่วไปการเลือกซื้อ จะเกิดขึ้นตามหลังการก่อตัวของการตั้งใจซื้อ แต่ทว่าเหตุการณ์ที่มิได้คาดไว้ล่วงหน้าที่ผู้บริโภคสามารถนึกเห็นภาพพจน์ได้ ก็อาจจะเป็นอุปสรรคต่อความตั้งใจดังกล่าวได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงรายได้ การเปลี่ยนแปลงสถานะทางครอบครัว และการไม่มีทาง

เลือกอื่น เป็นต้น ในกรณีที่พฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจถูกขัดขวาง ความตั้งใจอาจจะมีอยู่เพื่อรอเวลา
เหมาะสมต่อไป หรือผู้บริโภคมักอาจจะหันไปสร้างกระบวนการตัดสินใจใหม่อีกก็ได้

5. ผลที่ได้จากทางเลือก

การตัดสินใจซื้อสินค้าหรือบริการ อาจก่อให้เกิดผลภายหลังจากการซื้อ คือ ความพอใจ
เมื่อการประเมินผลทางเลือกสอดคล้องกับความเชื่อและทัศนคติที่มีอยู่เดิม และข่าวสารนี้จะถูกนำ
ไปเก็บไว้ในความทรงจำ สำหรับไว้ใช้ในการตัดสินใจซื้อครั้งต่อไป หรืออาจเกิดความข้องใจ ซึ่ง
เป็นสภาวะที่ผู้บริโภคเกิดความสงสัยขึ้นมาว่าทางเลือกที่ตนไม่ได้เลือกไว้ อาจมีอะไรบางอย่างที่ดี
กว่าทางเลือกที่ตนได้ตัดสินใจเลือกแล้ว ข้อข้องใจมักจะมีมากในกรณีที่การซื้อเกี่ยวข้องกับเงิน
จำนวนมากและมีการเปิดทางเลือกหลายทางทิ้งไป ดังนั้นการเสาะแสวงหาข่าวสารภายหลังการ
ตัดสินใจซื้อจึงเป็นเรื่องปกติธรรมดาตามากสำหรับเขา (อดุลย์ จาตุรงค์กุล, 2526 : 20-36)

ความรู้

หมายถึงข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดต่างๆที่มนุษย์ได้รับ และเก็บสะสมเอาไว้
(Good, 1973 : 325) และความรู้ยังเป็นเรื่องเกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและ
ขบวนการต่างๆ หรือระลึกถึงแบบกระบวนโครงสร้าง วัตถุประสงค์ในด้านความรู้นั้นย้าในเรื่อง
ขบวนการทางจิตวิทยาของความจำ ซึ่งเป็นขบวนการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบใหม่เมื่อมี
ความรู้แล้ว ก็ต้องมีความสามารถทางปัญญา เช่น ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การ
สังเคราะห์และการประเมินผล (Bloom, 1972 : 201)

ความคิดเห็น

ความคิดเห็น ถือได้ว่าเป็นการแสดงออกทางทัศนคติ โดยจะมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ
และเป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาอย่างยิ่งต่อสถานการณ์ภายนอก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526

: 3) และในการศึกษาเรื่อง ความคิดเห็น สามารถใช้หลักการศึกษเกี่ยวกับ ทัศนคติ การ

ศึกษาถึงการก่อตัวของทัศนคติ ก็เป็นแนวทางที่จะทำให้เราทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นและทัศนคติ

ทัศนคติจะก่อตัวขึ้นมาและเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกันคือ (ธงชัย สันติวงษ์, 2515 : 191)

1. การจูงใจทางร่างกาย (Biological Motivation) ทัศนคติจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง กำลังดำเนินการตอบสนองความต้องการหรือแรงผลักดันพื้นฐานทางร่างกายอยู่ ตัวบุคคลดังกล่าวจะสร้างทัศนคติที่ติดต่อบุคคล หรือสิ่งของที่สามารถช่วยให้เขามีโอกาสตอบสนองความต้องการของตนได้ และในทางตรงข้าม จะสร้างทัศนคติที่ไม่ติดต่อบุคคล หรือสิ่งของที่ขัดขวางมิให้เขาตอบสนองความต้องการได้

2. ข่าวสารข้อมูล (Information) ทัศนคติจะมีพื้นฐานมาจากชนิดและขนาดของข่าวสารข้อมูลที่แต่ละคนได้รับมา รวมทั้งขึ้นอยู่กับลักษณะของแหล่งที่มาของข่าวสารข้อมูลอีกด้วย ด้วยกลไกของการเลือกเห็น ในการมองเห็นและเข้าใจปัญหาต่างๆ (Selective Perception) ข่าวสารข้อมูลบางส่วนที่เข้ามาสู่ตัวบุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิดและสร้างเป็นทัศนคติขึ้นมาได้

