

ผลดีกรรมสุภาพเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยที่มารับบริการ
ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ปริญญานิพนธ์

ของ

นิสสัย นิกิตขาวรากร

- 7 เลข. 2537.

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

กันยายน 2536

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและกรรมการสอบได้พิจารณาใบปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(พศ. ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)

..... กรรมการ

(พศ. นพ. วันชัย บุณินทร)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(พศ. ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)

..... กรรมการ

(พศ. นพ. วันชัย บุณินทร)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รศ. สุจินต์ บริษัมภรณ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศ.ดร. สมพร บัวทอง)

วันที่ ... 27 ... เดือน ... กันยายน ... พ.ศ. 2536

ประกาศขอบคุณ

ปริญญาณพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและแนะนำอย่างดียิ่งจาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วันชัย
บุพพันเทวัญ และรองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชาमारก ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็น
อย่างสูง

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. เบญจมา เตากล่ำ เกษียรทัญญู ศิริภิญญา
กอบวรธนะกุล อาจารย์ นางลักษณ นฤวัต อาจารย์ วิมล เตากล่ำ อาจารย์
ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ ที่ได้กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือ
การวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณปราณี เหมวิมล คุณอัศนีชัย สิงห์ทอง คุณเจษฎา ฐ ระนอง
คุณพรชัย ปาจรียวงศ์ อาจารย์ สุภาภรณ์ ชนชานันท์ และผู้เขียนตำรางานวิจัยทุกเล่ม
ที่ผู้วิจัยใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณสุธาดา คชนแก้ว คุณบุหงา สัมปญ์ลิต ตลอดจนผู้ป่วยในแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลและตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ คุณประसार ภักดิ์มโนจิตต์ เพื่อนและ
น้อง ๆ ตลอดจนเพื่อนนิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา รุ่น 10 ทุกคน ที่สนับสนุนให้ความ
ช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

นิสมีย นิตทขาวารากร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	10
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	35
การวิจัยในต่างประเทศ	35
การวิจัยในประเทศ	36
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	47
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	48
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	48
ประชากร	48
กลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	51
ลักษณะของเครื่องมือ	51
เกณฑ์การให้คะแนน	52
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	54

บทที่	หน้า
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	55
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	55
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	56
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	62
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	62
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
ผลการศึกษาค้นคว้า	64
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	87
บทย่อ	87
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	87
วิธีดำเนินการวิจัย	87
การวิเคราะห์ข้อมูล	88
สรุปผลการค้นคว้า	89
อภิปรายผล	91
ข้อเสนอแนะ	111
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	113
บรรณานุกรม	114
ภาคผนวก ก. หนังสือขอความอนุเคราะห์	121
ข. แบบสัมภาษณ์	124
ค. ค่าความยาก-ง่าย และค่าอำนาจจำแนกแบบสัมภาษณ์	136
ประวัติย่อของผู้วิจัย	149

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ชายอดนิยม 10 ชนิดที่ควรรู้จัก	1
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแผนกและเพศ	50
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มอาการของโรค และแผนกผู้ป่วย	64
4	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วย จำแนก ตาม ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพ	68
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ .	69
6	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามกลุ่มอายุ	70
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามกลุ่มอายุ	71
8	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน	72
9	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามระดับการศึกษา	73
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามระดับการศึกษา	74
11	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามระดับการศึกษา	75

12	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตาม สถานภาพการสมรส	76
13	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามสถานภาพการสมรส	77
14	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามอาชีพ	78
15	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามอาชีพ	79
16	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ การใช้ยา จำแนกตามอาชีพ	80
17	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัว	81
18	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ การใช้ยา จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	82
19	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัว	83
20	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ การใช้ยาของผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอาการของโรค	84
21	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามแผนกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ	85

ตาราง	หน้า
22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยา จําแนกตามแผนกต่าง ๆ	86
23 ค่าความยาก-ง่าย และค่าอำนาจจําแนกในด้านความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยา	136
24 ค่าอำนาจจําแนกด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา	137
25 ค่าอำนาจจําแนกด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา	138
26 คะแนนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในด้านความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยา จําแนกเป็นรายชื่อ	139
27 คะแนนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา ...	146
28 คะแนนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในด้านกาปฏิบัติเกี่ยวกับ การใช้ยา	148

บัญชีภาพประกอบ

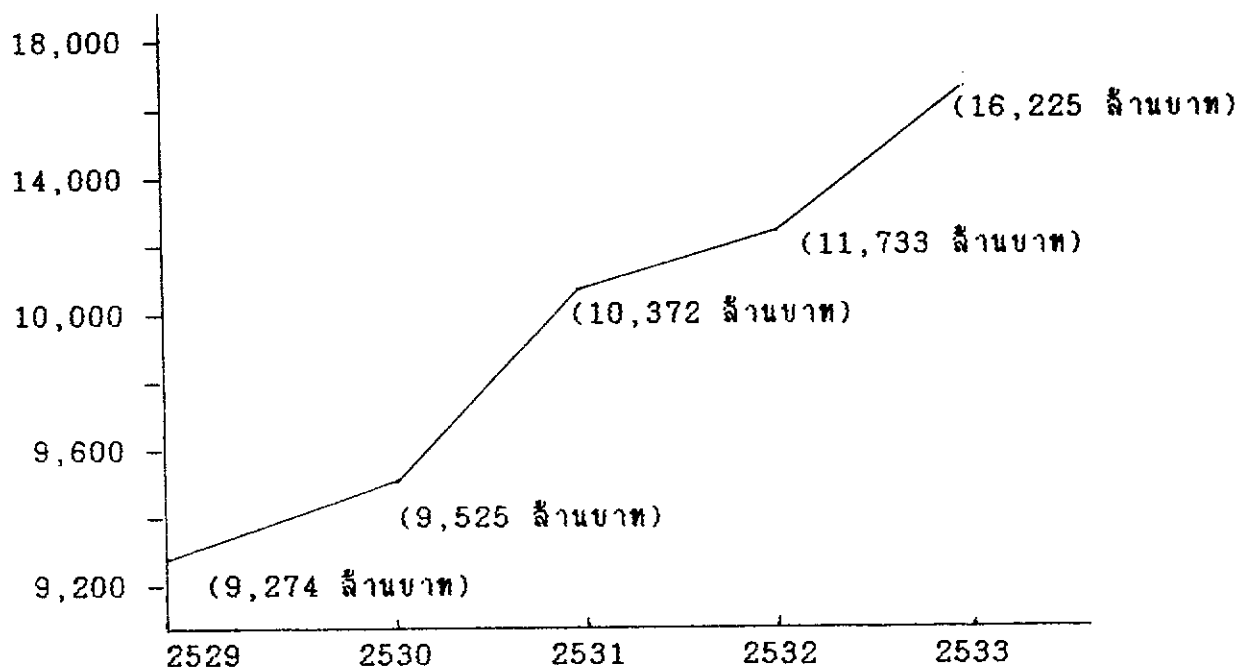
ภาพประกอบ	หน้า
1 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข	
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2529-2533	1
2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	17

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

สุขภาพอนามัยของมนุษย์อาศัยปัจจัยในการดำรงชีวิตสี่ประการ ๒๒ เป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะที่มีการเจ็บป่วย และเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่ทุกคนจะต้องประสบ ย่าจึงนับว่ามีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติเป็นอย่างมาก จากการสำรวจพบว่าในปีหนึ่ง ๆ คนไทยบริโภคยาคิดเป็นมูลค่าการนำเข้าตามราคาขายส่งมากกว่าหนึ่งหมื่นล้านบาท (ประชาเอมอมร. 2533 : 300/1422) ถ้าดูจากงบประมาณค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นปริมาณการใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.

2529 - 2533 (หน่วย : ล้านบาท)

ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2533.

จากตาราง 1 และจากมูลค่าการนำเข้าของยาจะเห็นว่าคนไทยเสียค่า
 ใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะการบริโภคยาซึ่งพบว่าการขึ้นทะเบียน
 ยาของกระทรวงสาธารณสุขมากถึง 20,000 - 30,000 ตัวรับ ในขณะที่องค์การ
 อนามัยโลกได้วิจัยและประกาศว่ายาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรคทุกวันนี้มีไม่
 เกิน 200 ตัวรับ (บุตร ประดิษฐ์วิชัย. ม.ป.ป. : บทนำ) คนไทยจึงมียาให้เลือก
 มากมายเกินจำเป็น มีการใช้จ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยและไม่ถูกต้อง ยังมีอัตราการใช้จ่าย
 มากขึ้นเพียงใด อัตรายาที่เกิดจากการใช้จ่ายก็ย่อมเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว เพราะยา
 มีคุณสมบัติแต่ก็มีโทษมหันต์แฝงอยู่ อัตรายาที่เกิดขึ้นเกิดได้ทุกขั้นตอน ตั้งแต่การผลิตที่
 ไม่ได้มาตรฐาน การเก็บรักษายาที่ไม่ถูกต้อง และที่สำคัญที่สุดคือ การใช้จ่ายที่เกิดจาก
 รายงานของศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่าย พบว่า มีผู้เสียชีวิต เพราะ
 ยาพาราเซตามอลเกินขนาดในปีหนึ่ง ๆ กว่า 300 คน (ประชา เอมอมร. 2533
 : 300/1422)

ปัญหาการใช้จ่ายที่พบในประเทศไทยคือ คนไทยสามารถซื้อยาจากร้านขายยา
 ได้อย่างสะดวกสบาย ไม่ว่าจะเป็นยาประเภทที่มีอันตรายหรือไม่มีอันตรายโดยไม่ได้รับ
 การตรวจวินิจฉัยโรค และสั่งยาโดยแพทย์ ประชากรไทยส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับ
 ยาจึงแก้ปัญหาด้วยการไปใช้บริการจากภาคเอกชนโดยเฉพาะร้านขายยาร้อยละ
 60.5 (คณะกรรมการอาหารและยา. 2524 : บทคัดย่อ) จึงมีผลกระทบร้ายจากการ
 ซื้อยากินเอง และถึงแม้จะได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง แต่ถ้าผู้ใช้จ่ายยา
 ไม่ถูกต้อง ผลเสียย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังที่ อิศริย์ สิงหลกะ (2524 :
 บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาถึงการใช้จ่ายที่ไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก พบว่า มีอัตราการไ
 ใช้จ่ายไม่ตามสั่งคิดเฉลี่ยได้ถึงร้อยละ 40.16 โดยความผิดพลาดที่พบได้แก่ การไม่ไ
 ใช้จ่ายตามแพทย์สั่ง การใช้จ่ายโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง การใช้จ่ายไม่ตรงตามช่วงระยะเวลาที่แพทย์
 สั่ง และพบว่าเมื่อจำนวนครั้งที่ไ
 ใช้จ่ายต่อวันเพิ่มมากขึ้น การใช้จ่ายไม่ตรงตามสั่งจะเพิ่ม
 มากขึ้นด้วย จึงนับเป็นปัญหาต่อสุขภาพอนามัยอย่างใหญ่หลวง โดยเฉพาะพฤติกรรมบาง
 อย่างที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะก่อให้เกิดผลร้ายถึงแก่ชีวิต หรือโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้จาก

ทำให้เกิดปัญหาการใช้จ่ายไม่ถูกต้องได้

วชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย มีปริมาณคนไข้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกประมาณวันละ 1,464 คน (สถิติผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2533) นับเป็นจำนวนที่มากจนอาจเกิดปัญหาการได้รับความแนะนำในการปฏิบัติตัว และการแนะนำเกี่ยวกับการใช้จ่ายในระยะเวลาที่จำกัดอันอาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยได้ ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่เป็นอาจารย์พยาบาล ทำหน้าที่ในการสอนนักศึกษาพยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาลในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อนำข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มาเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำ บริการ และหาทางป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากการใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวมถึงประชาชนทั่วไปได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังนำมาเป็นประโยชน์ในการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้รับทราบถึงปัญหา ตลอดจนหาแนวทางในการให้สุศึกษาที่ถูกต้อง ตรงกับปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่

× ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อทราบถึงระดับพฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตามตัวแปรต่าง ๆ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มอาการของโรค และแผนกที่ผู้ป่วยมารับบริการ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการหาข้อสรุป และนำเสนอเรื่องราวสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และประชาชนโดยทั่วไป
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักศึกษาพยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาล ได้ใช้ประโยชน์ในการหาทางป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากการรักษา
3. ว่าเป็นข้อมูลเสนอแนะให้โรงพยาบาลได้จัดตั้งหน่วยบริการรักษาผู้ป่วยนอก เรื่องยานักผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
4. เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ในการศึกษาดังกล่าวจะไม่นำผู้ป่วยในแผนกสูติกรรมและนรีเวชกรรมมาใช้ในการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษานี้มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป เนื่องจากสามารถดูแลเรื่องการรักษาเองได้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ป่วยมารับบริการประมาณ 525,244 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนตามแผนกของโรคและเพศ (Proportional Stratified Sampling) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่มาใช้บริการในระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2536 จำนวน 400 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 สถานภาพการสมรส
- 1.5 อาชีพ
- 1.6 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- 1.7 กลุ่มอาการของโรค
- 1.8 แผนกผู้ป่วย

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ยา วัสดุ วัสดุ และชนาวิรัตน์ วัสดุ (2522 : 2) ได้ให้ความหมายตามพระราชบัญญัติยาไว้ดังนี้

1.1 วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับการวิเคราะห์ บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ ไม่รวมถึงวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นอาหาร เครื่องกีฬา เครื่องสำอาง เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบโรคศิลปะ และส่วนประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในการนั้น

1.2 วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับทำให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์

2. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาจากแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปี ซึ่งอยู่ในสภาพที่สามารถให้การสัมภาษณ์ หรือให้ข้อมูลได้

3. แผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง แผนกที่ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้มารับบริการ โดยไม่ได้พักรักษาค้างคืนในโรงพยาบาล

4. พฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งแยกออกเป็น ความรู้ หมายถึง การรู้เข้าใจถึงเรื่องราว และสามารถบอกได้ ส่วนเจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ทักษะ ความคิดเห็น ความเชื่อต่อการใช้ยานเอง ประมาดค่า และเรื่องการปฏิบัติ หมายถึง การประพฤติก การปฏิบัติซึ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกซึ่งสามารถสังเกตได้ และวัดได้ด้วยการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ระลึกถึงเหตุการณ์ที่ปฏิบัติครั้งล่าสุด หรือกำลังปฏิบัติอยู่

5. อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งแบ่งออกเป็น (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2526 : 113-118)

5.1 อายุ 13 - 19 ปี

5.2 อายุ 20 - 60 ปี

5.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป

6. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2526 : 1-12) ได้แบ่งออกเป็น

6.1 ไม่ได้เรียน หรือไม่สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา

6.2 สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา

6.3 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา

6.4 สำเร็จการศึกษามากกว่ามัธยมศึกษา

7. สถานภาพการสมรส หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของสถานภาพการสมรสในปัจจุบันของผู้มารับบริการ ณ ดิกลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล แบ่งออกเป็น

- 7.1 โสด
- 7.2 คู่ (อยู่รวมกัน)
- 7.3 คู่ (แยกกันอยู่)
- 7.4 หย่าร้าง
- 7.5 คู่สมรสเสียชีวิต

8. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบันของผู้มารับบริการ ณ ดิกลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งแบ่งออกเป็น

- 8.1 รับจ้าง เอกชน/ส่วนตัว หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอนในเดือนหนึ่ง ๆ
- 8.2 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทาไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย
- 8.3 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด
- 8.4 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
- 8.5 นักเรียน / นักศึกษา / ไม่มีอาชีพ หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่หรือไม่มีอาชีพ

9. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2529 : 10) คือ

- 9.1 รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท
- 9.2 รายได้ 2,466 - 7,410 บาท
- 9.3 รายได้สูงกว่า 7,410 บาท

10. กลุ่มอาการของโรค หมายถึง การแบ่งประเภทของโรคออกเป็น 2 ประเภท มิลเลอร์ (Miller. 1970)

10.1 โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลงอย่างรวดเร็ว โดยไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่าหรือน้อยกว่าโรคเฉียบพลัน และไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เพราะโรคเรื้อรังบางโรคสามารถรักษาให้หายได้

ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องเกิน 3 สัปดาห์ (Thomas. 1983 : 535)

10.2 โรคเฉียบพลัน หมายถึง โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการในระยะเวลาที่รวดเร็ว โดยไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่าหรือน้อยกว่าโรคเรื้อรัง

ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 3 สัปดาห์

11. แผนกผู้ป่วย หมายถึง แผนกต่าง ๆ ที่ในแผนกผู้ป่วยนอกรวม 9 แผนก คือ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก จักษุ โสต ศอ นาสิก สูติกรรม นรีเวชกรรม วางแผนครอบครัว และทันตกรรม

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึง แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เรื่องยา ความหมายของยา ประเภทของยา และรูปแบบของยา หลักการยาพิษ ยาสำคัญและจำเป็นต้องรับประทาน 10 ชนิดที่ควรรู้จัก ปัญหาจากการรับประทาน และสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายจากการรับประทาน ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าดังมีรายละเอียด ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 580) หมายถึง การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า ซึ่งมีผู้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้มากมาย เช่น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526 : 97 - 98) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง การแสดงออก ท่าทีของบุคคล การคิดของบุคคล การพูด การเดิน การวิ่ง การหัวเราะ การรับประทานอาหาร การหายใจ การเดินของหัวใจ ความรู้สึกของบุคคล ล้วนแต่เป็นพฤติกรรมของบุคคลทั้งสิ้น ดังนั้นอาจให้ความหมายของพฤติกรรมดังนี้ พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งทั้งที่มีอยู่ภายใน หรือแสดงออกมาจากภายนอก นิยมพฤติกรรมศาสตร์บางคนเรียกการเคลื่อนไหวของสิ่งที่ไม่มียังชีวิตว่าเป็นพฤติกรรมด้วย

บloom (Bloom. 1975 : 65 - 197) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรม

ดังกล่าวนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ การจำชื่อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้ระดับง่าย ๆ จากความรู้ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การสังเคราะห์ และการประเมินผลในทางสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้จะสามารถอธิบายถึงสาเหตุของโรคได้ ประเมินได้ว่าการปฏิบัติสิ่งใดดีหรือไม่ดี

2. พฤติกรรมด้านเจตนิสัย หรือพฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain) หมายถึง พฤติกรรมที่มีความสนใจ ความชอบไม่ชอบ ทัศนคติ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ แบ่งออกได้เป็นขั้นตอน คือ การรับ การตอบสนอง การให้ค่า การจัดกลุ่มค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ พฤติกรรมด้านนี้จะบอกถึงแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ พฤติกรรม ซึ่งเชื่อว่า บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพย่อมมีแนวโน้มจะปฏิบัติตนได้ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาโดยมีด้านพุทธิพิสัย และด้านทัศนคติ มาเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง พฤติกรรมด้านการปฏิบัติจึงนับเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การไปพบแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วย

ในทางการแพทย์และการสาธารณสุขนั้นถือว่า การปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลนั้นเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี หายจากโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ง่าย แต่การที่จะให้บุคคลเกิดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายนี้ ในกระบวนการจัดการศึกษานั้นถือว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ และทางทัศนคติของบุคคลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร ดังนั้นในการวางแผนงานสุขภาพในโครงการ

การทางการแพทย์ และการสาธารณสุขนั้น นักสุขศึกษาจะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มบุคคลที่จะเข้าถึงว่ามีส่วนประกอบของพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาที่จะแก้ไขอย่างไรบ้าง รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นในการวางแผนงาน ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพก่อนเริ่มโครงการนี้จะช่วยในการวางแผนงานทางสุขศึกษาว่าต้องการจะทำให้กลุ่มบุคคลนั้น ๆ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทั้ง 3 ด้านอย่างไรบ้าง

พฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะ เช่น

ชนววรรณ อัมสมบูรณ์ (2532 : 38) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณี ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะด้วยกันคือ

ลักษณะแรก เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

ลักษณะที่สอง เป็นการงดเว้นหรือไม่แสดงออกในสิ่งทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสองลักษณะนี้แสดงออกให้ปรากฏในสภาพต่าง ๆ 3 สภาพด้วยกันคือ

ประการแรก เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องหนึ่งเรื่องใดที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประการที่สอง เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น เจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา จิตสำนึก ความตระหนัก รวมทั้งที่ท่าที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ จึงหมายความว่ารวมถึง การกระทำหรือการงดเว้น การกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำหรือการปฏิบัติทั้งหลายที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่าง ๆ มีอยู่ 2 ลักษณะด้วยกันคือ พฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เป็นผลดี หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นผลของการเรียนรู้ตามพัฒนาการในบุคคลต่าง ๆ ตั้งแต่แรกคลอด โดยมีพัฒนาของ

พฤติกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองและบุคคลอื่น การพัฒนาของพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับกระบวนการพัฒนา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

ธรรมชาติของพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการจัดธรรมชาติของพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ไว้หลายระดับ เช่น

ธนวรรธน์ อัมสมบุรณ์ (2532 : 39 - 43) กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จำแนกออกได้เป็น 3 ระดับ ตามสภาพของพฤติกรรมคือ

ระดับแรก เป็นการประพฤติดุบัติตามกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับต่าง ๆ หรือการงดกระทำประพฤติดุบัติในสิ่งที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพตามกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ พฤติกรรมระดับนี้เป็นพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำสุดของบุคคลที่ต้องการให้มีขึ้น

ระดับสอง เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในสภาพของการกระทำ การประพฤติดุบัติตามคำแนะนำหรือตามการเชิญชวนต่าง ๆ โดยอาศัยกลไกการตัดสินใจของแต่ละบุคคลเองเป็นสำคัญ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในระดับนี้มีทั้งการกระทำ การประพฤติดุบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และการไม่กระทำไม่ประพฤตินสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษต่อสุขภาพ

ระดับสาม เป็นการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามจิตสำนึก หรือความรู้สึกนึกคิดภายในตนเอง โดยอาศัยกลไกของค่านิยม ซึ่งเป็นพฤติกรรมสูงสุดที่ต้องการให้เกิดและมีอยู่ในแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior)

หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่การออกกำลังกาย

การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี
รถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติ
ที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหา
การรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-Role Behavior) หมายถึง
การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทาน
ยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำ
ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพนั้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบทางด้าน
ความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติ ส่วนองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น
ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 173 - 185) ได้แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบคือ

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา
2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม
3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ
4. องค์ประกอบทางการศึกษา
5. องค์ประกอบทางการเมือง

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ที่จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่
บุคลิกภาพ ความต้องการ ความสนใจ การตั้งใจ ความสามารถ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผล
ต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้เรียนไม่มี
ความต้องการที่จะเรียนหรือรับฟังข่าวสารต่าง ๆ ที่ส่งออกไป ความรู้ ทัศนคติ และ
การปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก็จะไม่เปลี่ยนแปลง หรือเด็กที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน
ย่อมจะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันไป เป็นต้น

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ นั้นมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก เช่น บางครอบครัวปลูกฝังการไม่รับประทานผัก เนื้อสัตว์ หรือปลูกฝังให้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การรักษาความสะอาดของบ้าน กล่าวได้ว่า ถ้าพ่อ-แม่ คนเลี้ยงดู ส่งเสริมให้เด็กเกิดความเชื่อ มีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในด้านที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดีแล้ว ก็จะเป็นการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้อย่างมาก

กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายตามกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม นักศึกษาจึงควรรู้จักกลุ่มของสังคมที่เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามกัน

สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้ต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ย่อมจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ชีวิตที่ดีกว่าประชาชนทั่วไป เป็นต้น

วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิถีการครองชีวิต วิถีความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก

อิทธิพลของวัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติทางสุขภาพได้เป็นอย่างมาก เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บางชุมชนเมื่อมีไข้สูง อาจนิยมรักษาโดยทางเวชมนตร์ เช่น การเป่าคาถาอาคม หรือหญิงหลังคลอดจะห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ทุกชนิด เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากเช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนจากสถิติการเกิดโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ จะพบในกลุ่มประชาชนที่ยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลางหรือร่ำรวย แต่สำหรับในกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจดีมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น อาทิ

บุษตะกุล (2533 : 131) ได้ทำการวิจัยถึงพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ พบว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องการดูแลบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

4. องค์ประกอบทางด้านการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ดังที่ อัสสมัย สิงหลกะ (2534 : 18) ได้ทำการศึกษาถึงการรียาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก พบว่า พวกที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความเข้าใจต่อการรียามากกว่าพวกที่มีการศึกษาต่ำกว่า

5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทางด้านความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษายาบาล กิจกรรมการสุศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

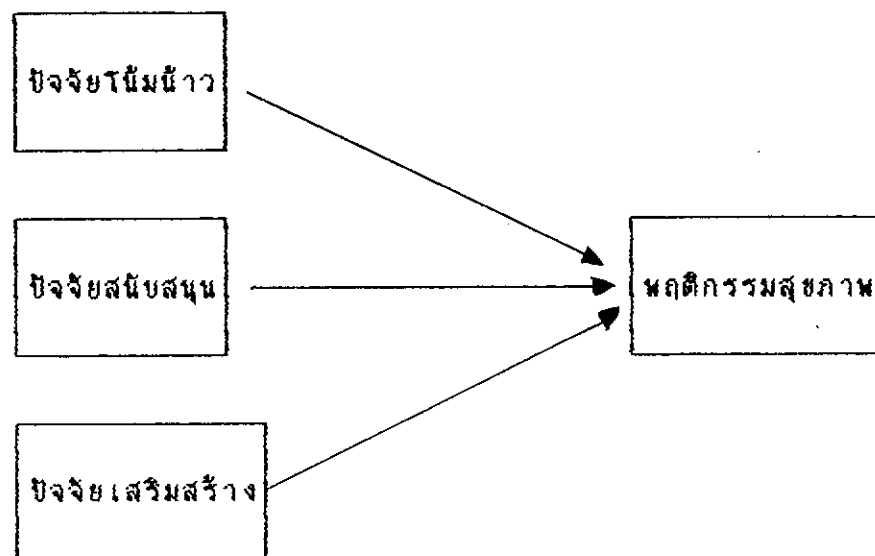
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง ชนวรวัธน์ อัมสมบุรณ์ (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่าจะขึ้นอยู่กับลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย

3 ประการคือ

1. ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มนำให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสังคม สิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใด อย่างพอเพียง เหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรม อย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบโครงการ สุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะบ่งชี้ถึงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นได้ โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำ หรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยการใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงสนับสนุน และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ พอสรุปเป็นรูปแบบ ดังนี้



ภาพประกอบ 2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ที่มา : ธนวรรธน์ อัมสมบุรณ์. "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน :

กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขศึกษา. 8 (29) :

เมษายน - พฤษภาคม 2528. หน้า 24 - 26.

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้ง 3 จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของคนได้ เช่น เมื่อเด็กเจ็บป่วย บิดา มารดาพาไปโรงพยาบาล เด็กก็จะเกิดการเรียนรู้ว่าถ้าเกิดอาการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ต้องกินยาอย่างถูกต้องโดยเฉพาะถ้ามีปัจจัยสนับสนุน เช่น มีโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยใกล้บ้าน มีเจ้าหน้าที่ที่คอยให้ความรู้ แนะนำหลักการรักษาได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจัยเสริมสร้าง เด็กจะเติบโตขึ้นโดยจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการรักษา

ความหมายของยา คำว่า "ยา" มีความหมายตามความคิดเห็นของบุคคลได้แตกต่างกัน ในที่นี้ใช้ความหมายจากพระราชบัญญัติยา ฉบับสมบูรณ์ ปี พ.ศ. 2522 ซึ่งได้ให้คำจำกัดความของ "ยา" ว่า

1. วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ
2. วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับการวิเคราะห์บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์
3. วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายของมนุษย์ หรือสัตว์ที่รัฐมนตรีประกาศ

วัตถุในข้อ 1 หรือ 2 ไม่รวมถึงวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นอาหาร เครื่องกีฬา เครื่องสำอาง เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบโรคศิลปะ และส่วนประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในการนั้น

การจำแนกประเภทของยา จำแนกออกได้เป็น

1. แบ่งตามหลักเภสัชวิทยา ซึ่งแบ่งได้เป็นหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มยาลดไข้ แก้ปวด ยาน้ำแก้ไอ ยาน้ำแก้ท้องเสีย เป็นต้น ซึ่งจะไม่กล่าวถึงรายละเอียดในที่นี้
2. แบ่งตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแบ่งยาออกเป็น 9 ประเภทคือ

2.1 ยานแผนปัจจุบัน หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน หรือการบำบัดโรคสัตว์

2.2 ยานแผนโบราณ หมายความว่า ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการ ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่ รัฐมนตรีประกาศ หรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาต ให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นแผนโบราณ

2.3 ยาอันตราย หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณที่ รัฐมนตรีประกาศเป็นยาอันตราย ซึ่งกล่าวอย่างง่าย ๆ ก็คือ หมายถึงยาที่ทำให้เกิด พิษภัยกับผู้ใช้ได้ง่ายเมื่อใช้ไม่ถูกวิธีการใช้ยาอันตราย จึงต้องทำตามคำแนะนำของ แพทย์ ไม่ควรซื้อยาอันตรายใช้เอง

2.4 ยาควบคุมพิเศษ หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผน โบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาควบคุมพิเศษ ซึ่งโดยทั่วไปจะหมายถึง ยาที่ออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาท และยาที่อาจทำให้เกิดอันตรายสูงต่อผู้ใช้ เช่น ยานอนหลับ ยากล่อม ประสาท เป็นต้น ยาควบคุมพิเศษเป็นยาที่ทำให้เกิดพิษภัยแก่ผู้ใช้ทุกรายไม่ว่าจะใช้ ถูกวิธีหรือไม่ก็ตาม การใช้ยาประเภทนี้จึงควรอยู่ในความดูแลของแพทย์เท่านั้น

2.5 ยาใช้ภายนอก หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผนโบราณ ที่มุ่งหมายสำหรับใช้ภายนอก ทั้งนี้ไม่รวมถึงยาใช้เฉพาะที่

2.6 ยาใช้เฉพาะที่ หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผนโบราณ ที่มุ่งหมายสำหรับใช้เฉพาะที่กับ หู ตา จมูก ปาก ทวารหนัก ช่องคลอด หรือท่อน้ำนม

2.7 ยาสามัญประจำบ้าน หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผน โบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาสามัญประจำบ้าน

2.8 ยาสมุนไพร หมายความว่า ยาที่ได้จากพืช สัตว์ หรือแร่ ซึ่งไม่ได้ผสมปรุง หรือแปรสภาพ

2.9 ยาบรรจุเสร็จ หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผนโบราณ ที่ได้ผลิตขึ้นเสร็จในรูปต่าง ๆ ทางเภสัชกรรม และบรรจุในภาชนะหรือหีบห่อที่ปิดหรือ ปิดไว้ และมีฉลากครบถ้วนตามพระราชบัญญัตินี้

รูปแบบของยา แบ่งออกได้หลายรูปแบบ ในที่นี้ขอแบ่งตาม จรัส บุญธรรม (2535 : 17 - 18) ซึ่งได้แบ่งรูปแบบของยาออกเป็น 10 รูปแบบ ดังนี้

1. ยาเม็ด ผลิตจากผงอัดขึ้นเป็นรูปเม็ด ด้วยยานเม็ดจริงมีอยู่ 1 ใน 3 ที่เหลือเป็นสารที่ทำให้ผงยาเกาะตัวกันเป็นเม็ด สารที่ช่วยให้ยาเม็ดแตกตัวละลายในน้ำย่อยของกระเพาะ หรือสารที่เคลือบป้องกันกระเพาะ

2. ยาเม็ดแคปซูล ยาที่บรรจุในแคปซูลอาจจะเป็นยาผง หรือยาที่ทำเป็นเม็ดเล็ก ๆ แคปซูลทำจากเจลาติน เมื่อสัมผัสกับน้ำย่อยในกระเพาะ แคปซูลจะละลาย ตัวยาออกมาทำงานตามหน้าที่ของมัน

3. ยาน้ำ ส่วนผสมในยาน้ำ นอกจากตัวยาแล้ว ยังมีตัวทาละลายผสมสารแต่งกลิ่นและสี ส่วนผสมส่วนใหญ่เป็นยาน้ำ หรือสารที่เป็นตัวทาละลาย มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เป็นเนื้อยา อาจจะมีการบุงสีและกลิ่นในกรณีที่เป็นยาสำหรับเด็ก

4. ยาหยอด เป็นรูปแบบหนึ่งของยาน้ำ แต่ใช้เป็นยาหยอด เช่น หยอดหู หยอดตา และหยอดจมูก

5. ขี้ผึ้งและครีม เป็นรูปแบบหนึ่งของยาที่ใช้ทาบริเวณผิวหนัง ขี้ผึ้งแตกต่างจากครีมตรงที่มีลักษณะเหนียวเหนอะ

6. ยาสูดพ่น ส่วนใหญ่ใช้บรรเทาอาการหืด และหอบหืด ตัวยาจะถูกพ่นเป็นฝอยเล็ก ๆ เข้าสู่ปอดได้รวดเร็ว

7. ยาเหน็บ บรรจุไว้ในแคปซูลอ่อนขนาดใหญ่ ใช้ใช้โดยสอดเข้าทางทวารหนัก ยาสามารถดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือดได้โดยตรง ได้ผลรวดเร็วกว่าการกินมาก

8. ยาสอดคล้าย ๆ ยาเหน็บ แต่ใช้สอดผ่านช่องคลอด ตัวยาจะละลาย เนื่องจากอุณหภูมิของร่างกาย

9. ยาแผ่น ลักษณะคล้ายแผ่นพลาสติกที่มีตัวยาบรรจุอยู่ ใช้ใช้โดยการนำไปแปะตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องการรักษา ตัวยาจะซึมเข้าไปในกระแสเลือด ผ่านทางผิวหนัง สามารถใช้บรรเทาอาการเมารถ และอาการไม่สบายในระยะ

ทั้งหมดประจำเดือน

10. ยานี้ด เป็นรูปแบบหนึ่งของยาน้ำ แต่ต้องรับประทานให้ด้วยยาเข้าสู่ร่างกาย เช่น ยานี้ดอินซูลิน

หลักการการใช้ยา หลักทั่ว ๆ ไปในการใช้ยาที่ควรปฏิบัติ ได้แก่

1. รู้ชื่อยา
2. รู้วิธีใช้ยาที่ถูกต้อง
3. รู้ข้อห้ามในการใช้ยา
4. รู้ลักษณะยาที่หมดอายุ
5. ระวังใช้กินกับยา

1. รู้ชื่อยา เมื่อใช้ยาชนิดใดจะต้องรู้ชื่อยานั้น โดยต้องรู้ชื่อทางยาไม่ใช่ว่าชื่อทางการค้า เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล เป็นต้น เพราะหากเกิดอาการแพ้หรือเกิดอันตรายจากยาแล้ว ถ้าไม่รู้ชื่อยาก็ยากแก่การแก้ไขช่วยเหลือได้ทัน และเมื่อแพ้ยานั้นแล้วก็ต้องจดจำชื่อยาไว้เพื่อจะได้ไม่ใช้ยาดังนั้นอีก (กลุ่มศึกษาปัญหาฯ. 2528 : 34)

2. รู้วิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง พรหมเพ็ญ เปรมทยชิน และคนอื่น ๆ (2534 : 1 - 5) ได้เสนอหลักและวิธีการที่ถูกต้อง ดังนี้

2.1 ใช้ยาให้ถูกโรค โดยต้องรู้ว่า ยานั้นแก้โรคอะไร เช่น ยาแก้ปวดไม่นำมาใช้แก้การอักเสบ

2.2 ใช้ยาให้ถูกขนาด การใช้ยาของแต่ละคนมีขนาดยาไม่เท่ากัน เช่น ทารก เด็กเล็ก เด็กโต ผู้ใหญ่ คนแก่ จะมีขนาดยาไม่เท่ากัน ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่เขียนไว้บนฉลาก อย่าตัดสินใจเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง เพราะจะทำให้เกิดอันตรายหรือไม่หายได้

2.3 ใช้ยาให้ถูกเวลา ยาแต่ละชนิดจะมีช่วงห่างของการใช้ยาไม่เท่ากัน ยาบางอย่างออกฤทธิ์สั้นเพียง 4 - 6 ชั่วโมง วันหนึ่ง ๆ จึงใช้ 4 - 6 ครั้ง ยาบางอย่างออกฤทธิ์นาน 12 - 24 ชั่วโมง ก็อาจใช้เพียงวันละ 1 - 2 ครั้ง

เป็นต้น ยาบางชนิดต้องรับประทานต่อเนื่อง 5 - 7 วัน เช่น ยาต้านจุลชีพ (ยาปฏิชีวนะ) ก็ต้องใช้ให้ครบตามที่กำหนด นอกจากนี้ยาที่ให้โดยรับประทานตามเวลาของอาหาร บางชนิดให้รับประทานก่อนอาหาร บางชนิดหลังอาหาร หรือพร้อมอาหาร เวลารับประทานต้องปฏิบัติตามที่ถูกต้อง ดังนี้

2.3.1 รับประทานก่อนอาหาร หมายความว่า ก่อนอาหาร 1/2 - 1 ชั่วโมง เพราะว่ายาเหล่านี้จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดีขณะที่ท้องว่างจึงจะได้ผลสมบูรณ์ ส่วนใหญ่ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ

2.3.2 รับประทานหลังอาหาร หมายถึง ให้รับประทานหลังอาหาร 15 - 30 นาที ส่วนใหญ่เป็นยาทั่ว ๆ ไป ซึ่งจะสามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดีพร้อมอาหาร

2.3.3 รับประทานหลังอาหารทันที หรือพร้อมอาหาร ส่วนมากเป็นยาที่ฤทธิ์ที่ทำให้เกิดระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะ เช่น ยาแอสไพริน หากรับประทานขณะที่ท้องว่างจะทำให้ปวดท้อง คลื่นไส้ได้ ดังนั้นจึงต้องให้อาหารหรือน้ำช่วยทำให้เจือจางลง

2.3.4 รับประทานหลังอาหาร 1 และ 3 ชั่วโมง ได้แก่ ยาลดกรด จะทำให้ได้ผลดีที่สุด

2.3.5 รับประทานก่อนนอน หมายถึง การรับประทานยาก่อนนอนตอนกลางคืนเพียงครั้งเดียว ไม่ថว่ารับประทานทุกครั้งที่จะนอน เมื่อจะนอนวันละหลาย ๆ ครั้ง

2.4 ใช้ยาที่ถูกวิธี หรือถูกทาง ดังนี้

2.4.1 ยาเม็ด หรือแคปซูล ต้องกลืนยาทั้งเม็ดหรือแคปซูล พร้อมน้ำ และไม่ควรถูบเคี้ยวเม็ดยาหรือแกะยาออกจากแคปซูล สำหรับยาที่เขียนว่า "ควรเคี้ยวยาก่อนกลืน" เช่น ยาเม็ดลดกรด ควรเคี้ยวให้ละเอียดมาก ๆ แล้วกลืนพร้อมน้ำ ทั้งนี้เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้ดี

2.4.2 ยาน้ำ มีทั้งยาน้ำใสและยาน้ำขุ่นตะกอน เวลาใช้ยา

ต้องเขย่าขวดก่อนใช้ยาทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ตัวยากระจายทั้งขวด เมื่อรินยาออกมาแต่ละครั้งจะได้รับยาเท่า ๆ กัน แม้ว่ายาน้ำใสจะไม่มีตะกอนก็ควรเขย่าหรือกลับขวดยาด้วย จะทำให้ยามีความเข้มข้นเท่ากันหมดทั้งขวด สำหรับยาน้ำที่ใช้รับประทานต้องใช้อ็อนตวงยาที่มีขนาดมาตรฐาน ส่วนมากจะมีติดมากับขวดยาอยู่แล้ว ไม่ควรใช้อ็อนตวง หรืออ็อนตวงที่มีรั้วในครัว เพราะจะมีขนาดเล็กกว่าอ็อนตวงมาตรฐาน ทำให้ตวงยาได้น้อยกว่าขนาดที่ต้องใช้จริง

2.4.3 ยาลูก หากใช้ยาผลที่ต้องละลายน้ำก่อนรับประทานต้องละลายน้ำก่อน ห้ามรับประทานในลักษณะผงแห้ง แล้วดื่มน้ำตาม เพราะยาลูกบางอย่างจะไม่ละลาย แต่จะพองตัวแล้วทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดอาหารได้ สำหรับยาลูกที่ใช้ใส่แผลภายนอกเวลาใช้ต้องระวังอย่าให้ยาปลิวเข้าตา จมูก และปากได้ เมื่อใช้เสร็จแล้วควรล้างมือให้สะอาด เพราะอาจเกิดอันตรายได้

2.4.4 ยาภายนอก หมายถึง ยาที่ใช้สำหรับภายนอกเท่านั้น ห้ามรับประทานโดยเด็ดขาด มีหลายแบบ เช่น ยาขี้ผึ้ง ครีม หรือเจล เป็นยาทาที่ผิวหนัง ควรทาบาง ๆ บางชนิดที่ระบุให้ทาจนวอดได้ หมายถึง ทาแล้วจนวอดด้วยเพื่อช่วยเร่งการดูดซึม ตัวยาทาให้ออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้น ตัวอย่างเช่น ยาหม่อง

2.4.5 ยาล้อม หมายถึง ล้อมไว้เฉย ๆ ไม่ต้องเคี้ยว อาจจะอมใต้ลิ้น หรืออมระหว่างลิ้นกับเพดานก็ได้ แล้วแต่จะบ่งไว้ว่าอย่างไร

2.4.6 ยาหยอด ได้แก่ ประเภทยอดหู ตา จมูก จะต้องหยอดในที่ถูกต้องและถูกวิธี โดยอ่านฉลากให้เข้าใจก่อน สำหรับยาหยอดหู หลังจากหยอดยาแล้ว ควรทิ้งให้ยาดังอยู่ในหู โดยตะแคงหูไว้นาน 5 นาที

2.4.7 ยาเหน็บ เป็นยาที่สอดทางทวารหนัก หรือช่องคลอด เพื่อให้ยาถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายทางทวารหนักหรือทางช่องคลอด ก่อนเหน็บยาต้องแกะกระดาษหุ้มยาออก แล้วเอายาจุ่มน้ำก่อนใช้สั้น สอดยาให้สุดเมื่อยา หลังสอดควรรอนพักอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เพื่อให้ยาละลาย และถูกดูดซึมเข้าไปตามต้องการ

2.5 วิชาชีพที่ถูกคน

3. รู้ข้อห้ามในการใช้ยา ข้อห้ามและข้อควรระวังในการใช้ยา อาจดูได้จากฉลากของยา ซึ่งควรระมัดระวัง ตัวอย่างเช่น

3.1 ยานักกดแอสไพริน ห้ามกินในคนที่เป็นโรคกระเพาะ หอบหืด ใช้เลือดออก โรคเลือดไหลไม่หยุด เพราะตัวยารบกวนการเกาะตัวของเกร็ดเลือด

3.2 ยาลดน้ำมูก อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม จึงไม่ควรใช้ระหว่างขับชิวดยาน หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร

3.3 ยาลดกรด ต้องไม่ใช้ร่วมกับยาปฏิชีวนะ เช่น เตตราไซคลิก และยาบางชนิด เพราะยาลดกรดไปรบกวนการดูดซึมของยาทั้งสองชนิด จึงไม่มีผลในการรักษา

3.4 หญิงมีครรภ์ แม้ในระยะเห็นบุตร และเด็กต้องระมัดระวังในการใช้ยา เช่น ยาเตตราไซคลิก ไม่ควรใช้เพราะยาจะไปรบกวนการสร้างกระดูกและฟัน

3.5 ยาคลอแรมเฟนิคอล (Chloramphenicol) ถ้าใช้กับเด็กจะทำให้เป็นโรคโลหิตจางได้ และถ้าใช้กับทารกแรกเกิด - 1 ปี อาจเกิดอันตราย เพราะตับของทารกยังไม่สามารถทำลายยาที่เข้าสู่ร่างกายได้พอ ยาอาจจะมีระดับสูงในร่างกายจนทำให้เกิดพิษรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

3.6 ยากล่อมประสาทหรือยาพวกลอนหลับ ถ้ากินร่วมกับสุราจะทำให้มีฤทธิ์กดสมอง อาจหลับไม่ตื่น หรือถึงตายได้

3.7 ยาพวกลอนหลับ ถ้าใช้ขณะตั้งครรภ์จะทำให้ทารกมีโอกาสพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดและหัวใจ

3.8 ยาพวกลอนหลับ (Steroid) ทำให้คนต้องมีโอกาสที่จะแพ้กันมากขึ้น หรืออาจทำให้เกิดความพิการ เช่น เพดานโหว่ต่อบุตรในครรภ์

4. รู้ลักษณะของยาหมดอายุ ก่อนใช้ยาต้องดูที่ฉลากยา ซึ่งจะมีการระบุวันหมดอายุ โดยมีกเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ดังนี้

Expiry Date หรือ Expiration Date หรือ Used before
หรือเขียนตัวย่อว่า Exp. date

ตัวอย่างการเขียน Exp. date 12/11/92 แสดงว่า ยาจะหมดอายุ
วันที่ 12 พฤศจิกายน ค.ศ. 1992 จึงไม่ควรใช้ยาหลังจากวันหมดอายุ ถ้ายาใดไม่มีทั้ง
Exp. date และ Used before แต่มี Mfg. 13/11/92 หมายความว่า ยานี้ผลิต
เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน ค.ศ. 1992 ให้นับเวลาหลังจากวันผลิต 5 ปี ยานั้นจะหมด
อายุ