3. การเข้าเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (Group Affiliation) ทัศนคติบางอย่าง จะมาจากกลุ่มต่างๆ ที่เขาเกี่ยวข้องกับอยู่ (เช่น ครอบครัว, วัดที่ไปประกอบศาสนกิจ, ในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน, กลุ่มกีฬา และกลุ่มสังคมต่างๆ) ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม กลุ่มต่างๆ ยังมีการถ่ายทอดข้อมูลให้แก่ตัวบุคคลในกลุ่ม ซึ่งทำให้สามารถสร้างทัศนคติขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มของครอบครัว และกลุ่มเพื่อนร่วมงานต่างก็เป็นกลุ่มที่สำคัญที่สุด (Primary Group) ที่จะเป็แหล่งสร้างทัศนคติให้แก่บุคคลที่อยู่ในกลุ่มดังกล่าว

4. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ของคนที่มีต่อวัตถุสิ่งของย่อมเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคคลต่างๆ ตีค่าสิ่งที่เขา ได้มีประสบการณ์มานั้นจนกลายเป็นทัศนคติได้

5. ลักษณะท่าทาง (Personality) ถึงแม้ว่าลักษณะท่าทางจะเป็นเรื่องที่มีความหมายกว้างที่สุด แต่ลักษณะท่าทางหลายประการต่างก็มีส่วนทางอ้อมที่สำคัญในการสร้างทัศนคติให้กับตัวบุคคลด้วย

ปัจจัยต่างๆ ของการก่อตัวของทัศนคติที่กล่าวมาข้างต้น ปัจจัยไหนจะมีความสำคัญต่อ

การก่อตัวของทัศนคติ พิจารณาได้จากการสร้างทัศนคติต่อสิ่งดังกล่าวจะเกี่ยวกับปัจจัยใดมากที่สุด

พฤติกรรมในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

ในแง่ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง มัลลิกา มัติโก (2530 : 30) ได้จำแนกพฤติกรรม การดูแลตนเองออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่กระทำขณะมีสุขภาพแข็งแรง ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เมื่อบุคคลรับรู้ ว่าตนเองเจ็บป่วย อาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง ครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม ตลอดจนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม (Orem's Self-care Theory) โอเรม (1980) เชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง และเป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม และความสามารถเฉพาะบุคคล ซึ่งมีผลมาจากการเรียนรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตามวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี บุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรม ที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตน โดยบุคคลต้องทราบมาก่อนว่า เมื่อทำกิจกรรมเหล่านี้แล้วจะเกิดประโยชน์ต่อตนอย่างไร และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือไม่

ในการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือภาวะเจ็บป่วย Jamie C. Young อ้างใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530 : 78-79) ได้อธิบายพฤติกรรม การตัดสินใจ เลือกวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วย จากแหล่งที่มีให้เลือกหลายแห่งและเลือกวิธีการรักษาตนเอง โดยตรงว่า ตั้งอยู่บนพื้นฐานจากปัจจัยหรือตัวกำหนดสำคัญ 4 ประการคือ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งคำนึงถึงความคิดเห็นส่วนใหญ่ ในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงของตน

2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเย็บยาแบบพื้นบ้าน หรือการเย็บยาตนเอง
3. ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษานั้น ๆ ว่าสามารถทำให้หายขาดได้จริง
4. การเข้าถึงแหล่งบริการ ในด้านต่าง ๆ อันได้แก่ ค่าใช้จ่าย ในการซื้อบริการนั้นๆ

ความสะดวกในการเดินทาง ไปรับบริการจากแหล่งบริการนั้น ความเพียงพอ และความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขชนิดต่าง ๆ

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

คำว่า "บริโภค" ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 หมายความว่า กิน ใช้สิ้นเปลือง ใช้สอย เสพ ตามความหมายนี้คำว่า "บริโภค" จึงหมายถึง การกิน การใช้สิ่งของ หรือบริการต่างๆ ตัวอย่างเช่น การกินอาหาร การซื้อสินค้า การโดยสารรถประจำทาง การตรวจรักษาในสถานพยาบาล เป็นต้น

"ผู้บริโภค" หมายถึง ประชาชนทั่วไปทุกคนที่บริโภคสินค้าหรือบริการ

ในที่นี้ "ผู้บริโภคด้านสาธารณสุข" มีความหมายเฉพาะผู้ที่ซื้อสินค้ามารับประทาน หรือใช้กับร่างกาย เพื่อการยังชีพ การรักษา การป้องกันและความสะดวก รวมถึงความสวยงาม สินค้าที่จะกล่าวถึงเจาะจงเฉพาะสินค้า 7 ประเภทเท่านั้น ได้แก่ อาหาร ยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษ เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางและวัตถุมีพิษทางสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2534 : 1)