นอกจากดูวันหมดอายุตามฉลากยาแล้ว เราสังเกตดูว่า ยาหมดอายุหรือ
ยังได้จากสี และรูปแบบที่เปลี่ยนไปของยา เช่น

4.1 เติตร้าซัยคลิน ที่หมดอายุ สีของยาภายในแคปซูลจะเปลี่ยนจาก
สีเหลืองนวล เป็นสีน้ำตาล หรือน้ำตาลไหม้ ซึ่งถ้ากินเข้าไปอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้
เพราะยาจะไปทำอันตรายต่อไต เกิดไตวายได้

4.2 ยาเม็ดที่มีสีจาง หรือมีน้ำแข็ง หรือมีผลึก เกร็ด เกาะติดอยู่
แสดงถึงยานั้นหมดอายุแล้ว

4.3 ยาน้ำ ถ้าเขย่าขวดแล้วตัวยายาไม่ละลายไม่ควรใช้

4.4 ยาเม็ดแคปซูล ถ้าแคปซูลพองออก บรีออก ไม่ควรใช้

4.5 ยาที่อยู่ในรูปผงสำหรับละลายน้ำ เมื่อผสมยาแล้ว ห้ามใช้เกิน
2 สัปดาห์ เพราะยาอาจเสื่อมคุณภาพ

5. น้ำที่ใช้กินกับยา ควรเป็นน้ำสะอาดที่ต้มเย็นแล้ว ไม่ควรกินยาพร้อม
เครื่องดื่มใด ๆ เพราะน้ำเป็นตัวทำละลายที่ดีที่สุด และมีฤทธิ์เป็นกลาง ไม่มีปฏิกิริยา
กับยา เช่น น้ำร้อน น้ำชา กาแฟ เพราะความร้อนอาจทำให้ยาเสื่อมได้ ยาในกลุ่ม
เพนิซิลิน (Penicillin) ถ้ากินพร้อมกับน้ำผลไม้ เช่น น้ำส้มคั้นจะทำให้ยาถูก
ทำลายและออกฤทธิ์ได้น้อยลง

ยาที่สำคัญและจำเป็นต้องใช้อยู่ 10 ชนิดที่ควรรู้จัก

จรัส บุญธรรมมา (2535 : 21 - 24) ได้อธิบายถึงยาที่สำคัญและจำเป็นต้องใช้อยู่ โดยใช้ชื่อว่า ยาชนิดนิยม 10 ชนิดที่ควรรู้จัก ซึ่งแจกแจงตามกลุ่มสรรพคุณการไว้ ดังนี้

ตาราง 1 ยาชนิดนิยม 10 ชนิดที่ควรรู้จัก

	ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
1	ยา ปฏิชีวนะ	หยุดการแบ่งตัวของแบคทีเรีย และทำให้เซลล์ของเชื้อโรคถูกทำลาย	กินยาทุก 4-6 ชม. ต้องกินให้ครบชุดมี เช่นนั้น แบคทีเรียอาจ ตื้อยาได้ หลัง กินยาไม่ควรดื่ม นมตาม ให้ดื่ม น้ำแทนดีกว่า และควรหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	อาจทำให้อาเจียน และท้องเสียได้ อาการที่พบคืออาจ มีลมพิษผื่นคัน ถ้า อาการไม่ดีขึ้นควร กินยานั้นก่อน แล้ว บริรักษามอเพื่อ ปรับเปลี่ยนยาตัว ใหม่	ช่วงที่รับประทาน กินอาหารที่มี วิตามิน แร่ธาตุ นอนหลับพักผ่อน ให้เพียงพอ ควรรู้ว่ายาที่คุณ กินอยู่นี้ออกฤทธิ์ ได้ดีขณะท้อง ว่างหรือหลัง อาหาร	ในช่วงที่รับประทาน อาจ จะส่งผลให้การ รับประทานยาชนิด ใหม่นี้ได้ผลยาก ดัง นั้น จึงควรใช้ อย่างอ่อนามัย ร่วมด้วยขณะมี แพดส์มันส์
2	ยากล่อม ประสาท	ช่วยให้จิตใจของคนไข้เกิดความสงบเย็นลง เพราะยาจะไป	หลีกเลี่ยงการ ดื่มเครื่องดื่มที่มี พสมแอลกอฮอล์ และไม่ควรใช้	ทำให้เกิดอาการ วิงเวียน หลงลืม และง่วงซึม ปัญหา อีกข้อหนึ่งคือ เมื่อ	ควรกินยาเพียง ช่วงเวลาสั้น ๆ เท่าที่จำเป็น เท่านั้น ถ้าคุณ	ไม่ควรทำงาน เกี่ยวกับเครื่องจักรหรือขับรถ ยนต์ เนื่องจาก

	ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
		หยุดกระบวนการทางเคมีในร่างกาย ซึ่งจะไม่มีผลให้ชะลอการทำงานของสมองลง การกินยากล่อมประสาทในปริมาณที่พอเหมาะจะทำให้คนไข้รู้สึกผ่อนคลายความรุนแรงทางอารมณ์ลงได้บ้าง	ยานานเกิน 2 สัปดาห์ โดยไม่ปรึกษาหมอ	กินนาน ๆ ทำให้อึดอัด และต้องเพิ่มขนาดของยาสูงขึ้น	รู้สึกว้าว ต้องใช้ยาจึงจะสบายดี แสดงว่าเริ่มติดยานแล้ว	การกินยาประเภทนี้ มีอันตรายมากกว่าการดื่มเหล้าเสียอีก
3	ยานักโรคกระเพาะ	ลดกรดในกระเพาะ	โดยทั่วไปกินหลังอาหารประมาณ 1 ชม. และก่อนเข้านอน	ไม่ค่อยมีผลข้างเคียง อาจพบมีอาการปวดศีรษะบ้างเล็กน้อยที่พบได้บ้างแต่นานครั้งคือท้องร่วง ท้องอืด ท้องแน่นทางเพศและเต้านม	พยายามลดอาหารประเภทรสจัดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ถ้าจะกินยาแก้ปวด ควรใช้พาราเซตามอลดีกว่า ไม่ควรกินแอสไพรินซึ่งมีฤทธิ์กัดกระเพาะอาหาร

	ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
				โตผิดปกติ		
4	ยารักษาโรค	ยารักษาโรค หัวใจมีหลายชนิด บางชนิดช่วย ขยายหลอดเลือด ที่ไปเลี้ยงหัวใจ บางชนิดกระตุ้น ให้หัวใจทำงาน ดีขึ้น	มีหลายวิธี ควร ปรึกษาหมอและ เภสัชกร	มือและเท้าเย็น วิงเวียนศีรษะ อาจทำให้เสื่อม สมรรถภาพทาง เพศและฝันร้าย	กิจกรรมและ อาหารทุกอย่าง ที่จะไปเพิ่ม ความดันเลือด จะทำให้ยาลด ประสิทธิภาพลง ถ้าคุณสูบบุหรี่อยู่ ควรเลิกเสีย หลีกเลี่ยงภาวะ ตึงเครียด นึก ผ่อนคลายเพียงพอ กินอาหารประ เภทที่มีไขมันน้อย	การใช้ยามาก เกินไป มีอันตราย ควรใช้ยาให้ตรง เวลา
5	ยาแก้ ปวด	ยาจะไปหยุดการ ทำงานของ ฮอร์โมนพรอสตา แกลนดิน ที่มีหน้า ที่ส่งสัญญาณความ เจ็บปวดไปทาง	ส่วนมากเป็นยา เม็ด ควรดื่มนม ร่วมด้วยและ หลีกเลี่ยง เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	แอสไพรินอาจทำ ให้อาเจียนได้ ถ้า เกิดผื่นแพ้ขึ้น ควร หยุดยาและไป ปรึกษาหมอ	ความเจ็บปวด มักจะหายไปถ้า คุณรู้จักพักผ่อน หลังกินยา ควร นอนพักสัก 20 นาทีระหว่างรอ	ยาแก้ปวดก็อาจได้ ว่า เป็นยา อันตราย ควร วางไว้ห่างจาก มือเด็ก

	ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
		เส้นประสาท			ยาขยายหลอดเลือด	
6	ยาคุมกำเนิด	ประกอบด้วยฮอร์โมนโปรเจสตินและเอสโตรเจน ซึ่งจะหยุดไข่ไม่ให้หลุดออกมาจากรังไข่และจะสร้างเมือกขึ้นภายในช่องคลอด ตัวอสุจิจึงไม่สามารถเคลื่อนตัวผ่านได้	กินยาตรงเวลา ทุก ๆ วัน ตอนก่อนนอนเป็นเวลาที่เหมาะสมที่สุด	ที่เห็นชัดที่สุดคือน้ำหนักเพิ่มขึ้น บวมน้ำ อาเจียน อาจทำให้ประจำเดือนไม่มาตามปกติ และ ความดันเลือดสูงขึ้น	ยาแต่ละชนิดอาจไม่เหมาะกับบางคน ฉะนั้นถ้าเกิดท้องเสียหรือ อาเจียน ทำให้ตัวยามีความสามารถดูดซึมเข้าไปในร่างกายได้ ฝ่ายชายควรใช้ถุงยางอนามัยระหว่างมีเพศสัมพันธ์	ในช่วงที่กินยา ควรเลิกสูบบุหรี่ มิเช่นนั้นจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากขึ้น
7	ยาเสพติด	ยาเสพติดทำให้ฮอร์โมนพรอสตาแกลนดินหยุดการทำงานและลดการทำงาน	มีวิธีการใช้หลากหลายขึ้นอยู่กับส่วนผสมของตัวยา และโรคที่ต้องรักษา	หากใช้ยาในระยะสั้นมีผลข้างเคียงน้อย อาจมีอาการอาหารไม่ย่อยเกิดลิ้นขาวในปาก หรือ	กินยาเสพติดชนิดเม็ดพร้อมอาหาร แต่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ด้วย	การใช้ยาเสพติดติดต่อกันนานกว่า 1 เดือน อาจทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกาย

	ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
		ของเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีผลทำให้การอักเสบ บวมแดงลดลง	การใช้ยาประเภทนี้จะต้องปรึกษาหมอ และเภสัชกร การใช้ยาสเตียรอยด์บางชนิด ต้องลดอาหารเค็มควบคู่ไปด้วย หรือต้องหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์	น้ำหนักเพิ่มขึ้น แต่หากใช้ยาในระยะเวลานาน อาจมีอาการอื่นเพิ่มขึ้น เช่น มีน้ำคั่งในร่างกาย หน้าและเท้าบวม เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันต่ำลง โรคติดเชื้อ		ลดลง หากต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคอื่น หรือปฏิบัติเหตุต้องแจ้งให้หมอทราบว่าคุณเคยใช้สเตียรอยด์มาแล้ว
8	ยาขับปัสสาวะ	เพื่อเพิ่มปริมาณปัสสาวะที่จะขับออกมาจากไต อันจะทำให้ของเหลวในร่างกายลดลง (ลดบวม)	ปกติจะกินวันละครั้งตอนเช้า ยาจะออกฤทธิ์หลังจากการกินประมาณ 1 ชม. จึงต้องกำหนดเวลาให้เหมาะสม กรณีที่ต้องออกไปทำ	ปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้นมาก ทำให้เกิดอาการวิงเวียน หรือมีเสียงในหู ตะคริว และง่วงเหงาหาวนอนบ้าง แต่ปรากฏไม่มากนัก หากมีผื่นคันหรือ	กินผักและผลไม้สดให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ในช่วงที่ใช้ยานี้ เพราะจะทำให้มีอาการเมื่อดำรงของคุณอย่างมาก	หากเป็นโรคเกาต์ต้องแจ้งให้หมอทราบด้วย นอกจากนั้นยาชนิดนี้อาจทำให้ความกระชับกระเฉงของคุณลดลง จึงควรหลีกเลี่ยงการ

	ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
			ดูระบในที่ใด ๆ ระวังอย่ากลืน ขี้สสาวะไว้นาน เกินควรรเมื่อ รู้สึกปวด	พบหมอโดยเร็ว	ขึ้น	ขับรล
9	ยา บรรเทา ปวดจาก โรคเกาต์	ยาประเภทนี้ใช้ สำหรับหยุดหรือ ระงับอาการ ตัวยาจะไปหยุด การผลิตฮอร์โมน พวอสตานกลนดิน	ใช้กินหลัง หลังอาหารและ เนื่องจากเป็น ยาที่กัดกระ- เพาะ การกิน ยาหลังอาหาร ทันทีจะช่วยลด โอกาสในการ เกิดอาการ อาหารไม่ย่อย หรือเสียดอก ในกระเพาะได้	ปกติไม่มีอาการ อาหารไม่ย่อยหรือ เสียดอกในกระ- เพาะ นอกจากนั้น อาจมีอาการคลื่น เหียน อาเจียน ถ่ายจางไม่ออก หากมีอาการดัง กล่าวควรรีบไปพบ หมอทันที	หลีกเลี่ยง เครื่องดื่มที่ผสม แอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ ท้องไส้ปั่นป่วน มากขึ้น การอยู่ ในบริเวณที่มี อุณหภูมิอบอุ่น เหมาะสมจะ ช่วยลดอาการ ปวดบวมได้และ ควรออกกำลังกาย สม่ำเสมอ	หลาย ๆ คนล้ม เลิกการใช้ยา ชนิดนี้ก่อนกำหนด ทั้งที่โดยทั่วไป แล้วต้องกินยา ชนิดนี้ติดต่อกัน ทุกวันประมาณ 2 สัปดาห์ ยา จึงจะออกฤทธิ์ จนสิ่งเกิดผลได้ ดังนั้นคุณจึงต้อง อดทนกินยานี้

	ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
10	ยาทาผิว ชนิดครีม	ใช้ลดอาการคัน ปวดบวม หรือ ฆ่าเชื้อโรค	ทาครีมบนผิวที่มี อาการคัน ปวด บวม หลีกเลียง การทาบบริเวณ ใกล้ตาและ ห้ามกิน	การใช้ยาทาผิว ควรปรึกษาหมอ เนื่องจากยาบาง ชนิด (ส่วนใหญ่ เป็นสเตียรอยด์) อาจทำให้เกิด รอยด่างบนผิว หรือทำให้ผิวหนัง บางลงจนมอง เห็นเส้นเลือด ใต้ผิวหนัง และ ควรเพิ่มความ ระมัดระวังยุง ขึ้นหากต้องใช้ บนผิวหนัง	ทายาบนผิวที่ แห้งและสะอาด จะได้ผลดีที่สุด	ใช้ยาตาม ขนาดที่หมอสั่ง เท่านั้น หากใช้ น้อยเกินไปโรค อาจจะไม่หาย

ที่มา : จรัส บุณยธรรมา. "ยาชนิดนิยม 10 ชนิดที่ควรรู้จัก," หมอชาวบ้าน. 14 (167) :

21 - 24 ; พฤศจิกายน 2535.

ปัญหาจากการใช้ยา ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยามากมาย ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (2527 : 66) ได้สรุปถึงปัญหาของการใช้ยาไว้ดังนี้

1. ซื้อยากินเอง คณะกรรมการอาหารและยา (2524 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยและสำรวจทั่วประเทศ ถึงพฤติกรรมการเลือกซื้อสถานบริการเมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของชุมชนเกิดการเจ็บป่วย พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เลือกซื้อการรักษาตนเอง โดยการพึ่งร้านขายยาทั่วไปถึงร้อยละ 60.5 รองลงมาคือ สถานบริการเอกชน เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 23 ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดและก่อให้เกิดอันตรายได้เนื่องจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง ดังที่มุกดา ดลขนิณนท์ (เบญจพร แก้วมีศรี. 2534 : 41 ; อ้างอิงมาจาก มุกดา ดลขนิณนท์. 2519 : 69 - 74) ได้ทำการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ทำให้อาการของโรคหทัยพอยด์ยังคงมีอยู่เนื่องจากผู้ป่วยมักซื้อยาปฏิชีวนะมากินเอง โดยกินในระยะเวลาสั้นเพียง 3 - 4 วัน แล้วก็เปลี่ยนยาเป็นอย่างอื่นต่อไป ซึ่งมักจะซื้อยาเป็นชุด ๆ มากิน ซึ่งถ้าประชาชนได้รับการรักษาที่ถูกต้อง โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้

2. กินยาไม่ครบจำนวน มักพบว่า หลังจากอาการดีขึ้นแล้ว ก็หยุดกินยาเนื่องมาจาก ความไม่รู้ ความเคยชินที่ผิด ๆ ที่เคยปฏิบัติกันมา นับเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงได้ เช่น การกินยาเพนิซิลลิน (Penicillin) ในโรคเจ็บคอไม่ครบ 7 วัน อาจทำให้เชื้อ เบต้า-ฮีโมไลติก สเตรปโตคอคคัส (β - Hemolytic Streptococci) ที่เหลืออยู่ก่อให้เกิดโรคหัวใจรูมาติกได้ หรืออาจก่อให้เกิดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาในการรักษาพยาบาลมาก ดังรายงานวิจัยการดื้อยา คลอแรมเฟนิคอลของเชื้อหทัยพอยด์ในแถบจังหวัดอยุธยา ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นหทัยพอยด์และมีภูมิลาเนาอยู่ในแถบนั้นไม่ควรเลือกใช้อาคลอแรมเฟนิคอลในการรักษาเลย (กำพล วัฒนกุล. 2532 : 524) ซึ่งนับเป็นผลเสียอย่างยิ่ง

3. วิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง การรักษาจะได้ผลเต็มที่และเกิดพิษของยาน้อยที่สุดเมื่อมีการใช้ยาอย่างถูกต้อง เช่น ยาปฏิชีวนะควรกินก่อนอาหาร ครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง

เนื่องจากยาจะถูกดูดซึมได้ดีขึ้นที่ท้องว่าง ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการรักษาเต็มที่คือ สามารถทำลายเชื้อโรคได้ แต่ถ้ากินยาแล้วกินอาหารทันที จะทำให้การดูดซึมของยาลดน้อยลง ผู้ป่วยก็จะได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าฤทธิ์ที่จะฆ่าเชื้อได้

นอกจากนี้ยาน้ำควรรักษาให้ได้ขนาดตามแพทย์สั่งจริง ๆ เพราะการดองโดยประมาณหรือใช้ช้อนตวงที่ไม่ได้มาตรฐาน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป ซึ่งถ้าได้ยาน้อยเกินไปฤทธิ์ก็จะไม่เพียงพอสำหรับการรักษาโรค หรือถ้ามากเกินไปก็อาจเกิดฤทธิ์สะสมของยา เกิดพิษได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก

4. ใช้น้ำไม่ถูกกับโรค ทำให้เกิดอันตรายได้ ดังที่ นิสวาท หุตินะโพธิ์ และคนอื่น ๆ (2519 : 73 - 74) ได้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า มีการนำยาปฏิชีวนะมาใช้เป็นยาแก้ปวดลดไข้ เช่น มีการใช้คลอแรมเฟนิคอล เตตราไซคลินมาเป็นยาลดไข้โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ซึ่งนับเป็นการใช้น้ำไม่ถูกกับโรคที่นับเป็นอันตรายมาก โดยเฉพาะการนำคลอแรมเฟนิคอลแบบน้ำเชื่อม (ปกติยานี้ถูกเลิกถอนออกจากตำรับยาแล้ว) มาเป็นยาลดไข้ในเด็ก นอกจากอันตรายดังได้กล่าวมาแล้ว ยังทำให้เกิดการสิ้นเปลืองโดยใช่เหตุอีกด้วย

5. ใช้น้ำต่ำกว่ามาตรฐาน ทำให้ได้ขนาดของยาไม่เพียงพอต่อการรักษา ยิ่งถ้าเป็นการใช้น้ำที่หมดอายุด้วยแล้ว นอกจากไม่ได้ผลในการรักษา ยังกลับให้โทษเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้อีกด้วย ซึ่งพบว่าการนำยาที่เสื่อมคุณภาพแล้วนำมาขายในราคาที่ถูกลงกว่าราคาจริง

6. ได้รับพิษของยา เนื่องจากได้รับยามากเกินไป โดยคิดว่าถ้ากินยาในขนาดที่มากจะช่วยทำให้โรคหายเร็ว ซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียมาก เช่น ผู้ใช้แรงงานจำนวนมาก นิยมกินยาแก้ปวดชนิดช่อง โดยกินวันละ 4 - 5 ช่อ ซึ่งก่อให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้

7. ใช้น้ำผิดวัตถุประสงค์ เช่น มีการนำเสตียรอยด์ไปจัดเป็นยาชุดที่ทำให้อ้วน เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้บวม ผู้กินยาจึงคิดว่าตนอ้วนขึ้น ซึ่งถ้ากินติดต่อกันนาน ๆ หรือกินในขนาดสูงจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง และเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ จากรายงานผลการศึกษาสังพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องในต่างประเทศพบผลการศึกษา ดังนี้

วิลสัน (Wilson. 1973 : 333 - 340) ได้ทำการศึกษาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา ซึ่งสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 34 ไม่ได้ใช้ยาเพนิซิลลิน (Penicillin) มีแพทย์สั่งให้สำหรับการป้องกันไข้รูมาติก ผู้ป่วยมีครรภ์ร้อยละ 30 ไม่รับประทานยาวิตามินบำรุงครรภ์ตามที่แพทย์สั่ง และผู้ป่วยโรคจิตใช้ยาแพทย์สั่งเพียงร้อยละ 48 ผู้ป่วยเด็กที่ต้องกินยาไดเฟนิลไฮแดนโตอิน (Diphenylhydantoin) มีเพียงร้อยละ 74 ของผู้ป่วยที่กินยาตามแพทย์สั่ง และในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมีร้อยละ 31 ที่ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง

แมดเดน (Madden. 1973 : 437 - 443) ได้ทำการศึกษานพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาจากหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือหยุดยาก่อนกำหนดมีปริมาณมากถึงร้อยละ 50

จากการศึกษาของนักการศึกษาหลายคนได้มีข้อคิดเห็นคล้ายคลึงกันได้แก่ การศึกษาของ ชับ และคนอื่น ๆ (Chubb and others. 1974 : 430 - 436) พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการอธิบายไม่เพียงพอในเรื่องวิธีการใช้ยา การเก็บรักษา ยา อาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ข้อห้าม และข้อควรปฏิบัติระหว่างการใช้ยาที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยจึงมักจะใช้ยาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ และยังเป็นอันตรายต่อสุขภาพด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับยาในการรักษาโรคของตนเองในแง่ต่าง ๆ คือ สรรพคุณของยาที่ใช้ ชื่อยาที่ใช้ เวลา และวิธีที่จะใช้ยา ระยะเวลาที่ต้องใช้ยา ปริมาณยาสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถรับได้ใน 1 วัน โดยไม่เกิดพิษจากยา อาการข้างเคียงของยา ข้อหลักเลี่ยงในการใช้ยา วิธีเก็บรักษาที่ปลอดภัย

เบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1977 : 125 - 135) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความเชื่อเรื่องสุขภาพของมารดาในการพาบุตรมารับการ