ทำไมต้องมีการคุ้มครองผู้บริโภค

โดยทั่วไปก่อนที่สินค้าหรือบริการจะมาถึงผู้บริโภค จำเป็นต้องมีผู้ก่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเสียก่อน ซึ่งได้แก่ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าสินค้า ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าสินค้าจะทำการผลิตหรือนำเข้าสินค้าไปสู่ผู้บริโภคโดยตรง หรืออาจจะผ่านผู้ขายรายย่อยก่อนที่จะไปสู่ผู้บริโภค

ในขั้นตอนการนำสินค้า/บริการ ไปสู่ผู้บริโภคนั้น หากผู้ผลิต/ผู้นำเข้า/ผู้ขายมีความรู้และไม่เอาเปรียบผู้บริโภค สินค้าหรือบริการที่จะไปสู่ผู้บริโภคจะมีคุณภาพดีหรือมีราคาเหมาะสม ยุติธรรม ซึ่งจะทำให้ผู้บริโภคได้บริโภคสินค้า/บริการที่มีคุณภาพ ราคายุติธรรม แต่ในทางตรงกัน

ข้าม ถ้าผู้ผลิต/ผู้นำเข้า/ผู้ขาย ขาดความรู้ มีจิตใจเอารอดเอาเปรียบผู้บริโภค สินค้าบริการที่ไปสู่ผู้บริโภคจะมีคุณภาพไม่ดีหรือมีราคาไม่เหมาะสม ไม่ยุติธรรมต่อผู้บริโภค ทำให้ผู้บริโภคได้รับสินค้าที่ด้อยคุณภาพ ไม่สมราคา และอาจเกิดอันตรายจากการบริโภคสินค้านั้นๆ ได้

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงได้มีความพยายามที่จะดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคไม่ว่าจะโดยหน่วยงานรัฐหรือกลุ่มประชาชนผู้บริโภคเอง และประเทศไทยได้ประกาศใช้ " พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 " ซึ่งได้กำหนดสิทธิเกี่ยวกับการบริโภคของประชาชนไทยไว้ดังนี้

1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้อง และเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ

2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกสินค้าหรือบริการ

3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ

4. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

โดยมีสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักนายกรัฐมนตรี เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ ร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรมและประหยัด โดยเฉพาะในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ทำหน้าที่ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คบส.) โดยอาศัยกฎหมายที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น 8 ฉบับ คือ

1. พระราชบัญญัติยา

5. พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

2. พระราชบัญญัติอาหาร

6. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ

3. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง

7. พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์

4. พระราชบัญญัติวัตถุมีพิษ

8. พระราชบัญญัติสารระเหย

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คบส.) หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบการดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่อยู่ในส่วนกลาง ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดย

ฝ่ายเภสัชสาธารณสุขและศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของฝ่ายเภสัชสาธารณสุขนี้ จะอาศัยมาตรการในการดำเนินการ 3 ประการคือ

1. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การให้ความรู้ทั้งผู้ผลิต/ผู้นำเข้า/ผู้ขาย และประชาชนผู้บริโภค ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้มีความรู้ ความเข้าใจในการผลิต ขาย หรือบริโภคสินค้าหรือบริการ ได้อย่างถูกต้องปลอดภัย มาตรการนี้จะอาศัยกลวิธีต่างๆ ดังนี้คือ

1.1 การบรรยาย หรือฝึกอบรม เช่น การบรรยายตามโรงเรียน การบรรยายตามสถานที่ราชการ การฝึกอบรมผสม./อสม. การฝึกอบรมอาสาสมัครในหมู่บ้าน การฝึกอบรมผู้ผลิต/ผู้ขาย การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

1.2 การให้รู้ศึกษารายกลุ่มหรือรายบุคคล เช่น การให้รู้ศึกษาแก่คนใช้ที่มาใช้บริการ การให้รู้ศึกษาแก่ประชาชนในหมู่บ้าน การให้รู้ศึกษาแก่เจ้าของร้านขายของชำในหมู่บ้าน เป็นต้น

1.3 การจัดนิทรรศการ เช่น การจัดนิทรรศการในงานประจำปีของจังหวัดการจัดนิทรรศการในงานวันเด็กแห่งชาติ การจัดนิทรรศการตามโรงเรียน สถานีนอนามัย โรงพยาบาล การจัดนิทรรศการย่อยตามหมู่บ้านหรือในการฝึกอบรม เป็นต้น