ตรวจที่คลินิกพบว่า มารดาที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค จะพาบุตรไปคลินิก
เด็กมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรค และมารดาที่มีทัศนคติที่ไม่
เห็นด้วยกับการป้องกันโรค มักจะมีประวัติบุตรมีการเจ็บป่วย หรือไปรับการรักษาโรค
มากกว่ามารดาที่มีทัศนคติที่เห็นด้วยกับการป้องกันโรค

สไตน์เบิร์ก (Steinberg. 1978 : 86 - 92) ได้ทำการศึกษาวิจัย
ถึงเหตุผลในการเข้าเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความคลาดเคลื่อนในการเข้าเรียน
ได้มาก มักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีการศึกษาต่ำ เป็นโสด หรือหม้าย หรือ
แยกกันอยู่ และมีโรคเรื้อรังหลายโรค

สทิต และทรินกา (Stitt and Trinca. 1979 : 134 - 142) ได้
ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำแนะนำเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ
ตัวในการเข้าเรียน โดยผ่านโสตทัศนูปกรณ์และสิ่งพิมพ์ พบว่า หากได้พัฒนาความรู้เรื่อง
ยารักษาแก่ประชาชนจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเข้าเรียนได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

เรเดอร์ และคนอื่น ๆ (Rehder and others. 1980 : 379 - 385)
ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการโดยการให้คำแนะนำ
และการใช้ใบสั่งยานเป็นพิเศษ ผลการศึกษาพบว่า การเข้าเรียนการรักษาโรคเรื้อรัง
กว่าจะได้ผลต้องใช้เวลาาน ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจจึงมักจะหยุดยาก่อนกำหนด โดยเฉพาะ
ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังชนิดไม่มีอาการแสดง แต่จำเป็นต้องเข้ายาประจำ อย่างเช่น โรค
ความดันโลหิตสูง จะพบว่า มีการไม่เข้ายาตามแพทย์สั่งเพิ่มมากขึ้น

การวิจัยในประเทศ จากรายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการเข้าเรียนที่
การศึกษานในประเทศไทย ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้หลายท่าน ได้แก่

มุกดา ตฤณานนท์ (2529 : 69 - 74) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่รับไว้รักษา
ตัวในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ในจำนวนผู้ป่วย 100 ราย ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น
ว่า เป็น F.U.O (Fever Unknown Origin อาการมีไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ) นั้น
จากการติดตามผู้ป่วย พบว่า เป็น "ไข้ทัยฟอยด์" 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 51 ซึ่งนับ

ว่าเป็นอัตราสูงมาก และได้ศึกษาทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยของภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 113 คน พบว่า โรคนี้เป็นในกลุ่มอายุ 12 - 19 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 20 - 29 ปี มีร้อยละ 20.3 จากการศึกษาสาเหตุที่ทำให้อาการของโรคยังมีอยู่เนื่องจาก

1. ได้รับการศึกษาที่ไม่ถูกต้อง โดยได้รับยาปฏิชีวนะในระยะเวลาสั้น 3 - 4 วัน ก็เปลี่ยนเป็นอย่างอื่นต่อไป
2. การซื้อยากินเองตามร้านขายยาเป็นชุด ๆ ได้ยาไม่ถูกต้องในการรักษา ทั้งขนาดและระยะเวลา
3. ได้รับการรักษาถูกต้องทั้งขนาดและระยะเวลาแต่เชื่อดื้อยา
4. ผู้ป่วยที่พบว่ามีอาการรุนแรงมาก ส่วนใหญ่เป็นพวกที่รักษาไม่ถูกต้อง และมาพบแพทย์เมื่อเป็นมานานแล้ว

ใช้ทียพอยด์ เป็นโรคต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยได้รับยาคลอแรมเฟนิคอล (Chloramphenicol) ได้ถูกต้องครบระยะเวลาของการรักษา ผู้ป่วยจะหายขาดจากโรคได้ ทั้งยังไม่เป็นพาหะของโรคอีกด้วย การเปลี่ยนยาไปเรื่อย ๆ หรือการซื้อยาสุดมากินเองโดยไม่รู้ว่าเป็นยาอะไร ไม่คำนึงถึงขนาดของการรักษา ระยะเวลาที่ได้ยาไม่เพียงพอจะส่งผลให้ระดับยาในกระแสเลือดไม่ได้นขนาดที่เพียงพอในการฆ่าเชื้อ ซึ่งนับเป็นอุปสรรคอย่างใหญ่หลวงในการรักษาพยาบาล ใช้ทียพอยด์ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตทั้ง ๆ ที่มีทางรักษาได้ หรือทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นพาหะของโรค ซึ่งบางคนกลายเป็นพาหะของโรคตลอดชีวิต โดยที่เขาเองไม่รู้ตัว จึงสามารถแพร่เชื้อทียพอยด์ไปสู่บุคคลข้างเคียง สังคมเพิ่มการระบาดของโรคได้อย่างมากมาย

อัศนีย์ สิงหกละ (2524 : 16) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การรับประทานยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก ได้สรุปถึงสาเหตุของการรับประทานยาไม่ตามสั่งว่ามีสาเหตุมาจากหลายประการคือ

1. เนื่องจากความเจ็บป่วย แคล้งเวลา (อัศนีย์ สิงหกละ. 2524 :

16 ; อ้างอิงมาจาก Blackwell. 1973) กล่าวว่า ลักษณะของความเจ็บป่วย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันหนึ่งที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือหรือไร้ความสามารถหรือไม่ คือ

1.1 กรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องอาศัยติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต วัณโรค โรคโลหิตจาง เบาหวาน ไขข้ออักเสบ ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง หรือมีการไร้ความสามารถตามสั่งเสมอ โดยผู้ป่วยอาจจะลืมหรือสับสนแล้วแต่ความพอใจ หรือเกิดความเบื่อหน่าย เช่น ในผู้ป่วยวัณโรค มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถตามสั่งนั้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 เมื่อปลายปีแรกของการรักษาถึงร้อยละ 61 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในปลายปีที่ 4 เพราะคิดว่าตัวเองหายแล้ว ไม่จำเป็นต้องอาศัยอีก นับได้ว่าผู้ป่วยที่กินยาได้นานตามสั่งก็จะเป็นผู้ที่สามารถยังคงรักษาสุขภาพที่ดีต่อไป

1.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ไม่มีอาการแสดงทางคลินิก หรือเป็นการไร้ความสามารถป้องกันไม่ให้เกิดอาการ เช่น ไข้จับสั่น โรคโลหิตจางในคนท้อง หรือถ้าผลเสียที่เกิดจากการหยุดใช้ยานั้นเกิดช้า เช่น ในผู้ป่วยโรคลมชัก หรือผู้ป่วยโรคจิต จะพบว่าการใช้ยาตามสั่งจะลดลง ทั้งที่ผลของการละเลยนี้อาจทำให้เกิดอันตรายทันที หรือรุนแรงได้ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาลดกรดเป็นประจำจนกว่าจะเกิดอาการขึ้นมา จึงจะเริ่มกินยาใหม่ (อัศสิษฐ์ สิงหกละ. 2524 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Roth. 1970)

1.3 ในกรณีของผู้ป่วยโรคทางจิตประสาท ซึ่งเป็นคนที่มีปัญหาอยู่แล้วในตัวเอง ความเจ็บป่วยของเขามักทำให้เขาขาดความกระตือรือร้นที่จะร่วมมือในการรักษา เช่น ที่พบในโรคจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับรู้ว่าเขาเจ็บป่วยอยู่

2. สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง กล่าวได้ว่า องค์ประกอบนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญหลายอย่าง (อัศสิษฐ์ สิงหกละ. 2524 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Boyd. 1974) ได้แก่

2.1 ลักษณะของประชากร คือ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ และสถานะทางสังคม

ก. เพศ มีรายงานว่า เพศหญิงจะมีความเข้าใจมากกว่าเพศชาย แต่มีรายงานว่าให้ความร่วมมือในการวิจัยตามสั่งได้ดีกว่าเพศชาย จากรายงานพบว่า ในผู้ป่วยโรคหัวใจหญิงอายุน้อยกว่า 30 ปี ใช้น้ำไม่ตามสั่งบ่อยกว่าเป็น 2 เท่าของเพศชายในอายุเดียวกัน และพบว่า เพศหญิงหยุดกินยาก่อนเพศชาย (อัศนีชัย ลิงหลกะ. 2524 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Dixon. 1975)

ข. อายุ ในเด็กเล็กและคนชรา โอกาสใช้น้ำไม่ตามสั่งจะเกิดได้มากในกลุ่มอายุ 45 - 64 ปี จะมีความเข้าใจต่อการใช้น้ำไม่ตามสั่งมากที่สุด มีข้อผิดพลาดในการใช้น้ำไม่ตามสั่งที่สุด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยอายุระหว่าง 25 - 44 ปี จะหมกมุ่นทำงานอยู่โดยไม่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากนัก ส่วนผู้ป่วยอายุระหว่าง 45 - 65 ปีนั้น จะมีความระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ขณะที่ลดกิจกรรมอื่น ๆ ลง และข้อผิดพลาดการใช้น้ำไม่ตามสั่งจะเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ 65 ปี และกว่านั้น เป็นเพราะมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลงด้วย และอาจเนื่องจากความชรา หลงลืม หรือเลิกเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนแล้ว การศึกษาส่วนใหญ่จะไม่พบความแตกต่างอย่างเป็นนัยสำคัญในการใช้น้ำไม่ตามสั่งระหว่างอายุต่าง ๆ

ค. สถานะทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่ของอัตราการใช้น้ำไม่ตามสั่งนี้จะอยู่ในกลุ่มของสภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำ (อัศนีชัย ลิงหลกะ. 2524 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Mohler. 1955) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า การเป็นโสดจะเป็นเหตุต่อการใช้น้ำไม่ตามสั่งมากกว่าโดยพบว่า ผู้ชายโสดที่เป็นโรคประสาทมีอยู่ถึงร้อยละ 42 ที่มีการบกพร่องต่อการใช้น้ำ เมื่อเทียบกับการที่ผู้ชายที่อยู่กับภรรยาจะมีอัตราการใช้น้ำไม่ตามสั่งเพียงร้อยละ 35 (อัศนีชัย ลิงหลกะ. 2524 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Willcox. 1965)

ง. บุคลิกลักษณะของตัวผู้ป่วยเอง เช่น พวกที่ชอบทำตามใจตนเอง พวกจิตประสาทที่ไม่มีความรับรู้ว่าตัวเขาเองเจ็บป่วยอยู่

3. สาเหตุเนื่องจากแพทย์ มีองค์ประกอบ ดังนี้

ก. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ชานี้ และคนอื่น ๆ (อัศนีชัย

สิงหลกะ. 2524 : 20 ; อ้างอิงมาจาก Charney and others. 1967)

อธิบายถึงการรักษาตามสิ่งซึ่งพบในผู้ป่วยที่รู้จักคุ้นเคยกับแพทย์มักจะรักษาตามสิ่งมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยกันมาก่อน เด็กจะกินยาเป็นปกติมากกว่าถ้าเขาได้เห็นแพทย์ซึ่งรู้จักกับครอบครัวดี และดูแลเขาเป็นเวลาหลายปี นอกจากนี้ยังพบว่า มีการติดต่อระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นที่พอใจ จะมีอัตราการรักษาตามสิ่งมากขึ้น

ข. การแสดงท่าทีที่มั่นใจในประสิทธิภาพของแพทย์ พบว่า ถ้าแพทย์ผู้นั้นแสดงความมั่นใจและเชื่อถือต่อยานั้น ๆ ว่าเป็นยาที่ดีมีประสิทธิภาพ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยอยากกินยาหรือรักษานั้นมากขึ้น (ฮัตสีย์ สิงหลกะ. 2524 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Rickels. 1970)

4. สาเหตุเนื่องจากยา พบว่ายาที่มีการใช้ยุ่งยากซับซ้อนนั้น เป็นส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รักษาตามสิ่ง

นอกจากนี้ผลการวิจัยของฮัตสีย์ สิงหลกะ (2524 : 96 - 99) ยังพบผลดังนี้ ผู้ป่วยจะใช้บริการจากร้านขายยาถึงร้อยละ 66.21 รองลงมาคือ ใช้บริการจากโรงพยาบาลร้อยละ 51.46 ส่วนลักษณะและวิธีปฏิบัติเมื่อลืมกินยารากฎว่า ผู้ป่วยเมื่อลืมกินยาจะกินยาเมื่อนึกขึ้นได้ร้อยละ 26.28 จะเว้นมือนั้นไปร้อยละ 61.94 จะกินยาเป็น 2 เท่า ร้อยละ 5.44 และจะเลิกกินยานั้นเลยร้อยละ 6.34 ในส่วนของลักษณะการรักษาที่ได้รับในแต่ละครั้งจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยจะกินยาหมดตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 23.30 จะหยุดยาก่อนกำหนดเมื่ออาการดีขึ้นร้อยละ 74.95 และจะหยุดยาเมื่ออาการเลวลงร้อยละ 0.97 สำหรับยาที่เหลือนั้นผู้ป่วยจะเก็บไว้ใช้อีกร้อยละ 47.14 จะให้คนอื่นไปร้อยละ 2.52 และจะนำยานั้นทิ้งไปร้อยละ 50.34

อรรรรณ ไววัฒนา (2525 : บทคัดย่อ, 110 - 112) ได้ศึกษาเรื่อง การทบทวนลักษณะการรักษาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ถึงการเกิดผลอันไม่พึงปรารถนาในผู้ป่วยโรค เอสแอลอี และกลุ่มอาการเนฟโรติก พบว่า ผลอันไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุด คือ การติดเชื้อกลุ่มอาการคุชชิง (Cushing) และอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ส่วนอาการผิดปกติทางจิต และกระดูกพบได้น้อย

การติดเชื้อ เป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์มากที่สุดพบถึงร้อยละ 55 ในงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วย 1 ใน 25 คน ที่เกิดการติดเชื้อเสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อราทั่วร่างกาย และการติดเชื้อที่พบในผู้ป่วยโรค เอสแอลอี (S.L.E) มีอุบัติการณ์สูงในผู้ป่วยที่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) ขนาดมากกว่า 40 มก. ของเพรดนิโซโลน (prednisolone) ต่อวัน

อาการผิดปกติในทางเดินอาหาร พบได้ร้อยละ 24 ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเนฟโรติค จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเพรดนิโซโลนขนาด 10 มก. ต่อวัน การเกิดแผลในกระเพาะอาหารพบได้ร้อยละ 17 แต่จะเกิดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 47 เมื่อได้รับยาเกิน 60 มก. ต่อวัน เป็นเวลา 2 เดือน หรือนานกว่านี้ (อรรรรณ วาวิฒนา. 2525 : 143 ; อ้างอิงมาจาก Dubois)

อาการผิดปกติทางจิต พบได้ในรายที่ได้ยามากกว่า 60 มก. ต่อวัน ซึ่งแพทย์ได้บันทึกผู้ป่วย 2 ใน 5 คน ที่เกิดความผิดปกติทางจิตเวชเกิดจากยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ และได้ลดขนาดของยาลงในผู้ป่วย 1 ราย หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

กระดูกพรุน พบ 2 ใน 56 คน (ร้อยละ 3.57) โดยพบว่า แต่ละรายได้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) เป็นเวลานานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

พรชัย บาจรียวงศ์ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัย ผลดีกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาตามการรับรู้ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา นักเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยส่วนรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่านักเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงมากในเรื่องเกี่ยวกับความหมายของสมุนไพร ความหมายของคำว่า วันหมดอายุของยา การปฏิบัติตนในการใช้ยา ค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำในเรื่องเกี่ยวกับความเข้าใจในการใช้ยาชุด วิธีรับประทานยาแบบถูกต้อง ผลการรับประทานยาอนาลับจำนวนมาก และลักษณะการใช้ยาผิดวิธีขณะที่เป็นสาเหตุให้เชื้อโรคติดต่อยา

2. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา นักเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาโดย

ส่วนรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ถูกต้องปานกลาง นักเรียนมีทัศนคติถูกต้องมากที่สุดในเรื่องการซื้อขายมารักษาโรคด้วยตนเอง ผลเสียจากการใช้ยาที่หมดอายุแล้ว และความไม่ปลอดภัยในการให้เด็กหยิบยาใช้เอง และพบว่านักเรียนมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับการนำตัวอย่างใบชื่อยาจากร้านขายยา การเชื่อเกี่ยวกับคุณภาพของยาฉีดดีกว่ายารับประทาน และยานแผนโบราณมีคุณภาพดีกว่ายานแผนปัจจุบัน

3. ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา นักเรียนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาโดยส่วนรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ถูกต้อง นักเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ถูกต้องมากที่สุดในด้านเกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติในทางที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการใช้อาหารปริมาณมากกว่าแพทย์สั่งเพื่อหวังผลเร็ว การใช้อาหารลดความอ้วน หรือทำให้อ้วน การใช้อาหารแก้หวัด หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง และการใช้ยาผ่อนคลายความเครียด ส่วนการปฏิบัติในทางไม่ถูกต้องพบว่า นักเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ไม่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาเมื่อต้องการจะใช้อาหาร

ปราณี เหมวิมล (2529 : 80 - 81) ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างปี พ.ศ. 2528 - 2529 พบว่าความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วยมีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่กินยาก่อนอาหารได้ถูกต้องมีเพียงร้อยละ 26.83 ซึ่งการกินยาก่อนอาหารที่ถูกต้องคือ การกินก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่ทราบเวลากินยาที่ถูกต้อง ยาก็จะถูกดูดซึมเข้าร่างกายได้น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าที่จะฆ่าเชื้อได้ ทำให้เชื้อเกิดดื้อยาได้ในภายหลัง

2. ผู้ป่วยที่กินยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ได้ถูกต้องคือ กินยาปฏิชีวนะที่แพทย์สั่งจนหมดมีร้อยละ 56.34 นอกนั้นยังกินไม่ถูกต้อง ซึ่งการกินยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ไม่หมดจะทำให้ไม่หายขาดจากโรคและจะเกิดการดื้อยาได้ในภายหลัง

3. ผู้ป่วยร้อยละ 61.39 เคี้ยวยาเม็ดลดกรดทำให้ละเอียดก่อนกลืน นอกนั้นยังกินไม่ถูกต้อง ซึ่งยาเม็ดลดกรดจะออกฤทธิ์ได้ดีหากอยู่ในรูปแบบที่กระจายตัวสม่ำเสมอในกระเพาะอาหาร และวิธีที่จะทำใหยาเม็ดกระจายตัวได้ดีในกระเพาะอาหาร

คือ การเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน

4. พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 27.98 เท่านั้นที่ใช้ช้อนซึ่งได้รับแจกพร้อมกับขวดยา เป็นภาชนะในการตวงยำนี้น้ำขนาดช้อนชา ยาน้ำที่จ่ายให้ผู้ป่วยเด็กมักมีขนาดกินเป็น ชช. ซึ่งเท่ากับ 5 มล. หากผู้ป่วยไม่ใช้ช้อนซึ่งได้รับแจกพร้อมกับขวดยา เป็นภาชนะในการตวงยำนี้น้ำขนาดช้อนชา ผู้ป่วยก็จะได้รับยาในขนาดที่ไม่แน่นอน ซึ่งจะมีผลเสียต่อการรักษาโรคได้มาก โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะในเด็ก ผู้ปกครองร้อยละ

54.13 ใช้ช้อนชงกาแฟตวงยาให้เด็กกินด้วยคิดว่า ยา 1 ช้อนชงกาแฟ เท่ากับ 1 ช้อนชา แต่ความเป็นจริง 1 ช้อนชงกาแฟมีปริมาตรเพียง 2 - 3 มล. เท่านั้น (1 ชช. เท่ากับ 5 มล.) ฉะนั้นผู้ป่วยจะได้รับยาปฏิชีวนะในขนาดที่ต่ำกว่าปกติ ทำให้โรคหายช้า และยังเกิดการดื้อยาได้ง่ายอีกด้วย

5. ผู้ป่วยร้อยละ 33.98 ไม่เคยลืมกินยา ส่วนที่เหลือร้อยละ 49.23 จะจดยามือที่สืมนั้นเสีย และร้อยละ 10.62 จะรีบกินยาเมื่อนึกได้

ข้อปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อลืมกินยาคือ กินทันทีที่นึกได้ (ซึ่งพบเพียงร้อยละ 10.62 เท่านั้น) แล้วเลื่อนระยะเวลาของยาในมือต่อไปอีก 1 - 3 ชั่วโมง แต่ถ้ายาที่ลืมกินเป็นยาพวกปฏิชีวนะ ที่ต้องกินก่อนอาหาร ให้กินอาหารมือที่ผ่านไปแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพราะยาจะถูกดูดซึมได้ดีในขณะท้องว่าง การจดยามือที่ลืมกินซึ่งพบถึงร้อยละ 49.23 จะทำให้ระดับยาในเลือดไม่สูงพอที่จะใช้ในการรักษาโรค โดยเฉพาะยาพวกปฏิชีวนะ ยาลดความดันเลือด ยาลดน้ำตาล ฯลฯ

6. การเก็บยาที่ผู้ป่วยใช้เหลือ พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 32.91 ที่เก็บยาไว้ใช้อีกในภายหลัง และร้อยละ 46.33 จะทิ้งยาที่เหลือไป ส่วนผู้ป่วยที่เก็บยาไว้ก่อนแล้วทิ้งที่เหลือมีร้อยละ 20.25 ยາบางขนานมีวันหมดอายุซึ่งถ้าผู้ป่วยนำยาที่หมดอายุแล้วมากินจะทำให้เกิดอันตรายได้ เช่น ยาเตตราไซคลินที่หมดอายุจะทำให้เกิดภาวะไตวายได้อย่างเฉียบพลัน เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

7. ผู้ป่วยร้อยละ 89.26 ไม่เข้าใจความหมายของฉลากยาสีขาว และฉลากยาสีแดง

ซึ่งผลการทดลองของ ปราณี เหมวิมล (2529 : บทคัดย่อ) พบว่า หลังจากที่ได้รับคำแนะนำการใช้ยาแล้ว ผู้ป่วยมีความเข้าใจวิธีการใช้ยามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 กลุ่มเภสัชกรชุมชน (2531 : 15) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนกับการบริการเภสัชกรรมชุมชน พบว่า มีประชาชนที่ใช้ยาผิดเทคนิคถึงร้อยละ 46.6 โดยมีการนำเอายาปฏิชีวนะมาใช้เป็นยานักหวัด ลดไข้

กล้าหาญ กังคะนิลาส (2533 : 67 - 69) ได้ศึกษาทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการซื้อยานักหวัดลดไข้รับประทานเอง ในตำบลหนองสารเคอ อำเภอดอกสพาง จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 69.36 รับจ้างร้อยละ 20.85 รับราชการร้อยละ 1.7 ค้าขายร้อยละ 7.23 ผลการวิจัยถึงทัศนคติในการใช้ยานักหวัดลดไข้ คือ

1. มีผู้เห็นด้วยกับการกินยานักหวัดลดไข้ผสมเหล้าร้อยละ 32.34 เหตุผลคือ ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็ว ซึ่งเป็นทัศนคติที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ยาเป็นอย่างมาก เพราะยานักหวัดลดไข้บางชนิด เช่น แอสไพริน (Aspirin) มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารอยู่แล้ว เหล้ายังเป็นตัวทำให้เกิดอาการระคายเคืองมากขึ้น

2. มีผู้ไม่เห็นด้วยกับการเลิกกินยานักหวัดลดไข้เป็นประจำทุกวันร้อยละ 16.17 ซึ่งแสดงว่า ประชาชนเหล่านี้กินยานักหวัดลดไข้ทุกวัน ซึ่งเป็นสิ่งที่เกินความจำเป็น เพราะการใช้ยานักหวัดลดไข้ ควรใช้เมื่อมีอาการไข้ บรรเทาอาการปวดเท่านั้น ถ้าไม่มีอาการเหล่านี้ไม่ควรใช้ยานักหวัดลดไข้

ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จึงแก้ปัญหาด้วยการไปใช้บริการจากร้านขายยา ซึ่งร้านขายยาส่วนใหญ่ขายยาเป็นชุด จึงมียาที่เป็นส่วนผสมของยาที่เกินความจำเป็นและใช้โดยไม่รู้ว่ามีโทษ ซึ่งชัชวาลย์ ประภาลัย (2533 : บทคัดย่อ) พบว่า ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจว่า การรักษาด้วยยาชุดนั้นสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงร้อยละ 51.34 และการกินยาชุดทำ

ให้รู้สึกอาการทุเลาเร็วกว่า ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ยานในกลุ่มสเตียรอยด์ จะพบอยู่ในยาชุดเกือบทุกชนิด (ธีรวัลย์ ประภาสย. 2533 : 9 - 10 ; อ้างอิงมาจากกลุ่มศึกษาปัญหาฯ. 2526) เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว เมื่อกินเข้าไปแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดความพึงพอใจในผลการรักษาโดยไม่รู้ตัวว่ายานชนิดนี้มีอันตราย ทำให้ผู้ใช้ยาแบบฟอนส่ง นอกจากนี้จากการสำรวจพบว่า ส่วนประกอบของยาชุดแก้มาลาเรียที่มีขายกันอยู่ตามท้องตลาดนั้น ไม่มีตัวยาในการรักษามาลาเรียเลยถึงร้อยละ 34.7 (ธีรวัลย์ ประภาสย. 2533 : 23 ; อ้างอิงมาจาก จันทร์เพ็ญ วาวัฒน์ และคนอื่น ๆ. 2524)

นิมล เพราเพชรภิรมย์ (2533 : 79 - 80) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า

1. ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่ามีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับสูง
2. ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือหม้าย
3. ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่พอใช้มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้พอใช้
4. ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค

อนงค์นารถ ชาญเชิงคำ (2534 : 48 - 50) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทศณคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับยาชุดของผู้ที่สามล้อรับจ้างในอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี โดยสุ่มตัวอย่าง 165 คน ที่มีอาชีพรับจ้างสามล้อรับจ้าง ผลการศึกษาพบว่า

ในด้านความรู้ของผู้รับจ้างสามล้อเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในเกณฑ์ต่ำ คือมีคะแนนเฉลี่ยของทั้งกลุ่มเพียง 5.46 โดยเฉพาะความรู้ที่สำคัญบางข้อที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ มีผู้ตอบถูกน้อยมาก เช่น การกินยาชุดติดต่อกันนาน ๆ อาจเป็นสาเหตุของโรค

กระเพาะอาหาร

ในด้านทัศนคติผู้ขับขีสามล้อยังมีทัศนคติหรือความรู้สึกที่ดีต่อยาสุดคือ ยังมีความเชื่อในสรรพคุณการรักษาถึงร้อยละ 70.3 โดยเฉพาะในความรู้สึกที่ว่ายาที่สถานบริการของรัฐใช้นั้นคุณภาพไม่ได้เท่ายาชุด เป็นเพราะในการจัดยาชุดนั้น ส่วนใหญ่มีกมียาจากพวกสเตียรอยด์ผสมอยู่ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้รวดเร็วและรู้สึกสบายขึ้น อีกทั้งเมื่อกินแล้วยังช่วยให้กินข้าวได้ นอนหลับดีอีกด้วย

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการคือ

1. ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีที่สุด รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ
2. ผู้มารับบริการที่มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาท มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีที่สุด รองลงมาคือ รายได้ 2,466 - 7,410 บาท และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท
3. ผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีที่สุด รองลงมาคือ นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ค้าขาย และลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว
4. ผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการรักษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าไม่มีความสะดวกในการรักษา

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการรักษานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และโรคของผู้มารับบริการ จึงสามารถนำมาสรุปเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานได้ ดังนี้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยชายที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยหญิง
2. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่อยู่ในกลุ่มอายุสูงกว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุต่ำกว่า
3. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
4. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีสถานภาพการสมรสที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต่างกัน
5. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีอาชีพอื่น ๆ
6. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีรายได้ดีกว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า
7. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง
8. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกต่าง ๆ ของแผนกผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการในปี 2534 จำนวน 525,244 คน เป็นผู้ป่วยชาย 208,582 คน และผู้ป่วยหญิง 316,662 คน (สถิติจำนวนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาลปี พ.ศ.2534)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมาใช้บริการในระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2536 จำนวน 400 คน เป็นผู้ป่วยชาย 114 คน และผู้ป่วยหญิง 286 คน โดยการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของยามาเน (Yamane. 1967 : 886)

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

- เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
- N แทน จำนวนประชากร
- e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดว่า ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มเท่ากับ 0.05

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบสัดส่วนตามชั้นของแผนกของโรคและเพศ (Proportional Stratified Sampling) ดำเนินตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. แบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) โดยแบ่งตามแผนกที่ผู้ป่วยมาขอรับบริการได้แผนกผู้ป่วยทั้งสิ้น 9 แผนก
2. คำนวณหาสัดส่วนของผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงในแต่ละแผนก
3. ทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

ตาราง 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแผนกและเพศ

แผนกผู้ป่วย	จำนวนประชากร		กลุ่มตัวอย่าง		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
1. อายุรกรรม	32,783	55,909	43	73	116
2. ศัลยกรรม	16,054	16,549	20	21	41
3. ศัลยกรรมกระดูก	13,167	14,462	18	19	37
4. จักษุ	6,548	10,484	10	16	26
5. โรค ศอ นาสิก	6,656	10,422	10	14	24
6. สูติกรรม	-	56,963	-	76	76
7. วางแผนครอบครัว	-	14,464	-	17	17
8. นรีเวชกรรม	-	21,487	-	27	27
9. หันตกรรม	10,418	20,912	13	23	36
รวม	85,626	221,936	114	286	400

ที่มา : สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาลปี พ.ศ. 2534.

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรักษาของ ปราณี เหมวิมล อัครชัย สิงห์ทอง พรชัย ปาจรียวงศ์ และเจษฎา ฐ ระนอง ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการรักษา ซึ่งมีลักษณะแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของ Likert มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางนิมิตและนิเสธ จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการรักษาเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีจำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบรายการสำรวจ โดยวัดตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ โรคที่เป็นอยู่ และแผนกที่ผู้ป่วยมาขอรับบริการ

ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา และความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาในปัจจุบัน

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารแบบสอบถามและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนทั่วไปทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ
2. สร้างแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา
3. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้กรรมการควบคุมการทาบวิจัยา นิพนธ์ตรวจ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข
4. นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเภสัช จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และอาจารย์พยาบาล เพื่อตรวจความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

เกณฑ์การให้คะแนน

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ในแบบทดสอบตอนที่ 2

ถ้าตอบถูกต้องจะได้	1	คะแนน
ถ้าตอบผิดจะได้	0	คะแนน
2. ด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา ในแบบสอบถามตอนที่ 3 มีคำถามที่เป็นเจตคติในเชิงนิมมาน และข้อที่เป็นเจตคติในเชิงนิเสธ จึงมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

2.1 ข้อความที่เป็นเจตคติในเชิงนิมมาน มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

3. ข้อความที่เป็นเจตคติในเชิงนิเสธ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

4. ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในแบบสอบถามตอนที่ 4 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะในเชิงนิมาน (Positive) จะให้คะแนน ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0

ข้อความที่มีลักษณะในเชิงนิเสธ (Negative) จะให้คะแนน ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	2

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรงพยาบาลกลาง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองใช้แล้ว มาตรวจให้คะแนนและหาค่าอำนาจจำแนกโดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ใช้วิธีวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบรายข้อตามหลักเทคนิคร้อยละ 33 (ประคอง กรรณสูตร, 2525 : 31) แล้วนำไปคำนวณหาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก

ข้อคำถามที่ใช้ได้จะต้องมีค่าความยากง่ายตั้งแต่ .20 - .80 และมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ซึ่งผลการทดลองใช้แบบทดสอบความรู้จำนวน 22 ข้อ ได้ข้อที่มีค่าความยาก-ง่าย และค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ 15 ข้อ

ส่วนแบบสัมภาษณ์เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด และนำมาทดสอบค่า t (t -test) ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2530 : 114 - 116) ผลการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์เจตคติ จำนวน 17 ข้อ ได้ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ 11 ข้อ ส่วนแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ ผลการทดลองใช้แบบทดสอบจำนวน 21 ข้อ ได้ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ 12 ข้อ

3. นำแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ตามเกณฑ์ในข้อ 2 ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR21 (Kuder - Richardson Formular 21) ปรากฏว่า แบบสัมภาษณ์ความรู้จำนวน 15 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.69

นำแบบสัมภาษณ์เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา โดยรวมแบบสัมภาษณ์ที่คัดเลือกได้ตามเกณฑ์ในข้อ 2 จำนวน 11 และ 12 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เจตคติทั้งฉบับและค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (วิเชียร เกตุสิงห์, 2530 : 119) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ด้านเจตคติเท่ากับ 0.87 และ

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเท่ากับ 0.70

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวไปมอบให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง
และโรงพยาบาลวชิรพยาบาลด้วยตนเอง
3. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ด้วยตนเอง และรับกลับคืนมา 400 คน
คิดเป็นร้อยละ 100
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ผลต่อไป

วิธีจัดการกับข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
เอส พี เอส เอส - พีซี (Statistical Package for Social Sciences PC
+ Version 4) โดยใช้สถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แล้วคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจหาหาคะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์
ที่กำหนดไว้
3. นำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมา
ทำให้เป็นคะแนนค่า ทิปกติ (Normalized T - score) เพื่อจัดข้อมูลของพฤติกรรม
เกี่ยวกับการใช้ยาและนำไปวิเคราะห์ต่อไป
4. แยกบันทึกข้อมูลออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา
5. จัดกลุ่มของระดับคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และพฤติกรรมเกี่ยว
กับการใช้ยา โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

กลุ่มสูง ระดับคะแนนที่ตั้งแต่ 75 ขึ้นไป

กลุ่มปานกลาง ระดับคะแนนที่ตั้งแต่ 50 - 74

กลุ่มต่ำ ระดับคะแนนที่ตั้งแต่ 50 ลงมา

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าสถิติ ที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อ 7

7. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าสถิติ เอฟ (F-test) แบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6 และ 8

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ลิวัน สายยศ และ

อังคณา สายยศ. 2528 : 59)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

วิธีสูตร (สูตร วงศ์รัตนะ. 2527 : 79)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้าง

โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ (Face Validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับลักษณะ

เฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยแต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนน ดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจข้อความนั้นว่ามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอ่านจากแจก เป็นรายข้อ

2.2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ใช้เทคนิค

ร้อยละ 27 ของจุ่ง-เต-พาน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2530 : 99 - 102)

2.2.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา

ใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอดเวิร์ด (Edward) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่า ที (t-test) (วิเชียร เกตุสิงห์, 2530 : 114 - 116)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2 + S_L^2}{n}}}$$

เมื่อ	$\bar{X}_H$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนสูง
	$\bar{X}_L$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนต่ำ
	S_H^2	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนนสูง
	S_L^2	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนนต่ำ
	n	แทน	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละกลุ่ม

2.3 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

2.3.1 แบบทดสอบความรู้ ใช้สูตร Kuder Richardson

สูตรที่ KR₂₁ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 131 - 132)

$$r_{tt} = \left[\frac{n}{n-1} \right] 1 - \frac{\bar{X}(n - \bar{X})}{nS_t^2}$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม
	$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2.3.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา

ใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)

(วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 119)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum V_i^2}{V_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อสอบ

V_1^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
V_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
$\sum V_1^2$	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

2.3.3 เปลี่ยนคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามความรู้ เจตคติ

และการปฏิบัติให้เป็นคะแนน ที่ปกติ (Normalized T - score)

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

ที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตรค่า t (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

และ 7 โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตน์, 2527 : 177)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution

$\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

S_1^2, S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่า เอฟ (F - test) แบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) ใช้ในการวิเคราะห์สมมติฐาน ข้อ 2, 3, 4, 5, 6 และ 8 โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ, 2527 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน f - distribution

MS_B แทน ค่า Mean Square ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

ซึ่งถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะ ตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ, 2527 : 267 - 272)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ q แทน q-Statistic ที่ได้จากตาราง

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

S^2 แทน ความแปรปรวน

t แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ใน t-distribution

F แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ใน F-distribution

SS แทน Sum of Square

MS แทน Mean of Square

df แทน degree of freedom

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 400 ฉบับ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้คำตอบสมบูรณ์ร้อยละ 100 ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวที่เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มารับบริการในช่วงเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2536 โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

2.1 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ
พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
วชิรพยาบาล

2.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ
ใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่า t (t -test) เพื่อทดสอบ
สมมติฐานข้อที่ 1 และ 7

2.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ
ใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการทดสอบค่า เอฟ (F -test)
เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6 และ 8 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีการ
ของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มอาการของโรค และแผนกผู้ป่วย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	114	28.50
1.2 หญิง	286	71.50
รวม	400	100.00
2. อายุ		
2.1 อายุ 13 - 19 ปี	62	15.50
2.2 อายุ 20 - 60 ปี	280	70.00
2.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป	58	14.50
รวม	400	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
3.1 ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จ		
การศึกษาประถมศึกษา	27	6.75
3.2 สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา	185	46.25
3.3 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา	96	24.00
3.4 สำเร็จการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา	92	23.00
รวม	400	100.00
4. สถานภาพการสมรส		
4.1 โสด	114	28.50
4.2 คู่ (อยู่รวมกัน)	229	57.25
4.3 คู่ (แยกกันอยู่)	26	6.50
4.4 หย่าร้าง	10	2.50
4.5 คู่สมรสเสียชีวิต	21	5.25
รวม	400	100.00

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
5.1 รับจ้าง/ส่วนตัว/เอกชน	150	37.50
5.2 เกษตรกรรม	22	5.50
5.3 ค้าขาย	32	8.00
5.4 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	54	13.50
5.5 นักเรียน/นักศึกษา/ไม่มีอาชีพ	142	35.50
รวม	400	100.00
6. ฐานะทางเศรษฐกิจ		
6.1 รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท	88	22.00
6.2 รายได้ 2,466 - 7,410 บาท	191	47.75
6.3 รายได้สูงกว่า 7,410 บาท	121	30.25
รวม	400	100.00
7. กลุ่มอาการของโรค		
7.1 โรคเรื้อรัง	138	34.50
7.2 โรคเฉียบพลัน	262	65.50
รวม	400	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
8. แผนกผู้ป่วย		
8.1 อายุรกรรม	116	29.00
8.2 ศัลยกรรม	44	11.00
8.3 ศัลยกรรมกระดูก	37	9.25
8.4 จักษุ	25	6.25
8.5 โสต ศอ นาสิก	23	5.75
8.6 สูติกรรม	76	19.00
8.7 นรีเวชกรรม	27	6.75
8.8 วางแผนครอบครัว	17	4.25
8.9 ทันตกรรม	35	8.75
รวม	400	100.00

จากตาราง 3 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ด้านอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 60 ปี ในด้านระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ด้านสถานภาพการสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่โดยครอบครัวอยู่ร่วมกัน ด้านอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือทำงานส่วนตัว ด้านฐานะทางเศรษฐกิจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ในระดับ 2,466 - 7,410 บาทต่อเดือน ในด้านกลุ่มอาการของโรคพบว่า ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยโรคเฉียบพลัน และในด้านแผนกที่มีผู้ป่วยมารับบริการพบว่า มีผู้มารับบริการในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามตัวแปรอิสระ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วย จำแนกตาม ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพ

ด้าน	N	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้	400	49.82	9.55	ต่ำ
เจตคติ	400	50.07	10.09	ปานกลาง
การปฏิบัติ	400	49.97	9.90	ต่ำ
พฤติกรรมสุขภาพรวม	400	49.92	7.67	ต่ำ

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และพฤติกรรม
สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ

พฤติกรรม	ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	t
ความรู้	ชาย	114	49.31	9.40	0.78
	หญิง	286	50.03	9.63	
เจตคติ	ชาย	114	50.76	10.74	0.13
	หญิง	286	49.80	9.74	
การปฏิบัติ	ชาย	114	50.83	9.36	0.34
	หญิง	286	49.63	10.11	
พฤติกรรมสุขภาพ	ชาย	114	50.07	7.51	0.26
	หญิง	286	49.85	7.75	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.65$)

จากตาราง 5 เมื่อเปรียบเทียบ $t - test$ พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยชายที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยหญิง

ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	N	$\bar{X}$	S
13 - 19 ปี	62	48.89	5.87
20 - 60 ปี	280	50.79	7.95
มากกว่า 60 ปี	58	46.79	7.15
รวม	400	49.91	7.67

จากตาราง 6 แสดงถึงผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอายุ 20 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 13 - 19 ปี และ มากกว่า 60 ปี ตามลำดับนำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ปรากฏผลตามตาราง 7

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามกลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	844.82	422.40	7.40 **
ภายในกลุ่ม	397	22,650.30	57.05	
รวม	399	23,495.12		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,397} = 4.66$)

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 7.40$) แสดงว่า อายุแตกต่างกันผู้ใดผู้หนึ่งมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไปโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน

อายุ	$\bar{X}$	มากกว่า 60 ปี	13 - 19 ปี	20 - 60 ปี
		46.79	48.89	50.79
มากกว่า 60 ปี	46.79	-	2.09	3.99 **
13 - 19 ปี	48.89		-	1.90
20 - 60 ปี	50.79			-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 - 60 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างจากผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุ 13 - 19 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างจากผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 20 - 60 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่าประถมศึกษา	27	44.07	7.09
ประถมศึกษา	185	48.80	7.54
มัธยมศึกษา	96	49.73	6.38
สูงกว่ามัธยมศึกษา	92	54.07	7.50
รวม	400	49.92	7.67

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ตามลำดับ นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์หาความแปรปรวนต่อไป ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2,739.09	913.03	17.42 **
ภายในกลุ่ม	396	20,756.02	52.41	
รวม	399	23,495.11		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3,396} = 3.83$)

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 3.83$) แสดงว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา
จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ต่ำกว่าประถม ศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยมศึกษา
		44.07	48.80	49.73	54.07
ต่ำกว่าประถมศึกษา	44.07	-	4.73	5.66	9.99 **
ประถมศึกษา	48.80		-	0.93	5.27 **
มัธยมศึกษา	49.73			-	4.34 **
สูงกว่ามัธยมศึกษา	54.07				-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา
มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า
ประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ
เกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามสถานภาพการสมรส

สถานภาพการสมรส	N	$\bar{X}$	S
โสด	114	50.15	7.26
คู่ (อยู่รวมกัน)	229	49.94	7.99
คู่ (แยกกันอยู่)	26	50.15	7.92
หย่าร้าง	10	49.50	8.24
คู่ชีวิตเสียชีวิต	21	48.29	6.11
รวม	400	49.92	7.67

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีสถานภาพสมรสโสด และคู่แบบแยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา สูงที่สุด รองลงมาคือ คู่แบบอยู่รวมกัน หย่าร้าง และ คู่ชีวิตเสียชีวิต ตามลำดับ นำข้อมูลในตารางไปวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา จำแนกตามสถานภาพการสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	65.33	16.33	0.28
ภายในกลุ่ม	395	23,429.78	59.32	
รวม	399	23,495.11		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{4,395} = 2.37$)

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการใช้ยาต่างกัน

ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S
รับจ้าง	150	49.94	7.51
เกษตรกรรวม	22	47.36	9.93
ค้าขาย	32	48.56	6.96
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	54	53.61	7.95
นักเรียน/นักศึกษา/ไม่มีอาชีพ	142	49.18	7.13
รวม	400	49.92	7.67

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูงที่สุด รองลงมาคือ รับจ้าง นักเรียน/นักศึกษา/ไม่มีอาชีพ ค้าขาย และเกษตรกรรวม ตามลำดับ นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์หาความแปรปรวนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จาแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1,015.61	253.90	4.46 **
ภายในกลุ่ม	395	22,479.50	56.91	
รวม	399	23,495.11		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{4,395} = 3.32$)

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{4,395} = 3.32$) แสดงว่า อาชีพที่ต่างกันผู้ใดผู้หนึ่งมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายผู้ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา
จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	$\bar{X}$	เลขตรกรรม					รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
		ค้าขาย	ไม่มีอาชีพ	รับจ้าง	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ		
อาชีพ	$\bar{X}$	47.36	48.56	49.18	49.94	53.61	
เลขตรกรรม	47.36	-	1.20	1.82	2.58	6.25	**
ค้าขาย	48.56		-	0.62	1.38	5.05	**
ไม่มีอาชีพ	49.18			-	0.76	4.43	**
รับจ้าง	49.94				-	3.67	**
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	53.61					-	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มี
มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างจากอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา
ถูกต้องมากกว่าอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

ตาราง 17 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการสุขภาพ
เกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

รายได้ / เดือน	N	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 2,466	88	48.51	7.18
2,466 - 7,410	191	49.22	7.78
สูงกว่า 7,410	121	52.03	7.48
รวม	400	49.92	7.67

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีรายได้ของครอบครัว สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือ รายได้ระหว่าง 2,466-7,410 บาทต่อเดือน และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน ตามลำดับ นำข้อมูลในตารางไปวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา
จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	808.49	404.24	7.07 **
ภายในกลุ่ม	397	22,686.62	57.15	
รวม	399	23,495.11		

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,397} = 4.61$)

จากตาราง 18 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,397} = 4.61$) แสดงว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่แตกต่างกันควัดคู่หนึ่งใน 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา
จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ฐานะทาง เศรษฐกิจ ของครอบครัว	$\bar{X}$	ต่ำกว่า 2,466	2,466 - 7,410	สูงกว่า 7,410
		บาท/เดือน	บาท/เดือน	บาท/เดือน
ต่ำกว่า 2,466	48.51	-	0.71	3.52 **
2,466-7,410	49.22	-	-	2.81 **
สูงกว่า 7,410	52.03	-	-	-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ 2,466 - 7,410 บาทต่อเดือน และต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