1.4 การเผยแพร่ทางสถานีวิทยุกระจายเสียง หรือสถานีวิทยุโทรทัศน์ ทั้งที่อยู่ในรูปข่าวสาร และที่อยู่ในลักษณะของการจัดรายการ

1.5 การเผยแพร่ทางเสียงตามสายในหมู่บ้านและชุมชน โดยอาศัยหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ระบบเสียงตามสายในเขตเทศบาลหรือในโรงพยาบาล

1.6 การเผยแพร่ทางสื่อวีดิทัศน์ในสถานบริการสาธารณสุข

1.7 การเผยแพร่โดยเอกสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ สติกเกอร์

1.8 การรณรงค์ในโอกาสต่าง ๆ เช่น การรณรงค์การใช้ยาในแม่และเด็ก การจัดสัปดาห์ รณรงค์ในเรื่องต่าง ๆ เป็นต้น

2. การเฝ้าระวัง

2.1 การเฝ้าระวังทางกฎหมาย ได้แก่

2.1.1 การตรวจสอบสถานที่ประกอบการที่อยู่ในความดูแลตามกฎหมายข้างต้น ได้แก่ สถานที่ผลิต สถานที่นำสิ่งเข้ามาในราชอาณาจักร สถานที่ขาย เช่น โรงงานผลิตยา ร้านขายยา ร้านขายของชำในตลาดสดหรือในหมู่บ้าน

2.1.2 การเก็บตัวอย่างสินค้าส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพ โดยเก็บจากแหล่งผลิต สถานที่ขาย หรืออาจจะได้จากการร้องเรียนของประชาชน โดยทำการส่งตรวจวิเคราะห์ไปที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต

2.1.3 การตรวจสอบการโฆษณาตามสื่อต่างๆ เช่น สถานีวิทยุกระจายเสียง และ ไปสเตอร์ที่เผยแพร่ตามชุมชน เพื่อดูว่าได้รับอนุญาตให้โฆษณา หรือมีการโฆษณาเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายหรือไม่

2.2 การเฝ้าระวังทางวิชาการ ได้แก่

2.2.1 การเฝ้าระวังสิ่งผิดกฎหมายที่เข้ามาในชุมชน โดยการแจ้งข่าวแก่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบหรือพนักงานเจ้าหน้าที่หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ เช่น ปัญหารถขายยา รถเร่ขายยา เป็นต้น

2.2.2 การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารการบริโภค โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหา ระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรภายในจังหวัด หรือการประสานงานระหว่างจังหวัด เช่นการแลกเปลี่ยนผลวิเคราะห์ การจัดประชุมผู้รับชองงานคุ้มครองผู้บริโภคของเขตต่างๆ เป็นต้น

3. การดำเนินการทางกฎหมาย

มาตรการในด้านนี้เป็นมาตรการที่ใช้เสริมมาตรการอื่น ๆ โดยทั่วไปมักจะใช้ในกรณีที่มีปัญหาที่มีความรุนแรงต้องการความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา และได้ดำเนินการโดยอาศัยมาตรการอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล การดำเนินงานตามมาตรการนี้จะกระทำโดยอาศัยอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้มีอำนาจนี้ตามกฎหมายดังกล่าวข้างต้น

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละระดับและอาสาสมัครในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

อาจจะแยกเป็นแต่ละระดับได้ดังนี้

1. ระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบคือ ฝ่ายเภสัชสาธารณสุข มีหน้าที่ดังนี้

1.1 การดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

1.2 การดำเนินการเฝ้าระวัง

1.3 การดำเนินการทางกฎหมาย ในอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่

1.4 การสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ตำบล และอาสาสมัคร

ในระดับหมู่บ้าน

1.5 การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต ฝ่ายเภสัชสาธารณสุขของแต่ละจังหวัด เจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือพนักงานอัยการ เป็นต้น

2. ระดับอำเภอ ผู้รับผิดชอบคือ กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลทั่วไป ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีหน้าที่ดังนี้

2.1 การดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

2.2 การดำเนินการเฝ้าระวัง

2.3 การดำเนินการทางกฎหมายเฉพาะส่วนที่อยู่ในความรับผิดชอบของพนักงานเจ้าหน้าที่

หน้าที่

2.4 การสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในระดับตำบลและอาสาสมัครในระดับ

หมู่บ้าน

3. ระดับหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบคือ สถานีอนามัย และสถานบริการสาธารณสุขชุมชนมีหน้าที่

ดังนี้คือ

3.1 การดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

3.2 การดำเนินการเฝ้าระวัง

3.3 การสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครหรือองค์กรหมู่บ้านในตำบลที่ได้รับผิด

ชอบ

4. ระดับหมู่บ้าน การดำเนินกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค ในระดับนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นผู้บริโภคโดยตรง หากประชาชนมีความรู้และรู้จักเลือกหรือไม่เลือกบริโภคสินค้าตัวใดตัวหนึ่งแล้ว จะส่งผลต่อผู้ผลิตหรือผู้ขาย สินค้าทันที โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานตาม

มาตรการอื่น เช่น การที่ผู้บริโภคร่วมมือกัน ไม่ซื้อสินค้า (บอยคอต) ที่ไม่ปลอดภัยหรือมีราคาแพง ผู้ที่ควรจะมีบทบาทหรือกระตุ้นให้มีบทบาทในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับหมู่บ้าน เช่น กรรมการหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มแกนนำในหมู่บ้าน กลุ่มผู้บริโภคในโรงเรียน กิจกรรมที่ควรดำเนินการได้แก่

4.1 การดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เช่น การออกเสียงทางหอกระจายข่าว การจัดประชุม การให้สุขศึกษา เป็นต้น

4.2 การดำเนินการเฝ้าระวัง เช่น การตรวจสถานที่ผลิต การตรวจร้านค้าของชำในหมู่บ้าน การเฝ้าระวังรถเร่ขายยา เป็นต้น

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคจะเกิดประสิทธิภาพอย่างแท้จริง เจ้าหน้าที่ทุกระดับจะต้องประสานการดำเนินงานร่วมกัน โดยอาศัยมาตรการต่างๆ ทุกมาตรการและต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนซึ่งเป็นผู้บริโภคเอง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2533 : 5-10)

การเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่

ระบบวิธีการเฝ้าระวัง แบ่งออกเป็น 4 ระดับ

1. ระดับหมู่บ้าน ให้ อสม./ผสส. กลุ่มแม่บ้านหรือกลุ่มผู้บริโภคดำเนินการโดย

1.1 เป็นตัวอย่างของคนในหมู่บ้านมีความรู้ สามารถถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านได้

1.2 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ความรู้ในหมู่บ้าน เช่น ทางหอกระจายข่าว

1.3 แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

2. ระดับสถานีอนามัย

2.1 ตรวจสอบและแนะนำสถานที่ประกอบธุรกิจและกองทุนยา เพื่อให้เป็นสถานที่ประกอบธุรกิจ ที่ไม่มียาชุดและผลิตภัณฑ์ไม่ได้มาตรฐานจำหน่าย

2.2 ตรวจสอบฉลากของผลิตภัณฑ์อาหาร ยาแก้ปวดลดไข้ชนิดบรรจุซอง สารฆ่าแมลงในบ้านเรือน

2.3 ประชุมชี้แจง/อบรม องค์กร/ผู้นำในหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน เรื่อง งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ในระดับต่างๆ และส่งเสริมหลักสูตรทางวิชาการเข้าไปในการอบรมต่างๆ เช่น การอบรมกองทุนยา

2.4 เผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ

2.5 เมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ให้ดำเนินการแก้ไข โดยแนะนำตักเตือน และรายงานให้อำเภอ จังหวัด ทราบเพื่อดำเนินการต่อไป (สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา, 2534 : 34)

ชุมชนแออัด

ชุมชนแออัด คือ บริเวณในเขตเมืองที่มีผู้อยู่อาศัยอย่างต่ำกว่ามาตรฐานทั่วไปเมื่อเทียบกับชุมชนรอบข้าง โดยรวมในเมืองเดียวกัน ประกอบด้วยบ้านเรือนที่ทรุดโทรมเป็นส่วนใหญ่ สภาพทางเศรษฐกิจประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่มีฐานะยากจน (สมศักดิ์ อุพันธ์, 2535 : 15)