ตาราง 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอาการของโรค

กลุ่มอาการของโรค	N	$\bar{X}$	S^2	t
เจ็บบพลง	138	49.72	42.54	0.40
เรื้อรัง	262	50.02	67.65	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.65$)

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเจ็บบพลงและโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคเจ็บบพลงมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ตาราง 21 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ
เกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามแผนกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ

แผนก	N	$\bar{X}$	S
อายุรกรรม	116	48.92	7.50
ศัลยกรรม	44	48.52	8.44
ศัลยกรรมกระดูก	37	50.27	8.79
จักษุ	25	46.64	8.90
โสต ศอ นาสิก	23	51.61	7.31
สูติกรรม	76	50.97	6.75
นรีเวชกรรม	27	52.30	7.37
วางแผนครอบครัว	17	52.18	5.48
ทันตกรรม	35	50.57	7.53
รวม	400	49.92	7.67

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในแผนกนรีเวชกรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือ วางแผนครอบครัว โสต ศอ นาสิก สูติกรรม ทันตกรรม ศัลยกรรมกระดูก อายุรกรรม ศัลยกรรม และจักษุ ตามลำดับ นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามแผนกต่าง ๆ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	8	878.68	109.83	1.90
ภายในกลุ่ม	391	22,616.43	57.84	
รวม	399	23,495.11		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{8,391} = 1.96$)

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกที่ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในข้อที่ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกัน

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อทราบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในปี พ.ศ. 2536
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2536 ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มอาการของโรค และแผนกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมาใช้บริการ

วิธีการในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม จำนวน 400 คน เป็นผู้ป่วยชาย 114 คน ผู้ป่วยหญิง 286 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีสุ่มแบบสัดส่วนตามแผนกของโรคและเพศ (Proportional Stratified Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล แบ่งออกเป็น 5 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งมีลักษณะแบบเลือกตอบ 5

ตัวเลือก

ตอนที่ 2 แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบ
รายการสำรวจ

ตอนที่ 4 รายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีลักษณะเป็น
แบบรายการสำรวจ

ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษา
ในปัจจุบัน และความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการให้มีหน่วยบริการเอดส์
โรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส พีซี
(SPSS/PC : Version 4 = Statistical Package for Social Sciences
PC Version 4)

1. วิเคราะห์สถานการณ์โดยทั่วไปของผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่
คิดเป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยที่มารับ
บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง
พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2536 ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย ตามตัวแปร
เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
กลุ่มอาการของโรค และแผนกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมารับบริการ
4. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็น
อิสระจากกัน โดยการทดสอบค่า ที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 7

5. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6 และ 8
6. เมื่อพบค่าเอฟ (F-test) มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธี นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

สรุปผลการค้นคว้า

1. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ มีเจตคติเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแยกผลการวิจัยออกได้ตามพฤติกรรม ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ได้ดังนี้
2. ผู้ป่วยชายที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยชายที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยหญิง
3. ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 2
4. ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 3

5. ผู้ป่วยที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 5

7. ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 6

8. ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของโรคแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในข้อที่ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง

9. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในข้อที่ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สถานภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย ระดับพฤติกรรมสุขภาพและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2536 ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มอาการของโรค และแผนกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมารับบริการ ผลการวิเคราะห์พบว่า

1. ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหญิงที่มีอายุ 20-60 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีสถานภาพการสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง หรือประกอบอาชีพส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่ ฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่มีรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน กลุ่มอาการของโรคส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยโรคเฉียบพลัน และแผนกที่มีผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุด คือ แผนกอายุรกรรม

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ มีเจตคติเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจษฎา ณ ระนอง (2533 : 119) ที่ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2533 ในจังหวัดพัทลุง พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาส่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ในด้านความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพพบว่า มีผลการศึกษาลดลงยิ่งกัน เนื่องจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 46.3 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงทำให้มีโอกาสได้เรียนรู้ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างของ เจษฎา ณ ระนอง ที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ทำให้ระดับคะแนนของความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพในการทำวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับต่ำ

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ กลุ่มอาการของโรค และแผนกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมารับบริการ พบว่า

3.1 จากสมมติฐานในข้อ 1 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยชายที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยชายที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยหญิง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 85) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้มารับบริการชายและหญิงมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งพฤติกรรมการเจ็บป่วยนี้เป็นการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะขจัดความผิดปกติของร่างกายอันได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งโดยลักษณะนี้ทั้งชายและหญิงต่างต้องการการมีชีวิตรอดอยู่คนเดียวจึงต้องชวนช่วยหาทางที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนมีชีวิตรอดอยู่ได้ เมื่อเจ็บป่วยจึงพยายามหาวิธีบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ เบญจวิทย์ สุเย็นทรเมธี (2527 : 51) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการเขียวยาของผู้ป่วย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อานวยพร ทิววงศ์ษา (2534 : บทคัดย่อ) ซึ่งได้ทำการศึกษาถึงความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนแล้วพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเลย และจากการศึกษาของ อัศนีชัย สิงห์หลกะ (2524 : 114) ได้ทำการศึกษาถึงการไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีการใช้ยาไม่ตามสั่งไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงยังไม่อาจสรุปได้ว่า เพศเป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ

การวิจัย

3.2 จากสมมติฐานในข้อ 2 ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่อยู่ในกลุ่มสูงอายุนั้นพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 13 - 19 ปี และกลุ่มอายุ 20 - 60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของ มูเลอร์ (ฮัสซีย์ ถึงทลกะ. 2524 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Mohler. 1955) ซึ่งพบว่า จะมีการใช้ยาไม่ตามสั่งเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ข้อผิดพลาดนั้นจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีอายุ 65 ปี และกว่านั้นเป็นเพราะมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลงด้วย และอาจเนื่องจากความชรา หลงลืม หรือเลิกเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนแล้ว

3.3 จากสมมติฐานในข้อ 3 ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 3 เมื่อพิจารณาคะแนนค่าเฉลี่ยจากตาราง 9 แล้วพบว่า พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่เรียนระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา กลุ่มที่อยู่ในระดับมัศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่เรียนจบระดับประถมศึกษา และกลุ่มที่จบต่ำกว่าประถมศึกษา ส่วนกลุ่มที่จบระดับประถมศึกษา พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่จบต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับวิจัยของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 88) ที่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ที่มาใช้บริการที่มีการศึกษาสูงกว่ามัศึกษามีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มาใช้บริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งโดยทั่วไปบุคคล

ที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182) นอกจากนี้ กรุงไกร เจนพาณิชย์ (2521 : 59-60) ได้ทำการศึกษาเรื่อง บทบาทของแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาต่ำกว่าของผู้ป่วยทำให้การติดต่อกับแพทย์มีน้อย เพราะพูด ฟัง หรือ อ่านคำแนะนำไม่เข้าใจ บางรายไม่กล้าถามถึงการปฏิบัติตัว เพราะกลัวถูกหาว่าโง่ หรือด้วยความเกรงใจ ซึ่ง สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 29) กล่าวว่า การขาดการศึกษาอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อพัฒนาการของพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ได้ นิตยา ภานุพันธ์ (2527 : 88) ได้ศึกษาถึงความร่วมมือโดยรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาต่ำยังเลิกล้มการค้นหาคำความรู้ หรือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ง่าย เมื่อรู้สึกว่ายามีความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากไม่มีลักษณะใคร่รู้ในสิ่งต่าง ๆ มากพอและขาดความเข้าใจในประโยชน์ จุดมุ่งหมายหรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติอย่างแท้จริง และ จารุวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528 : 88) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ริชาร์ด และ อาร์เธอร์ (Richard and Arther. 1974 : 1563-1567) นักการศึกษาได้สรุปไว้ว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการเผชิญต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ทำให้ลดความวิตกกังวล ความกลัว อันจะมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา

จากเหตุผลดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

3.4 จากสมมติฐานในข้อ 4 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพการสมรสที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการรักษาที่ต่างกัน เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพการสมรส โสด ๘ หย่าร้าง และคู่สมรส

เสียชีวิตมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ วิลคอกซ์ (อัศชัย สังหลกะ. 2524 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Wilcox. 1965) ที่พบว่า การเป็นโรคจะเป็นเหตุต่อการใช้ยาไม่ตามสั่งมากกว่าโดยพบว่า ผู้ชายโรคที่เป็นโรคประสาทมีอยู่ถึงร้อยละ 42 ที่มีการบกพร่องต่อการใช้ยา เมื่อเทียบกับการที่ผู้ชายที่อยู่กับภรรยาจะมีอัตราการใช้ยาไม่ตามสั่งเพียงร้อยละ 35 ซึ่งตรงข้ามกับผลงานวิจัยของ นิมล เพราเพริศภิรมย์ (2533 : 77) ที่ได้ทำการศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส โสด หรือหม้าย ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ นั้นมีภารกิจที่ต้องทำมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น การดูแลบ้าน การดูแลบุตร และมีความอิสระน้อยกว่าผู้ที่เป็นโรค หรือหม้าย แต่จากการศึกษาของ บุศรา ใจซื่อกุล (2533 : 134) ที่ศึกษาถึง การดูแลสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาลเด็ก พบว่า ผู้ปกครองที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน มีความรู้ และ เจตคติในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน การที่ผลวิจัยครั้งนี้พบว่า สถานภาพการสมรสที่ต่างกัน มีได้ทำให้อัตราการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากลักษณะของครอบครัวไทยที่อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ มีการยอมรับนับถือญาติพี่น้อง ทำให้ครอบครัวอบอุ่น มีพี่น้องคอยดูแลช่วยเหลือกัน โดยเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาการหย่าร้าง คู่สมรสเสียชีวิต และผู้ที่มีสถานภาพการสมรสโสด จะได้รับความเห็นอกเห็นใจ มีญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือ และคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผิดกับสังคมตะวันตกที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ดังนั้นเมื่อครอบครัวมีปัญหาการหย่าร้าง คู่สมรสเสียชีวิต และการอยู่เป็นโสดจึงเป็นสิ่งที่กระทบต่อการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก

จากเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัันมี พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

3.5 จากสมมติฐานในข้อ 5 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างจากผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 5 โดยพบว่า อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่ากลุ่มอาชีพรับจ้าง นักเรียน หรือนักศึกษา หรือไม่มีอาชีพ ค้าขาย และเกษตรกร จากตารางเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ย (ตาราง 14) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก อาชีพมักมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ คนที่มีการศึกษาดี มักจะสามารถเลือกประกอบอาชีพได้ตามความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้ที่มีความรู้สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ รับจ้าง ไม่มีอาชีพ ค้าขาย และเกษตรกร อีกทั้งกลุ่มอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจสามารถขอรับสวัสดิการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ลักษณะของอาชีพได้มีโอกาสพบปะ พูดคุยกับเพื่อนร่วมอาชีพถึงปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง อาชีพนี้จึงย่อมมีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ซึ่งรวมไปถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) ที่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่ผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขาย และลูกจ้าง บุศรา ใจชื้อกุล (2533 : 14) ได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก พบว่า ผู้ปกครองที่มีอาชีพรับราชการ หรือลูกจ้างรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนดีกว่าผู้ปกครองที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน และจากการศึกษาของ วาสนา ปุณณสิริวัฒน์

(2532 : 58) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ พบว่า กลุ่มที่มีอาชีพ รับราชการ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน จะมีคะแนนแบบแผนชีวิตสูงกว่าอาชีพทนาย ทหาร รับจ้างรายวัน และอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอาชีพอื่น ๆ

3.6 จากสมมติฐานในข้อ 6 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 18) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 6 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยแล้วพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ 7,410 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาที่ดีที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่มีรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน และกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน (ตาราง 19) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิตรา โตวัน (2532 : 106) ซึ่งได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่นำบุตรอายุ 1 ปี มาใช้บริการสุขภาพในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001-6,000 บาทต่อเดือน และรายได้ 3,000 บาทต่อเดือนหรือต่ำกว่า สุภาพร ธาตุพันธ์ (2531 : 59) ได้ทำการศึกษาถึงความเชื่อที่ผิดด้านการดูแลสุขภาพเด็กวัยทารกของมารดาที่พาเด็กป่วยมาใช้บริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า มารดาที่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีความเชื่อที่ผิดด้านการดูแลสุขภาพทารกน้อยกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว 2,466-7,410 บาทต่อเดือน และต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงราม อุไรรัตน์ (2527 : 123) ที่ได้ทำการศึกษาถึงวิธีการเลี้ยงดูทารกในผู้ป่วยเด็กอายุ 0-3 เดือน ที่รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีแนวโน้มที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ

อนาถและพยายามที่จะเลี้ยงดูบุตรให้ดีขึ้น แต่อุปสรรคที่สำคัญ คือ ระดับการศึกษาของมารดาและระดับเศรษฐกิจของครอบครัว รายได้ไม่พอกับรายจ่ายทำให้การให้นม การให้อาหารเสริม และการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยในระยะเริ่มแรกเป็นไปไม่ได้ตามที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ วิลลิตส์ และไครเดอร์ (ทิวาลย์ ชาวสวอองด์. 2535 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Wellits and Crider. 1968 : 174) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ประเมินภาวะสุขภาพของตนดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ทั้งนี้เกี่ยวเนื่องกับการมีแหล่งประโยชน์ที่ดี สามารถแสวงหาอาหารและแหล่งบริการสุขภาพได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของ เฟียสรี กรังด์ประเสริฐ (สุภาพร ธาตุพันธ์. 2531 : 59 ; อ้างอิงมาจาก เฟียสรี กรังด์ประเสริฐ. 2523 : 11-13) ที่ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจดี นอกจากจะนิยมไปพบแพทย์เมื่อป่วยระยะต้น ๆ แล้วยังนิยมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วย ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและเศรษฐกิจต่ำ มักไม่ค่อยสนใจในการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ จะไปพบแพทย์เมื่อป่วยหนักจนทำงานไม่ไหว ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเศรษฐกิจเป็นตัวสำคัญในการกำหนดวิถีทางการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มักจะไม่สามารถจัดหาสิ่งที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพได้ดีเท่ากับครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และจากการศึกษาของมูเลอร์ (อัศนีย์ สิงหกละ. 2524 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Mohler. 1955) พบว่า ส่วนใหญ่ของอัตราการใช้ยาไม่ตามสั่งจะอยู่ในกลุ่มของประชากรที่มีสภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำ

ด้วยเหตุผลและผลวิจัยดังกล่าวข้างต้น จึงพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ดีกว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า

3.7 จากสมมติฐานในข้อ 7 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง

มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบตามตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเฉียบพลันเล็กน้อย ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มารับการตรวจรักษาทุกเดือน มีคลินิกเฉพาะโรค ซึ่งคลินิกเหล่านี้จะมีการสอนโดยแพทย์ และพยาบาล อีกทั้งผู้ป่วยเรื้อรังส่วนมากเคยเข้ารับการรักษามาแล้วในแผนกผู้ป่วยในเกือบทั้งสิ้น ซึ่งแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือพยาบาล จะมีการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำให้โรคกำเริบ ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่ได้แก่ การหายใจ ซึ่ง ฮุติมา อิตถาโกวิท (2534 : 53) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ และภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ร้อยละ 92.1 ต่อ 59.3 และผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงเป็น 8 เท่าของผู้ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนั้นปัจจัยในเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาที่ถูกต้องจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก พยาบาล ผู้มีหน้าที่โดยตรงในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จึงมีกลุ่มเน้นสอนเรื่องการหายใจกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนแผนกผู้ป่วยในได้รับความรู้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เคยเป็นผู้ป่วยในเกือบทั้งสิ้น ผู้ป่วยเรื้อรังจึงมีโอกาสดูแลเรียนรู้วิธีการหายใจที่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยเฉียบพลัน แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สไตน์เบิร์ก (Steinberg, 1978 : 86-92) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงเหตุผลในการหายใจในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการหายใจได้มาก มักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีการศึกษาต่ำ เป็นโสด หรือหม้าย หรือแยกกันอยู่ และมีโรคเรื้อรังหลายโรค และจากผลการศึกษาของ เรเดอร์ และคนอื่น ๆ (Rehder and others, 1980 :

379-385) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการโดยการให้คำแนะนำ และการใช้ใบสั่งยาแบบพิเศษ ผลการศึกษาพบว่า การใช้อาสาสมัครโรคเรื้อรังกว่าจะได้ผลต้องใช้เวลาาน ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจจึงมักจะหยุดยาก่อนกำหนด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังชนิดไม่มีอาการแสดง แต่จำเป็นต้องใช้ยาประจำ เช่น โรคความดันโลหิตสูง จะพบว่ามีการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งเพิ่มมากขึ้น แต่จากการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 20-60 ปีเป็นส่วนใหญ่ คือมีจำนวนถึงร้อยละ 70 ลักษณะของโรคเรื้อรังที่พบมักเป็นโรคเดี่ยว ไม่พบหลายโรคเหมือนผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอายุดังกล่าวมักมีโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อม ๆ กัน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการใช้ยาไม่ถูกต้องได้มาก ดังที่ สไตน์เบิร์ก (Steinberg. 1978 : 86-92) ได้ทำการศึกษาไว้ข้างต้น เหตุผลอีกประการหนึ่ง คือ ยาที่ใช้ในผู้ป่วยเรื้อรัง มักเป็นยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ เช่น ยาก่อนอาหาร ซึ่งเป็นยาลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ยาแก้ปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเรื้อรัง ยาลดความดันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ยาเหล่านี้มักเป็นยาที่ผู้ป่วยใช้ด้วยความเคยชิน และผ่านการแนะนำมาหลายครั้ง ผู้ป่วยจึงเกิดการเรียนรู้ที่จะใช้ยาได้อย่างถูกต้องมากกว่ายาที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลัน ซึ่งเป็นยาใหม่สำหรับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเพิ่งได้รับ

จากเหตุผลดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

3.8 จากสมมติฐานข้อ 8 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกต่าง ๆ ของแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกต่าง ๆ ของแผนกผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกนั้นมักจะมาใช้บริการของโรงพยาบาลเกือบทุกแผนกปะปนกันไป กล่าวคือ เดือนนี้มาตรวจในแผนกอายุรกรรม แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยทางศัลยกรรมหรือทันตกรรมหรือสูติกรรมก็จะมาใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้อีก เนื่องจากเกิดความ

คุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบกับการตรวจในบางครั้ง
ต้องมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่อยู่คนละแผนก ลักษณะการตรวจเวียนตรวจแผนกใน
ข้าง แผนกนี้ข้าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มใหญ่มีได้เป็นผู้ป่วยในแผนกใดแผนกหนึ่ง
อย่างเด็ดขาด จึงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา มีพฤติกรรมที่ไม่แตกต่าง
กัน แม้จะมารับการตรวจในแผนกที่ต่างกัน อีกทั้งลักษณะของห้องยาของโรงพยาบาล
วชิรพยาบาลเป็นห้องยารวม มีได้แยกตามแผนกของโรค การจ่ายยาจ่ายโดยบุคลากร
กลุ่มเดียวกัน ซึ่งให้คำแนะนำโดยใช้อุปกรณ์ยา เขียนอธิบายลักษณะของการใช้ยาโดย
ทั่ว ๆ ไปเหมือนกันหมด มีได้แยกตามแผนกของโรค การสอนที่แผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่
เป็นการสอนโดยโทรศัพท์แจ้งจรบิต ซึ่งจะเป็นการสอนเกี่ยวกับสุขภาพเรื่องเดียวกัน
ทั้งหมด จึงส่งผลให้ผู้ป่วยนอกในแต่ละแผนกเกิดการเรียนรู้เหมือน ๆ กัน พฤติกรรม
การใช้ยานแต่ละแผนกจึงไม่แตกต่างกัน

4. ปัญหาที่พบจากการศึกษาค้นคว้าพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของ
ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล หอสรุปได้เป็น 6 ข้อ
ดังนี้

1. การใช้ยาไม่ถูกต้องกับเวลา เป็นปัญหามาเรื่องวิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง
ซึ่งได้แก่

1.1 การกินยาก่อนอาหารไม่ถูกเวลาและการกินยากับขวดหัด
เวลา

การกินยาก่อนอาหาร จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ
33 เท่านั้นที่กินยาก่อนอาหารได้ถูกต้องคือ กินก่อนกินอาหาร 30-60 นาที นอกนั้น
พบว่าร้อยละ 25 กินก่อนอาหาร 15 นาที ร้อยละ 21 กินก่อนอาหาร 5 นาที และ
ร้อยละ 8 กินยาแล้วกินอาหารทันที ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เพราะยาก่อน
อาหารควรกินก่อนอาหาร 30-60 นาที โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะบางชนิด เช่น เพนิซิลลิน
(Penicillin) ควรกินยาขึ้นก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง เพราะยาถูกทำลายได้ง่ายโดย
กรดในกระเพาะ ทำให้ฤทธิ์ของยาลดลง (กานพลู ศรีวัฒนกุล. 2532 : 526-528)

ส่วนยาคลอกซาซิลลิน (Cloxacillin), แอมพิซิลลิน (Ampicillin) จะรวมตัวกับอาหารได้เป็นสารประกอบที่มีโมเลกุลใหญ่ขึ้น ทำให้การดูดซึมช้าลง จึงควรกินยาในตอนท้องว่าง คือก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง เพื่อให้ยาดูดซึมได้ดี เป็นต้น ฉะนั้นการกินยาก่อนอาหารเพียง 5 นาที 15 นาที หรือกินยาแล้วกินอาหารทันที ย่อมทำให้การดูดซึมยาลดน้อยลง อีกทั้งในช่วงใกล้เวลาอาหารจะมีการออกมามากได้ หรือเมื่ออาหารตกถึงกระเพาะจะกระตุ้นน้ำย่อยและกรดให้ออกมามาก ยາบางส่วนจึงถูกทำลายทำให้เสียฤทธิ์ไป ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดที่จะฆ่าเชื้อได้ เนื่องจากขนาดยาในเลือดไม่เพียงพอตามขนาดการรักษา

การกินยากับвод จากการศึกษานพบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 25 ที่กินยากับводได้ถูกต้อง คือ กินยาทันทีหลังอาหาร นอกนั้นพบว่าร้อยละ 18 กินหลังจากกินอาหารแล้ว 5 นาที, ร้อยละ 49 กินหลังอาหาร 15-30 นาที, ร้อยละ 5 กินเวลาใดก็ได้ขอให้เป็นหลังอาหาร และร้อยละ 3 ตอบว่า กินหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 6.8 มีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง และร้อยละ 2.3 เห็นด้วยว่าควรกินยากับводผสมเหล้า เหตุผลเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้น กลุ่มยากับводส่วนใหญ่เป็นยาที่มีฤทธิ์เป็นกรด จึงมีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเยื่อกระเพาะอาหาร ฉะนั้นวิธีกินยากับводที่ถูกต้องคือ การกินยาทันทีหลังกินอาหาร ซึ่งพบได้เพียงร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความคิดเห็นว่าควรกินยากับводผสมเหล้าด้วยแล้วเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะได้มาก อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ กล้าหาญ กังคะนิลา (2533 : 15) ที่ได้ทำการศึกษาถึงทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการซื้อยากับводลดไข้มารับประทานเอง ในตำบลชอบสาร์เดช อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี พบว่า ประชาชนมีทัศนคติที่เห็นด้วยกับการกินยากับводลดไข้ผสมเหล้าถึงร้อยละ 32.34 ซึ่งเป็นเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่าวิชาชีพพยาบาลมาก