สภาพทั่วไปของชุมชนแออัดในประเทศไทย

การขยายตัวอย่างรวดเร็วของเมือง ทั้งกรุงเทพฯ และเมืองหลักตามภาคต่างๆ และการอพยพของคนชนบทเข้ามาสู่เมืองทำให้เกิดปัญหาที่ตามมาอีกหลายด้านเช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาการจราจร ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ประชาชนจากชนบทที่ย้ายถิ่นเข้ามาในเขตเมืองมักจะเป็นผู้ที่มีการศึกษาต่ำและเป็นแรงงานไร้ฝีมือ มีรายได้ต่ำ ดังนั้นการอพยพของคนชนบทเข้ามาสู่เมือง จึงเป็นการอพยพเพื่อเข้ามาเป็นคนยากจนในเมือง คนเหล่านี้ไม่สามารถหาที่อยู่อาศัยที่มั่นคงในภาวะราคาที่ดินในเมืองที่มีราคาแพงได้ ต้องอาศัยการเช่าบ้าน หรือที่ดินในราคาถูกอยู่อาศัยกันอย่างแออัดหรือบุกรุกที่ดินรกร้างว่างเปล่าของเอกชน รัฐบาล ที่สาธารณะ โดยไม่มีการวางแผนหรือควบคุมการก่อสร้าง ขาดการพัฒนาที่ดินอย่างมีประสิทธิภาพจนกลายเป็น " ชุมชนแออัด " ในที่สุด (ศิริวรรณ ศิริบุญและจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, 2531 : 61) ในการศึกษาเกี่ยวกับระบบทางสังคมพบว่าชุมชนแออัดมีลักษณะผสมผสานของวัฒนธรรม 2 แบบระหว่างเมืองกับชนบทเช่น แบบแผนการรวมกลุ่ม มีการรวมกลุ่มบ้างแต่ไม่เด่นชัดเท่าชนบท ในขณะที่เดียวกันก็เน้นลักษณะปัจเจกบุคคลแต่ไม่มากเท่าชาวเมืองทั่วไป ส่วนแบบแผนความสัมพันธ์ ความเข้มข้นของระบบอาวุโส มีน้อยกว่าชนบท แต่ก็ไม่เข้ากับลักษณะเสรีนิยมทั้งหมด มีการเกื้อกูลเพื่อประโยชน์ซึ่งกันและกันในระบบอุปถัมภ์เช่น หัวหน้าที่บลูกมือ ลูกพี่กับลูกน้อง เป็นต้น (โสภณ พรโชคชัย, 2528 : 68)

สำหรับการดำเนินงานในการพัฒนาชุมชนแออัดพบว่า การพัฒนาทางด้านกายภาพเพียงประการเดียว ไม่เพียงพอสำหรับการยกระดับชุมชนและแก้ไขปัญหาของชุมชน เพราะการพัฒนาทางด้านกายภาพ เป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่สังคมหรือที่ชุมชนประสบอยู่ การจัดตั้งองค์กรหรือกลุ่มผู้นำเพื่อประโยชน์ในการพัฒนา นับเป็นแนวความคิดและวิธีการ ซึ่งยังประโยชน์อย่างสูงต่อการพัฒนาชุมชนระยะยาว อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในชุมชนกับประชากรที่อยู่อาศัยพบว่า มีประชากรในชุมชนแออัดจำนวนไม่น้อย ที่ไม่ทราบว่ามีการจัดตั้งองค์กรหรือกลุ่มผู้นำชุมชน เพื่องานเพื่อประโยชน์ของชุมชน อาจเป็นเพราะการจัดตั้งองค์กรหรือกลุ่มผู้นำชุมชน เพิ่งจะเริ่มดำเนินการเมื่อไม่นานมานี้ และอาจเป็นเพราะประชาชนในเขตชุมชนส่วนใหญ่ ประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและการเงิน ทำให้ต้องใช้เวลาดำเนินการไปในการประกอบอาชีพ และหาเลี้ยงครอบครัว จึงทำให้ความสนใจต่อเรื่องอื่น ๆ ลดลง (ศิริวรรณ ศิริบุญและจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, 2531 : 106)

สภาพทั่วไปของชุมชนแออัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่ ได้ถูกเลือกให้เป็นเมืองหลักของภาคเหนือ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) และฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) ทำให้เมืองเชียงใหม่ มีโครงการพัฒนาทางด้านต่าง ๆ ตามมาอีกมากมาย และมีส่วนสนับสนุนให้เมืองเชียงใหม่ มีความเจริญยิ่งขึ้นและมีการขยายตัวมากขึ้น เป็นเหตุให้ขนาดของประชากรเมืองเชียงใหม่ เพิ่มขึ้นไปอีก (ยาใจ กอนวงษ์, 2531 : 2) ดังจะเห็นได้จากการเพิ่มของประชากรเทศบาลนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 มีประชากร 100,146 คน ปี พ.ศ. 2525 มีประชากร 150,499 คน ในปี พ.ศ. 2535 เพิ่มขึ้นเป็น 163,652 คน (ฝ่ายทะเบียนราษฎร เทศบาลนครเชียงใหม่, 2536)

เนื่องจากเขตเมืองเป็นแหล่งของความเจริญ และมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีกว่าชนบท มีการจ้างงานสูง ดังนั้นประชากรแรงงานซึ่งส่วนใหญ่ เป็นชาวชนบทจึงมุ่งหน้าเข้าสู่เมือง เพื่อหางานทำและสภาพความเป็นอยู่ที่ดีกว่า นอกจากนี้ ยังเกิดปัญหาการย้ายของประชากร จากต่างจังหวัดมาประกอบอาชีพในตัวเมืองเชียงใหม่ เป็นจำนวนมาก ซึ่งการโยกย้ายอพยพของชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ หาเงิน เพื่ออาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรคและที่อยู่อาศัย อันเป็นปัจจัย

สี่ของมนุษย์ ปรับปรุงให้สภาพความเป็นอยู่และชีวิตที่ดีขึ้นกว่าที่เคยเป็นในชนบท แต่กระนั้นก็ตาม รายได้ของคนเหล่านี้ ยังต่ำอยู่ ไม่สามารถหารายได้มากพอปัจจัยที่เป็นที่อยู่อาศัยได้ จึงต้องช่วยเหลือตัวเอง ด้วยการปลูกสร้างที่อยู่อาศัยขึ้นตามที่ว่างต่างๆในเมือง ซึ่งหากไม่มีการบุกรุกที่ดินของรัฐหรือเอกชน ก็ต้องเป็นการเช่าที่ดินในอัตราที่ต่ำมาก ไม่มีการสาธารณูปโภค สาธารณูปการ ใดๆ ทั้งสิ้น สลัมหรือแหล่งเสื่อมโทรมจึงเกิดขึ้นในเมืองเชียงใหม่หลายแห่งในปัจจุบัน (กาญจนา สมะวรรณ, 2535 : 30-31) จากสรุปรายงานประจำเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2536 ของงานทะเบียนราษฎร เทศบาลนครเชียงใหม่ ที่ ชม 5208/ทร.128 มีชุมชนที่ได้รับการจัดตั้ง 15 ชุมชน เป็นชุมชนแออัด 9 ชุมชน ชุมชนชานเมือง 6 ชุมชนและมีประชากรทั้งสิ้น 8,788 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.4 ของประชากรในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ได้ทำการศึกษา ผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยกลวิธี การจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค เป็นกลุ่มแกนนำร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคในหมู่บ้าน ซึ่งได้แก่การจัดให้มีการจัดประชุมให้ความรู้ การเผยแพร่ความรู้ทางหอกระจายข่าว รวมทั้งการตรวจแนะนำร้านขายของชำให้เลิกการจำหน่ายยาที่เป็น ยาอันตราย ยาชุด ยาที่ผิดกฎหมาย และการตรวจแนะนำกองทุนยา มีผลการดำเนินงานดังต่อไปนี้

จากการตรวจสอบร้านชำ พบว่าร้อยละของจำนวนร้านชำที่มีการขายยาและร้อยละชนิดของยาอันตรายที่มีขายในร้าน มีแนวโน้มลดลงในช่วงระยะเวลา 5 เดือน ส่วนการสำรวจกองทุนยาในหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง 10 หมู่บ้าน ซึ่งมีกองทุนยา 7 หมู่บ้าน ส่วนอีก 3 หมู่บ้าน ยังไม่มีการจัดตั้งกองทุนยา ได้สอบถามและตรวจพบว่า มี 1 กองทุนยาที่ขายยาอื่น นอกจากการขายยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งยาที่ตรวจพบเป็นประเภทยาหอมและยาแผนโบราณบางชนิด สำหรับยาสามัญประจำบ้าน ทุกกองทุนมียอดจำหน่ายสูงขึ้น และทุกกองทุนทราบว่า การขายยาอื่นนอกจากยาสามัญประจำ

บ้านเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย และมีความเห็นว่าแนวโน้มการจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้เพราะชาวบ้านเริ่มรู้จักยาสามัญประจำบ้านดีขึ้น ส่วนบทบาทของกลุ่มแกนนำในการเฝ้าระวัง รถเร็วขายยา พ่อค้ารถเร็ว รถฉายหนังขายยา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาในหมู่บ้านลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา บางหมู่บ้านปัจจุบัน ไม่มีเป้าหมายเข้ามาเลย เมื่อพบว่า มีรถเร็วพ่อค้ายาเร็วหรือรถฉายหนังขายยาเข้ามาในหมู่บ้าน บางหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านจะสั่งห้ามมิให้เข้ามาเลย หรือบางหมู่บ้าน อาสาสมัครจะเข้าไปชี้แจงและแนะนำไม่ให้เข้ามาขายยา โดยให้เหตุผลต่างๆ เช่น หมู่บ้านมีกองทุนยาอยู่แล้ว บางหมู่บ้านได้แจ้งตำรวจให้ดำเนินคดีกับรถเร็วขายยาที่เข้ามาในหมู่บ้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2534 : 51-58) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ประทีป เมฆประสานและคณะ (2534) อ่างใน สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 104-109) ในการศึกษาถึง ผลการสนับสนุนและให้ความรู้แบบครบวงจรต่อการลดปริมาณยาที่กฎหมายควบคุมและเพิ่มปริมาณยาสามัญประจำบ้าน พบว่า ก่อนการสนับสนุนมีร้านขายของชำขายยาไม่ถูก ประเภท ร้อยละ 85.9 ภายหลังการสนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน มีร้านขายยา ไม่ถูกประเภทเหลือเพียง ร้อยละ 35.4 ส่วนการกระจายยาสามัญประจำบ้าน ก่อนการสนับสนุนและให้ความรู้แบบครบวงจร มีร้านขายของชำขายยาสามัญประจำบ้านเพียง 4 ร้าน ภายหลังการสนับสนุนแบบครบวงจร มีร้านขายของชำซึ่งขายยาสามัญประจำบ้านเพิ่มขึ้นเป็น 78 ร้าน