1.2 เป็นปัญหาที่มีการใช้ยาไม่ถูกวิธีหรือถูกทาง จากการศึกษานพบปัญหาในเรื่องของการใช้ยาอมได้ลิ้น การใช้ยาหยอดตา การใช้ยากันชัก การใช้ยา

เหน็บ การใช้ยาภายนอก การผสมยาผงให้เป็นยาหน้า และการใช้ยาหยอดหู ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การใช้ยาอมที่ได้ลิ้น ที่ใช้รักษาโรคหัวใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้องว่าต้องใช้โดยการอมใต้ลิ้นเท่านั้นถึงร้อยละ 67 ส่วนร้อยละ 11 ตอบว่า ใช้กินแทนการอมก็ได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เพราะยาอมใต้ลิ้นถ้าใช้กินแทนการอม จะทำให้ยาลงสู่กระเพาะอาหาร ซึ่งยาชนิดนี้จะถูกทำลายได้ง่าย โดยกรดในกระเพาะอาหาร อีกทั้งการอมยาจะทำให้ระดับความเข้มข้นของยาในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (ภาพล ศรวิมลกุล. 2532 : 20) หันกับการบำบัดอาการขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจของผู้ป่วยได้ แต่การกินยาต้องคอยให้ยาดูดซึมผ่านทางเดินอาหารเสียก่อน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งจึงอาจไม่ทันกับการบำบัดอาการได้ทันที จึงอาจนำไปสู่สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงตามมาได้

การใช้ยาหยอดตา วิธีใช้ที่ถูกต้องคือ เมื่อเปิดขวดมาแล้วต้องใช้จนอาการป่วยหาย ซึ่งถ้ายายังไม่เหลืออยู่ก็ควรเก็บไว้ในตู้เย็น โดยมีระยะเวลาในการเก็บไม่เกิน 1 เดือนหลังเปิดขวดยา จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 39 ตอบว่า ได้ถูกต้อง นอกนั้นร้อยละ 31 ตอบว่า เมื่ออาการดีขึ้นให้เก็บยาไว้ในตู้เย็นครั้งต่อไป โดยไม่มีกำหนดระยะเวลาในการเก็บ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า การใช้ในครั้งต่อไปอาจนานจนยาเสื่อมคุณภาพไปแล้ว อันจะนำมาซึ่งอันตรายต่อดวงตาได้มาก และร้อยละ 5 ของผู้ป่วยตอบว่า ควรแบ่งยาหยอดตาให้ผู้ใกล้ชิดได้ใช้ เมื่อมีอาการเช่นเดียวกัน ยาหยอดตาเป็นของส่วนตัว ถึงแม้จะมีคนในบ้านเป็นเหมือน ๆ กัน ก็ไม่ควรใช้ยาขาดเดียวกัน ทั้งนี้เพราะโรคตาบางอย่างติดต่อกันได้ง่ายมาก โดยผ่านทางยาหยอดตาหรือป้ายตา และบางทีผู้คล้อยากับว่า เป็นโรคเหมือน ๆ กัน แต่จริง ๆ แล้วแตกต่างกันมาก (ภาพล ศรวิมลกุล. 2534 : 185)

ยากันชัก จากการศึกษาพบว่า มีผู้ใช้ยากันชักได้ถูกต้อง ร้อยละ 52 คือ ตอบว่า ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องทุกวันตามแพทย์สั่ง แม้เด็กจะไม่มีอาการชักแล้วก็ตาม แต่พบว่า มีร้อยละ 33 ตอบว่า ยากันชักนี้จะให้เมื่อเด็กมีอาการชัก และ

เริ่มจะชัก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผิด และอาจเกิดอันตรายได้ เพราะการรักษาอาการชักในเด็ก ต้องใช้วิธีการกินยาป้องกันอาการชักอย่างต่อเนื่อง ระดับยาในเลือดจึงจะสม่ำเสมอ และสามารถควบคุมระบบการทำงานของประสาท ไม่ให้เกิดอาการแปรปรวนจนเกิดอาการชักขึ้นมาได้ การกินยากันชักเฉพาะเวลาที่เด็กมีอาการชัก หรือเริ่มจะชักนั้นจะไม่สามารถป้องกันอาการชักได้แต่อย่างใด

ยาเหน็บ จากการศึกษานพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 57 ตอบได้ถูกต้องว่า การใช้น้ำยาเหน็บช่องคลอดหรือทวารหนัก ต้องใช้วิธีสอดยาลึก ๆ ให้สุดเมื่อยาแต่มีร้อยละ 12 ในการสอดควรรนำมาใช้กินแทนสอดได้ และร้อยละ 12 เท่านั้นตอบว่าการสอดยานั้นสอดให้ลึกเท่าไรก็ได้ เพราะยาสามารถดูดซึมเข้าไปได้เอง การใช้น้ำยาเหน็บหากผู้ป่วยสอดยาเข้าไปในลักษณะตื้น ๆ ไม่สุดเมื่อยา จะทำให้น้ำยาเหน็บรั่วไหลออกมาข้างนอกได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาน้อยลงส่งผลให้การใช้น้ำยาไม่ได้ผลเท่าที่ควร และผู้ป่วยเกิดความรำคาญ จากการศึกษายของ ปราณี เหมวิมล (2530 : 107) ที่ได้ทำการศึกษา ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 88.24 สามารถใช้น้ำยาเหน็บได้ถูกต้อง ซึ่งเป็นเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่าโรงพยาบาลมาก

การใช้น้ำยาทาภายนอก จากการศึกษานพบว่า ผู้ป่วยใช้น้ำยาได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้ป่วยร้อยละ 81 ตอบได้ถูกต้องว่า การใช้น้ำยาทา ต้องใช้น้ำยาทาบาง ๆ บนผิวหนังที่แห้งสะอาด แต่มีร้อยละ 10 ตอบว่า ต้องทายาซ้ำบ่อย ๆ เพื่อยาจะได้ออกฤทธิ์ได้เร็ว ร้อยละ 4 ตอบว่า ต้องทายามาก ๆ บนผิวที่แห้งสะอาด ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองโดยใช่เหตุ เพราะการใช้น้ำยาทาภายนอกนั้น การทายาบาง ๆ หรือการใช้น้ำยาทาหนา ๆ จะทำให้การดูดซึมของยามีผลเท่ากัน

วิธีการผสมยาผงให้เป็นยาน้ำ จากการศึกษานพบว่า มีการใช้น้ำร้อนในการผสมยาผงให้เป็นยาน้ำ โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 27.3 ใช้น้ำร้อนผสมยาผงให้เป็นยาน้ำเป็นประจำ ร้อยละ 22 ใช้น้ำเป็นบางครั้ง เพราะบางครั้งใช้น้ำเย็น และร้อยละ 50.7 ไม่เคยใช้น้ำร้อนเลยใช้แต่น้ำเย็นธรรมดาเท่านั้น ยาทหลายชนิดสลาย

ตัวได้ง่ายในความร้อน โดยเฉพาะยาในกลุ่มปฏิชีวนะ ซิตามินซี ทำให้ฤทธิ์ของยาส่วนหนึ่งเสื่อมสลายไป

ยาหยอดหู จากการศึกษพบว่า ร้อยละ 69.8 ไม่เคยตะแคงหู ทำให้ยาได้มีโอกาสไหลเข้าไปถึงข้างในเลย เพราะตะแคงไว้เพียง 1-2 นาทีเท่านั้น ส่วนร้อยละ 14.5 ตอบว่า ตะแคงอยู่นาน 15 นาทีเป็นบางครั้ง แต่บางครั้งก็เพียง 1-2 นาที เพราะไม่มีเวลา มีเพียงร้อยละ 15.7 เท่านั้น ที่ปฏิบัติตามถูกต้องคือ หลังหยอดหูแล้วตะแคงหูอยู่ในท่าเดิม 15 นาที เพื่อให้ยาได้มีโอกาสไหลเข้าไปได้ถึงบริเวณที่มีพยาธิสภาพของโรค การหยอดยาแล้วไม่ตะแคงหรือตะแคงเพียง 1-2 นาที จะทำให้ยาไม่สามารถไหลเข้าไปถึงบริเวณที่เป็นโรคได้ ทำให้เกิดการสูญเสีย และผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่น้อยกว่าหรือไม่ได้รับเลยโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว

1.3 วิธีการรับทราบการปรึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 65

ตอบว่า รู้วิธีการปรึกษาตามฉลากที่แนะนำและบอกขนาดของการกิน ร้อยละ 30 ตอบว่า จามาจากแพทย์บอก ร้อยละ 3 ตอบว่า จะเพิ่มหรือลดขนาดของยาเองตามอาการไม่ต้องดูฉลากยา การจารู้วิธีการปรึกษามาจากแพทย์แล้วไม่สนใจกับฉลากยาอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการปรึกษาได้ เพราะผู้ป่วยอาจจำได้ไม่หมด หรือแพทย์ไม่อาจบอกรายละเอียดไม่หมด เพราะคาดหวังว่าผู้ป่วยคงปฏิบัติตามฉลากยาที่แนะนำ ฉะนั้นวิธีการที่ถูกต้องว่า ยานี้จะใช้อย่างไร เช่น กินวันละกี่ครั้ง ครั้งละกี่เม็ด ผู้ป่วยควรต้องอ่านจากฉลากยา ซึ่งการปฏิบัติในเรื่องการอ่านฉลากยา พบว่า มีผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 77 จะอ่านฉลากทุกครั้งก่อนปรึกษา ร้อยละ 22 ตอบว่า อ่านเป็นบางครั้งโดยเฉพาะในครั้งแรก ๆ ต่อไปจำได้แล้วก็ไม่อ่าน และร้อยละ 1 ตอบว่า ไม่เคยอ่านฉลากยาก่อนเลย ซึ่งอาจเกิดการปรึกษาเกินขนาดจนเกิดพิษได้ หรืออาจใช้น้อยกว่าขนาดรักษาได้

1.4 การให้เด็กหยิบยาใช้เอง ตอบว่าผู้ป่วยร้อยละ 51 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในการฝึกให้เด็กหยิบยาใช้เอง แต่มีผู้ป่วยร้อยละ 9.8 และ 4.8 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และเห็นด้วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายในการปรึกษาได้ เช่น หยิบยาผิดมาใช้ เพราะเด็กยังไม่มีความรู้ในเรื่องการปรึกษาดังขอ

1.5 ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการฉีดยา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 11.5 ฉีดยาเป็นประจำ ร้อยละ 61 ฉีดยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 27.5 ตอบว่า ไม่เคยฉีดยาเลย และข้อปฏิบัติเมื่อฉีดยา พบว่า ร้อยละ 49 ปฏิบัติได้ถูกต้องคือ กินยาทันทีที่ได้ ร้อยละ 35 ตอบว่า รอเวลาไปกินในมือต่อไป ร้อยละ 9 เริ่มตั้ง ต้นกินยาทุกวันรุ่งขึ้น มีร้อยละ 5 ตอบว่า ต้องเพิ่มขนาดของยาเป็น 2 เท่าในมือต่อไป การรอเวลาไปกินในมือต่อไป ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 35 นั้น ถ้าเป็นยาที่กินวันละ 1 ครั้ง ก็นับว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง แต่ถ้าเป็นยาที่ต้องกินวันละ 3-4 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็น ยาปฏิชีวนะ ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยบางราย ลักษณะการข้ามงดยามื้อนั้นไป จะทำ ให้ยานกระแสเลือดไม่สูงพอขนาดรักษาได้ วิธีที่ถูกต้องจึงต้องกินทันทีที่ได้ และ กินมือต่อไปในอีก 2 ชั่วโมงต่อมา

1.6 การใช้ยาหลังกินยา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 86 ใช้ยาตามสภที่เขียนแล้ว ซึ่งเป็นวิธีการที่ถูกต้อง มีร้อยละ 11 ตอบว่า ใช้ยา อยู่นัด ๆ หรือน้ำร้อน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการสลายตัวของยาบางชนิดได้

2. ปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยซื้อยามากินเอง ได้แก่ การซื้อยาชุดมาใช้เอง และการใช้ยาแอสไพรินในเด็ก ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การซื้อยาชุดมาใช้เอง จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 61 มีการซื้อยาชุดมาใช้เป็นบางครั้งบางคราว โดยมีร้อยละ 7.5 มีการซื้อมาใช้เป็นประจำ ส่วนร้อยละ 31.5 ไม่เคยซื้อมาใช้เลย ยาชุดที่ซื้อมาใช้เองส่วนใหญ่ ได้แก่ ยาชุดแก้หวัด ยาชุดแก้ปวดเมื่อย บวดหลัง ซึ่งพบว่า มีการผสมยาสเตียรอยด์ (steriod) เข้าไปด้วย กลุ่มที่เสี่ยงที่สุด คือ กลุ่มที่ใช้ยาชุดเป็นประจำ จึงอาจเกิดอันตรายได้อย่างใหญ่หลวง โดยเฉพาะอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของสเตียรอยด์ (Steriod) นอกจากนั้น ยาชุดแก้หวัดมักจะจัดให้มียาหลายชนิดรวมกัน จึงก่อให้เกิด การใช้ยาเกินกว่าเหตุ

2.2 การใช้ยาแอสไพรินในเด็ก จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 71.7 ไม่เคยซื้อยาแอสไพรินมาใช้ในการลดไข้เด็ก แต่มีร้อยละ 24.3 ที่เคย

ใช้เป็นประจำ และมีร้อยละ 4 ใช้ยาในการลดไข้เด็กเป็นประจำ ยาแอสไพรินเป็นยาที่ห้ามใช้ในเด็ก โดยเฉพาะในรายที่สงสัยว่า เด็กมีไข้เนื่องมาจากไข้เลือดออก เพราะฤทธิ์ของยาไปรบกวนการเกาะตัวของเกล็ดเลือด ซึ่งจะไปเสริมพยาธิสภาพของโรคไข้เลือดออกให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น

3. ปัญหาการกินยาไม่ครบจำนวน ซึ่งจากการศึกษาพบปัญหา ดังนี้

3.1 พฤติกรรมในการเก็บยาน้ำอ็อกเสล หรือยาปฏิชีวนะไว้ใช้ในการเจ็บป่วยครั้งต่อไปพบว่า ร้อยละ 40.8 ไม่เคยเก็บยาไว้เลย จะกินยาน้ำอ็อกเสลที่ได้รับมาจนหมดทุกครั้ง ซึ่งนับเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้อง แต่พบว่า มีร้อยละ 42.8 เก็บยาไว้ใช้บางครั้งต่อไปเป็นบางครั้ง และร้อยละ 16.4 เก็บยาไว้เป็นประจำ ในส่วนของการเจ็บป่วย เมื่อเกิดอาการเจ็บคอ คออักเสบ ผู้ป่วยร้อยละ 28 ตอบว่า ควรกินยาน้ำอ็อกเสลจนหมด ร้อยละ 25 ตอบว่า หลังกินยาแล้ว 2-3 วัน อาการเจ็บคอดีขึ้นควรหยุดยาได้ และร้อยละ 21 ตอบว่า ให้เก็บยาที่เหลือไว้เป็นตัวอย่างในการซื้อยามารับประทาน ซึ่งนับเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เพราะหลักการใช้ยาปฏิชีวนะโดยทั่วไป ไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะติดต่อกันน้อยกว่า 5-7 วัน การใช้อาบน้ำไม่ครบตามเวลาดังกล่าว จะทำให้การรักษาโรคไม่หายขาด เพราะยังมีเชื้อโรคหลงเหลืออยู่ และยังสามารถทำให้เชื้อมีโอกาสดื้อยาได้ง่าย (กาญจล ศรวิวัฒนกุล, 2532 : 522-523) โดยเฉพาะอาการเจ็บคอ คออักเสบ เชื้ออาจก่อให้เกิดโรคไข้รูมาติก และโรคลิ้นหัวใจรูมาติกได้ตามมา อันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย คุกคามต่อชีวิต และทรัพย์สินได้อย่างมาก

3.2 การใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 72 ไม่เคยใช้นานขนาดที่น้อยกว่าแพทย์สั่ง แต่มีร้อยละ 19.7 เคยใช้น้อยกว่าเป็นบางครั้ง และมีร้อยละ 8.3 ใช้น้อยกว่าแพทย์สั่งเป็นประจำ เนื่องจากกลัวจะเกิดผลข้างเคียงของยา หรือการที่มีความรู้สึกว่ายามากเกินไป จึงเกิดการลดขนาดของยาเอง โดยบางรายลดขนาดลงครึ่งหนึ่ง บางรายลดจำนวนมื้อของยาลง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวย่อมทำให้ระดับยาในเลือดไม่เพียงพอสำหรับขนาด

รักษา ทำให้ไม่ได้ผลในการรักษา เพราะขนาดของยาที่แพทย์สั่งใช้นั้นได้ผ่านการทดลองมาแล้วว่าต้องใช้ในขนาดนั้นกับบุคคลนั้น จึงจะได้ผลในการรักษา

3.3 การใช้ข้อสังเกตการแพ้แทนข้อห้ามในการตรวจยาน้ำ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 52.4 มีผลติกรรมถูกต้องคือ ใช้ข้อห้ามที่โรงพยาบาลให้มาในการตรวจยาน้ำใช้ทุกครั้ง แต่มีถึงร้อยละ 25.8 ใช้ข้อสังเกตการแพ้แทนข้อห้ามเป็นประจํา เนื่องจากข้อห้ามที่โรงพยาบาลให้ไปหาย หรือทางโรงพยาบาลไม่ได้ให้ไป และคิดว่า ข้อสังเกตการแพ้ที่บ้านมีขนาดเดียวกับข้อห้ามของโรงพยาบาล ซึ่งข้อเท็จจริงแล้ว 1 ข้อห้ามมีปริมาณ 5 มิลลิกรัม แต่ 1 ข้อสังเกตการแพ้มีปริมาณเพียง 2-3 มิลลิกรัมเท่านั้น ดังนั้นการใช้ข้อสังเกตการแพ้แทนข้อห้าม จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่น้อยกว่าขนาดรักษาที่แท้จริงโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว

4. ปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรค จากการศึกษาพบว่า มีการนำยาที่ไม่ควรใช้กับโรคมาใช้ ดังนี้

4.1 ยาน้ำแก้หวัดในเด็ก จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 52 ใช้พาราเซตามอล (Paracetamol) ในการรักษา ร้อยละ 14 ตอบว่า ใช้คลอแรมเฟนิคอล (Chloramphenicol) และร้อยละ 9 ตอบว่า ใช้แอมพิซิลลิน (Ampicillin) ยาคลอแรมเฟนิคอลเป็นตัวยาน้ำสำหรับเด็กขวบปีแรก เนื่องจากยานี้ถูกทำลายเป็นส่วนใหญ่นับ ดังนั้นกรณีที่ใช้ในเด็กทารก ซึ่งตัวยังไม่เจริญเต็มที่จะมีผลทำให้มียาค้างในเลือดจนเกิดเป็นพิษต่อเด็กได้ โดยจะทำให้เกิดกลุ่มอาการซึ่งเรียกว่า เกรย์ ซินโดรม (Gray syndrome) ซึ่งมีอาการอาเจียน ตัวเขียว ชีต ร่างกายอ่อนบวมเปื่อยหมดสติ และอาจถึงตายได้ (ภาพล ศรวิวัฒน์กุล, 2532 : 543)

4.2 การใช้ยาสุดทำให้อ้วน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 91.8 ไม่เคยซื้อยาดังกล่าวมาใช้ แต่มีร้อยละ 8 เคยซื้อยามาใช้เป็นบางครั้ง และร้อยละ 1 ซื้อมาใช้เป็นประจำ ยาสุดทำให้อ้วนส่วนใหญ่ ประกอบด้วยยาในกลุ่มสเตียรอยด์ (Steroid) ซึ่งผลข้างเคียงของยา ทำให้เกิดการบวมหน้า หน้าบวมกลมเหมือนพระจันทร์ (Moon face) และบริเวณหลังคอบวมเป็นท่อนอกเหมือนท่อนอกวัว

(Buffalo Hump) จึงทำให้ดูเหมือนว่าอ้วนขึ้น และรับประทานอาหารได้ดีขึ้น แต่ผลเสียที่เกิดจากพิษของยานี้มีมากมาย เช่น ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารอาจร้ายแรงถึงขั้นกระเพาะทะลุ ทำให้กระดูกพรุน แตก และหักได้ง่าย ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จึงเสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อได้ง่าย (กานพล ศรวิมลกุล. 2532 : 184-186)

4.3 การใช้ยาแก้อักเสบของเด็ก ชนิดของบรรจุเสร็จ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 65.7 ไม่เคยซื้อยามาใช้ แต่มีร้อยละ 26.3 ซื้อมาใช้เป็นบางครั้ง และร้อยละ 8.3 เป็นประจำ ยาที่ใช้ส่วนใหญ่คือ ยาลูกอมแก้เจ็บคอ ยาพ่นแก้หอบหืด ยาเม็ดแก้ปวด ยาเม็ดฆ่าเชื้อ โดยเฉพาะยาแก้ปวด ส่วนประกอบคือ ยาแอสไพรินคลินนินเอง (ยาเด็กอันตรายใครรับผิดชอบ. 2531 : 27) ยาแอสไพรินคลินนินเป็นยาที่มารักษาเด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี ก็จะทำให้รบกวนการสร้างกระดูกและฟัน และทำให้ฟันเด็กเป็นสีเทาอย่างถาวร (กานพล ศรวิมลกุล. 2532 : 548) นอกจากนี้ยาบางชนิดยังผสมช็อกโกแลตลงไปในซองยาสำเร็จรูปด้วย จึงทำให้สีของช็อกโกแลตไปปิดบังสีของยาทั้งหมดอายุได้ เพราะยาแอสไพรินคลินนินทั้งหมดอายุจะมีสีน้ำตาล (ปกติจะมีสีเหลืองนวล) ทำให้ไม่รู้ว่ายามีหมดอายุหรือยัง และการหมดอายุของยาแอสไพรินคลินนินมีพิษต่อไตมาก อาจทำให้เกิดไตพิการโดยถาวรได้