นอกจากนี้ สัมมนา มุสสารและคณะ (ม.ป.ป. : 5-6) ได้ทำการศึกษารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคโรคต้านยาทางสาธารณสุขมูลฐาน โดยการนำกลวิธีให้สุขศึกษาและการใช้กฎหมายในหมู่บ้านทดลองสองแห่ง สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา 5 ประเภทคือ ยาโตไพโรน ยาตองเหล้าสำหรับสตรี ยาช่องลดใช้สำหรับเด็ก ยาช่องปฏิชีวนะ และยาชุดของกลุ่มเป้าหมาย (สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว) ได้ผลดังนี้

1. กลวิธีให้สุขศึกษา ทำให้สัดส่วนของผู้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ผิดลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มยาช่องลดใช้สำหรับเด็กและยาชุด
2. กลวิธีการใช้กฎหมาย ทำให้สัดส่วนของผู้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ผิดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มยาตองเหล้าสำหรับสตรี

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้านทดลองกับหมู่บ้านควบคุม ปรากฏว่าสัดส่วนผู้ใช้ยา

ได้ไฟโรนในหมู่บ้านทดลองมากกว่าหมู่บ้านควบคุม ส่วนกลุ่มยาอื่นๆ แม้สัดส่วนผู้ใช้ยาจะลดลงแต่เมื่อเปรียบเทียบกัน หมู่บ้านทดลองจะลดลงน้อยกว่าหมู่บ้านควบคุม

ส่วนการวิจัยเรื่อง การประเมินผลโครงการรณรงค์ทางสาธารณสุขมูลฐาน เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา โดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2533 : 13-25) พบว่า ก่อนดำเนินโครงการรณรงค์ฯจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 18 แต่ภายหลังโครงการรณรงค์ฯเพิ่มเป็น ร้อยละ 68 ส่วนการจำหน่ายยาในกองทุนยาและร้านชำ ก่อนการรณรงค์กลุ่มศึกษาว่ามียาแก้ปวดจำหน่ายในกองทุนฯและร้านชำ ร้อยละ 55 ภายหลังการรณรงค์กลุ่มศึกษาระบุว่าลดลงเหลือร้อยละ 28 ยาขับประจำเดือน ก่อนการรณรงค์ระบุว่ามี ร้อยละ 93 ภายหลังการรณรงค์ระบุว่ามี ร้อยละ 3 และในการแนะนำการใช้ยาแก่กลุ่มเป้าหมาย ก่อนการรณรงค์ อาสาสมัครสาธารณสุขและกรรมการกองทุนฯให้คำแนะนำการใช้ยาเพียงร้อยละ 66 แต่ภายหลังการรณรงค์ให้คำแนะนำผู้ซื้อยาเพิ่มเป็น ร้อยละ 77 โดยวิธีการแนะนำแบบปากต่อปากสูงสุดคือ ร้อยละ 80 ใช้หอกระจายข่าว ร้อยละ 35 ส่วนการนำยาเข้ามาจำหน่ายในกองทุนยาฯ กรรมการกองทุนยาให้ความรู้ที่ได้จากการอบรมเป็นหลักพิจารณา มากกว่าการใช้หลักจากความต้องการของผู้ซื้อ โดยก่อนดำเนินโครงการรณรงค์ฯ ให้ความรู้จากการอบรม ร้อยละ 47 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82 ภายหลังการดำเนินโครงการรณรงค์ทางสาธารณสุขมูลฐาน เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา

จากความรู้ที่ผู้วิจัยมีอยู่ รวมทั้งการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ จึงสามารถสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ ดังรายละเอียด

กรอบแนวความคิดในการศึกษาครั้งนี้