5. ปัญหาการได้รับพิษจากยา จากการศึกษาพบผลดังนี้

5.1 การใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง พบว่าร้อยละ 86.4 ไม่เคยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่งให้ มีร้อยละ 10.8 ใช้ยามากกว่าเป็นบางครั้ง และร้อยละ 2.8 ใช้ยามากกว่าที่สั่งเป็นประจำ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่รวดเร็ว โดยคิดว่า การกินยามากขึ้นจะทำให้โรคหายเร็วขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของตนมีอาการรุนแรงขึ้น การกินยามากกว่าเดิมจะทำให้โรคหายเร็วขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่ผิด เพราะการใช้ยามากกว่าขนาดรักษา อาจทำให้เกิดพิษข้างเคียงได้สูง และเพิ่มขนาดของยาที่มีก็จะไม่ได้ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นแต่อย่างใด (กานพล ศรวิมลกุล. 2534 : 20)

5.2 การรับรู้ถึงวันหมดอายุของยา จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.8 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และร้อยละ 28 เห็นด้วยว่า ยาทุกชนิดต้องมีวันหมดอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่การรับรู้ ความหมายของคำว่า Exp. Date กลับได้ผลตรงข้าม กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 91 ไม่รู้ความหมายของคำว่า หมดอายุที่เป็นอักษรย่อภาษาอังกฤษดังกล่าว ซึ่งเป็นภาษาสากลที่ใช้ทั่วไป จึงนับเป็นอันตรายต่อการรักษาได้อย่างมาก

5.3 การใช้น้ำแขวนตะกอน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 26 และร้อยละ 12.8 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และเห็นด้วยว่า การใช้น้ำแขวนตะกอน เมื่อเขย่าขวดยาแล้วเนื้อยาไม่ละลาย ควรใช้ช้อนคนยาให้เนื้อยาขึ้นมาผสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เพราะยาน้ำแขวนตะกอนนั้น เมื่อเขย่าแล้วเนื้อยาไม่ขึ้นมาละลาย แสดงว่า ยานั้นเสื่อมคุณภาพ ไม่ควรนำยานั้นมาใช้อีก เพราะอาจเกิดอันตรายจากพิษของยาที่หมดสภาพแล้ว

6. เป็นปัญหาที่ผิดในเรื่องเจตคติ เกี่ยวกับการรักษา ซึ่งได้แก่

6.1 เจตคติที่ว่ายาที่ดีต้องมีราคาแพง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 30 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 9.8 เห็นด้วย ที่ยาที่ดีต้องมีราคาแพงเสมอ ซึ่งเป็นเจตคติที่ผิด ฉะนั้นเมื่อแพทย์จ่ายยาที่มีคุณภาพดี แต่ราคาถูกผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่พึงพอใจ และหันไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น หรือไปซื้อยาที่ตนพอใจกับร้านขายยาได้

6.2 เจตคติที่ว่ายาที่ใช้รักษาโรคมีประโยชน์ไม่มีโทษ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 25.3 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 10.5 เห็นด้วย การที่ผู้ป่วยคิดว่า ยาที่มีประโยชน์ไม่มีโทษ จะทำให้ผู้ป่วยใช้ยาเกินความจำเป็น และไม่รับทราบถึงโทษของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ จึงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้มาก

6.3 เจตคติที่ว่า เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยทุกครั้ง ถ้าได้รับน้ำเกลืออาการจะดีขึ้น จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 37 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และร้อยละ 11.8 เห็นด้วย การมีเจตคิดดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วยเรียกร้องที่จะขอรับน้ำเกลือ เมื่อมาตรวจรักษา ซึ่งถ้าไม่ได้ก็มักไม่พอใจ และคิดว่าโรคที่เป็นอาจไม่หาย

จึงอาจแสวงหาโรงพยาบาลอื่น หรือคลินิก หรือหมอเถื่อนเพื่อให้ได้น้ำเกลือตามเจตคติที่มีอยู่ นับเป็นความเสียหายโดยใช่เหตุ และอาจนำมาซึ่งอันตรายต่าง ๆ จากการให้น้ำเกลือได้

6.4 เจตคติที่ว่า การฉีดยาทำให้โรคหายเร็วกว่าการกินยา จากการศึกษาคพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 35.3 มีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง และร้อยละ 12.8 เห็นด้วยกับเจตคตินี้ จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้อยากได้ยาฉีด เพราะคิดว่าจะทำให้โรคหายเร็วขึ้น ข้อเท็จจริงแล้วการรักษาระยะยาวโดยวิธีฉีดและโดยวิธีกิน จะให้ผลการรักษาเท่ากัน ยกเว้นแต่ยาบางชนิดจะไม่สามารถดูดซึมเข้าสู่ทางเดินอาหารได้จึงต้องให้โดยวิธีฉีดแทน ยาฉีดอาจมีผลในการออกฤทธิ์เร็วกว่ายากินบ้าง แต่ในอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง การให้ยาฉีดก็ไม่ได้มีประโยชน์เหนือกว่ายากินแต่ประการใด และยังอาจมีผลเสียหลายประการ เช่น ทำให้เจ็บปวด เกิดอาการแพ้พิษยาได้ง่ายและรุนแรงกว่ายากิน (ถ้าผลศรัทธาคุณ. 2534 : 14-15)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรักษาอยู่ในระดับต่ำ หน่วยงานจึงควรมีหน่วยให้คำปรึกษาในเรื่องการรักษา เพราะจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 99 ต้องการให้มีหน่วยนี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (ร้อยละ 1 บอกว่า ไม่ควรมี เพราะถามจากแพทย์ผู้รักษาได้) โดยจัดสถานที่ให้ใกล้เคียงกับบริเวณที่จ่ายยาผู้ป่วยนอก หลังจากเรียกชื่อจ่ายยาแล้วให้ได้พบกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจเป็นเภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้ให้คำปรึกษาควรอธิบายการรักษาทุกข้อที่ผู้ป่วยได้รับ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

2. ชงยาควรมีข้อความที่เป็นคำแนะนำคิดว่าให้ผู้ป่วยได้รับทราบ เช่น ชงยาบิวีชีวัน มีข้อความเตือนว่า ต้องกินยาให้หมดซอง ยาน้ำกลุ่มซิลฟามีข้อความว่า ควรดื่มน้ำมาก ๆ หลังกินยา ยาเหน็บ ควรมีข้อความว่า ห้ามรับประทาน ควรเหน็บยาน้ำให้สุดเม็ดยา หลังจากนั้นนอนพัก 15 นาที เพราะจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มี

ผู้ป่วยร้อยละ 11 ตอบว่า สอดยาเพียงครึ่งเม็ดก็พอ อีกร้อยละ 12 ตอบว่า ใช้กินแทน การสอดได้ การเขียนคำแนะนำการใช้อียาอย่างสมบูรณ์เหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความชัดเจนในการใช้อียา และใช้อียาได้ถูกต้องมากขึ้น

3. สำหรับยาน้ำควรมีคำแนะนำในเรื่องการใช้น้ำที่ผสมยาผง เพื่อให้ เป็นยาน้ำ ว่าควรรีใช้น้ำดื่มสุกที่เย็นแล้ว พร้อมทั้งแนะนำให้ใช้ช้อนของโรงพยาบาลที่ แจกให้ในการตวงยาเท่านั้น เพราะจากการศึกษาพบว่า มีการใช้น้ำร้อนผสมยาเป็น ประจาสองร้อยละ 27.3 และมีผู้ใช้ช้อนชกแทนการใช้ช้อนชาเป็นประจาสองร้อยละ 21.8 และใช้เป็นบางครั้งร้อยละ 25.8

4. การสอนสุขศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย ควรมุ่งเน้นในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป กลุ่มที่มีการศึกษาต่ำและมีรายได้น้อยให้มาก เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ที่มี อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป กลุ่มที่มีการศึกษาต่ำและมีรายได้น้อย เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรม เกี่ยวกับการใช้อียาไม่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยควรแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุแยกสอนต่างหาก เนื่องจากมีคตินิยมผู้สูงอายุอยู่แล้ว ทั้งยังมีสภาพร่างกายที่เสียเปรียบผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น สายตาพร่ามัว หูตึง เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำและมีรายได้น้อยควรหาวิธีการสอน ที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการหัดซักถามปัญหาที่สงสัยให้มาก ดังที่ กรุงไกร เจนพาณิชย์ (2521 : 56-60) ได้ทำการศึกษาแล้วพบว่า การไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาต่ำ ของผู้ป่วยทำให้การติดต่อกับแพทย์มีน้อย เพราะพูด ฟัง หรืออ่านคำแนะนำไม่เข้าใจ บางรายไม่กล้าถามถึงการปฏิบัติตัว กลัวถูกหาว่าโง่ หรือด้วยความเกรงใจ จึงส่งผล ให้กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการใช้อียาไม่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

5. สื่อที่ใช้ในการสอนสุขศึกษาเรื่องการใช้อียา ควรเป็นสื่อประสมที่มีหลาย รูปแบบ เช่น การใช้โทรทัศน์วงจรปิด การสอนโดยสื่อบุคคล การใช้ภาพโฆษณา จัดอบรม ตามกลุ่มของโรค เพื่อเรียกเรื่องความสนใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่เบื่อหน่าย ดังที่ วัชร คุณาวัฒน์ชัยเดช (2532 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้ จากสื่อประสมมีความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อียาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ ความรู้จากสื่อบุคคลเดียว

6. การสอนสุขศึกษาโดยสื่อบุคคล ควรพัฒนาให้เป็นรูปแบบที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ที่เรียกว่า "การสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม (Participatory Health Education)" (สุรเกียรติ์ อาชานภาพ. 2535 : 757) การสอนโดยวิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้ค้นหา ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเอง ว่ามีปัญหอะไรจริง ๆ ซึ่ยากคิด แล้วให้กลุ่มสมาชิกที่เข้าร่วม ฟัง ช่วยกันแก้ปัญหาหรือแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นของตนภายในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน จะทำให้สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงและวิธีทางแก้ไขที่เป็นรูปธรรมที่ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติได้จริง มี ๒ ปัญหาหรือทางแก้ไขของผู้ให้บริการแต่ละฝ่ายเดี่ยว ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับ สภาพความเป็นจริงที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติได้ ฉะนั้นการสอนโดยวิธีนี้จะมีส่วนให้ผู้ป่วยรับรู้ ถึงปัญหาของตนเอง และดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

7. กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรพิจารณาให้มีการพิมพ์ คำว่า การหมดอายุของยาเป็นภาษาไทย เพราะจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 89 รู้ว่า ยามีวันหมดอายุ แต่ร้อยละ 91 ไม่รู้คำ Exp. Date ว่าหมายความว่าอะไร ตัวเลขที่อยู่ด้านหลัง Exp. Date ก็เป็น ค.ศ. ซึ่งผู้ป่วยไม่คุ้นเคยและไม่ทราบว่าปี ค.ศ. อะไร ทางโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขควรแก้ไขให้มีการพิมพ์เป็น ภาษาไทยกำกับไว้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยถึงพฤติกรรมการใช้ยาในคลินิกเฉพาะโรค เพราะ คลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คลินิกความดันโลหิตสูง ฯลฯ คลินิกเหล่านี้ผู้ป่วยมักจะต้องกินยาที่มีลักษณะคล้ายกัน หรือเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งจะต้องมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา หรือการพบผลข้างเคียงของยาใกล้เคียงกัน การสร้างเครื่องมือในการวิจัยจะได้เครื่องมือที่มีรายละเอียดเฉพาะโรคได้มากกว่า อันจะเป็นผลให้ได้รับทราบถึงปัญหา และการใช้ยาที่ผิดพลาดได้ตรงประเด็นมากกว่า

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กาฬ ศรวิวัฒนกุล. คู่มือการวิจัยฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :

บริษัทเมดาร์ทจำกัด, 2532.

_____. คู่มือยาประชาชนฉบับสมบูรณ์สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 5.

กรุงเทพฯ : บริษัทเมดาร์ทจำกัด, 2534.

กล้าหาญ กังคะพิลาส. ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการซื้อยากับบุคคลที่ได้รับประทาน
เองใน ต. ชวนसारเคช อ. โศภสีโรจ จ. ลพบุรี. ภาคนิพนธ์ สาธารณสุข
ศาสตร์บัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. จัดสำเนา.

กลุ่มเภสัชกรชุมชน.ท ผลติกรรมการใช้ยาของประชาชนกับการบริการเภสัชกรชุมชน.
ม.ป.ท., 2531.

กรุงไกร เจนพาณิชย์. "บทบาทของแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อการร่วมมือของผู้ป่วย,"
ใน เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ ครั้งที่ 4 ด้านเภสัชกรรมคลินิก.
กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.

คณะกรรมการอาหารและยา, สำนักงาน. รายงานการวิจัยและสำรวจข้อมูลเรื่อง
สภาวะการใช้ยาของประชาชน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2524.

_____. ข้อมูลสถิติอาหารและยา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหาร
และยา กระทรวงสาธารณสุข, 2532.

จารุวรรณ ชันดีสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความ
ร่วมมือในการรักษาวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. จัดสำเนา.

จรัส บุญยธรรมมา. "คุณรู้เรื่องยาดีแค่ไหน," หมอชาวบ้าน. 14 (167) : 17 -
24 ; พฤศจิกายน 2535.

- เจษฎา ณ ระนอง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. จัดสำเนา.
- จวีวรรณ อารยาพันธุ์. การศึกษาพฤติกรรมทัศนสุขภาพและภาวะสุขภาพในช่องปากของนักศึกษาในวิทยาลัยครุภาควิดี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. จัดสำเนา.
- ชีชาวลย์ ประภาลัย. การสำรวจการใช้ยาชุดของประชาชนใน อ.เคียนภูมิ จ.สุรินทร์. ภาควิชาเภสัชศาสตร์บัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. จัดสำเนา.
- ชนวนทอง ลือสุวรรณ. ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ. เอกสารประกอบคำบรรยาย เรื่องทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ จัดโดยสมาคมวิชาชีพสุขภาพ. 22 สิงหาคม 2532.
- สุติมา อัดถาภกรโกวิท. ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำสั่งแพทย์และภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. จัดสำเนา.
- เดือนใจ อินสุตมา. ลักษณะโครงสร้างครอบครัวและบทบาทพ่อ - แม่. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2517. จัดสำเนา.
- ศิวาลัย ขาวสาอาจค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาชิด. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. จัดสำเนา.
- ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. "การประเมินผลงานสุขภาพในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขภาพ. 8 (29) : 24 - 26 ; เมษายน - พฤษภาคม 2528.

ชนวรรธน อัมสมบูรณ์. "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," ข่าวสาร
สุขศึกษา. 4 (2) : 38 - 43 ; เมษายน - กันยายน 2532.

ณัฐ ภมรประวัติ. "ข่าวสารสุขภาพ," สารสนเทศ. 4 (9) : 300/1047 ;
กันยายน 2533.

นิภา มนุษย์. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต,
2529.

นิตยา ภาสพันธ์. ความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับ
การดูแลตนเอง กับความร่วมมือโดยการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อุดสาเนา.

นงราม อุไรรัตน์. การศึกษาวิธีการเลี้ยงดูทารกในผู้ป่วยเด็ก (0-36 เดือน) ที่
รับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527. อุดสาเนา.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ใน เอกสารการสอน
วิชาสังคมวิทยา. หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช, 2528.

บุตร ประดิษฐ์วิธ. คนไทยหอบหืดลงยา 53 ล้าน. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต,
เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่แผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อุดสาเนา.

บุตรา ใจซื่อกุล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอ่อนก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่พา
เด็กมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.
อุดสาเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.

ประสา เอมอมร. "ข่าวสารานุกรม," สารสนเทศ. 4 (12) : 300/1422 ;

ธันวาคม 2533.

ปราณี เหมวิมล. การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

เลิดสิน ระหว่างปี 2528 - 2529. วิทยานิพนธ์ บ.ม. กรุงเทพฯ :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. จัดสำเนา.

นิมิต เพราเพริศภิรมย์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง ในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. จัดสำเนา.

เนืงศรี นิธิสนธิ์. "หลักและการวินิจฉัยเบื้องต้น," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการ

รักษาพยาบาลเบื้องต้น. หน่วยที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัย

ธรรมศาสตร์, 2528.

พรชัย ปาจรียวงศ์. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาตามการรับรู้ของนักเรียน

มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. จัดสำเนา.

มุกดา ตฤณานนท์. "ซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า," แพทย์สารานุกรม. 5 (2) : 69 - 74 ;

กุมภาพันธ์ 2519.

ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :

สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2530.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2536.

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. จัดสำเนา.

วัชร คุณานวิวัฒน์ชัยเดช. ประสิทธิภาพของสื่อการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชน

ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย

มหิดล, 2532. จัดสำเนา.

วิทยา ปานะบุตร. สังคมศึกษา ม.5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา, 2535.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัว

เรือน พ.ศ. 2529. ไตรมาสที่ 1 (มกราคม - มีนาคม). 2529.

สถิติสาธารณสุข, กอง. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข, 2533.

สายใจ คู่มยนาบ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทใน

ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

2515. ชัดสำเนา.

สุชาติ โสภประยูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

วิเสศ รักกุล และชนาวรัตน์ รักกุล. พระราชบัญญัติยาฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ :

ไพศาลการพิมพ์, 2522.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.

กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วีเจ.พรินติ้ง, 2536.

สมจิตต์ สุวรรณทัศน์. "การจูงใจ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา.

หน่วยที่ 6. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.

สุนัตรา โตวัน. พฤติกรรมการณ์ของการกอดของมารดาที่นำบุตรอายุ 1 ปี ไปรับ

บริการสุขภาพในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532.

ชัดสำเนา.

สุภาพร ชาติเผ็ชร. ความเชื่อที่ผิดด้านการดูแลสุขภาพเด็กวัยทารกของมารดาที่พา

เด็กป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร, 2531. ชัดสำเนา.

สุรเกียรติ์ อารานภาพ. "การสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม," คลินิก. 8 (11) : 757 ;

พฤศจิกายน 2535.

สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. "ยาเด็กอันตรายใครรับผิดชอบ," หมอชาวบ้าน.

10 (116) : 27-28 ; ธันวาคม 2531.

อานวยพร ทิวศิษา. การศึกษาความรู้ ศักยภาพ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวิจัย
ของประชาชนในเขตตำบลพระบาทวังตวง อ.แม่พริก จ.ลำปาง. ภาค
นิพนธ์สาขารัฐศาสตร์บัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
อัสสาเนา.

อนงนารถ ช่างเชียงคำ. การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ศักยภาพ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ
ยาเสพติดของผู้ใช้สามล้อรับจ้างในอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี. ภาคนิพนธ์
สาขารัฐศาสตร์บัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
อัสสาเนา.

อารีย์ ปุณณะตระกูล. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่ง
เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก
ในโรงพยาบาลเด็ก. ปริทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัสสาเนา.

อรรรรณ วาวัฒนา. การทบทวนลักษณะการวิจัยอาร์คิโอสเตียรอยด์ในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ ก.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2521. อัสสาเนา.

อัศษย์ สิงหลกะ. การวิจัยไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ ก.ม.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัสสาเนา.

Best, John W. Research in Education. 2nd ed. New Jersey :
Trentice Hall Inc. Englewood Cliffs, 1970.

Bloom, S. Benjamin. Taxonomy of Education Objective, Hand
Book I : Cognitive Domain. New York : David Mc.Kay
Company, Inc., 1975.

Brown, S. Julia and Margaret Mc Greedy. "The Hale Elderly :
Health Behavior and its Correlates," Research in Byrsubgs
& Health. 9 : 317-329 ; 1986.

- Chubb, J.M. and H.W. Winship. "The Pharmacist's Role in Preventing Medication Errors Made by Cardiac and Hyperlipoproteinemic Out patients," Drug Intell. Clin Pharm. 8 : 430 - 436 ; 1974.
- Madden E.E. "Evaluation of Outpatient Pharmacy Patient Counselling," J. Am Pharm Assoc NS. 13 (8) : 433 - 437 ; 1973.
- Rehder, T.L. and others. "Improving Medication Compliance by Counselling and Special Prescription Container," Am J. Hosp Pharm. 37 : 379 - 385 ; 1980.
- Steinbery, S.K. "A Rational Approach to the Use of Drugs in the Elderly," Can Pharm J. 111 : 86 -92 ; 1978.
- Stitt, R.P. and C.E. Trinca, "Effect of audio - visual and written instruction on drug Knowledge, understanding and compliance," Pharm Manage. 151 (3) : 134 - 142 ; 1979.
- Thomas, Clayton L. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary. 14 th ed. Edition Singapore : Asian Economy Edition Press, 1983.
- Verbrugge, L.M. "Gender and Health : An Update on Hypothesis and evidence," Journal of Health Sociology Behavior. 26 : 156-182 ; 1985.
- Wilson, J.T. "Compliance with Instructions in the Evaluation of Therapeutic Efficacy," Clin Pediat. 12 : 333 340 ; 1973.
- Yamane, Taro. Statistics An Introductory. 2 nd ed. New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

(หนังสือขอความอนุเคราะห์)

(สำเนา)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร สุขุมวิท 23

กรุงเทพฯ 10110

10 กุมภาพันธ์ 2536

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

บัณฑิตวิทยาลัยขอรับรองว่า นางสาวนิสสัย นิตทวารวาท เป็นนิสิตระดับ
ปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้ี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อ
ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง ผลดีกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

พศ. ทวีสิทธิ์ นิตทวาร

ประธาน

พศ. นพ. วันชัย บุพพัน เจริญ

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตได้ขอความอนุเคราะห์คือ ขอให้ผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
กลาง ตอบแบบสอบถามในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2536 เพื่อเป็นข้อมูล
ในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และ
ขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดทำแก่นิสิตผู้ี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. สมพร บัวทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/0365

ครุฑ
(สำเนา)

บัณฑิตมหาวิทยาลัย 122
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร สุขุมวิท 23
กรุงเทพฯ 10110

10 กุมภาพันธ์ 2536

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัยขอรับรองว่า นางสาวนิสสัย นิตยารากร เป็นนิสิตระดับ
ปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้ี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อ
ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลดีกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ. ทวีสิทธิ์ นิตยาร

ประธาน

ผศ. นพ. วันชัย บุพพันเทวัญ

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขอให้ผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
วชิรพยาบาล ตอบแบบสอบถามในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2536 เพื่อ
เป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และ
ขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดเห็นแก่นิสิตผู้ี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. สมพร บัวทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

รายชื่อผู้เข้าร่วม

1. พศ. นพ. วันชัย บุพพันเพ็ญ
2. ภ.ช. ศิริกัญญา กอบวรระณะกุล
3. อ.ดร. เบญจา เตากง่า
4. อ.นงลักษณ์ นฤวัตร

ภาคผนวก ข.
(แบบสัมภาษณ์)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร สุขุมวิท 23

กรุงเทพฯ 10110

เรียน ผู้ป่วยทราบ

เนื่องด้วยผู้วิจัยได้ทำการวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล" ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ เพื่อจะได้ทราบพฤติกรรมการใช้ยาของท่าน ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงและพัฒนาการให้ความรู้และบริการในการให้ยาได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งประเด็นที่ต้องการศึกษาออกเป็น 3 ประเด็นใหญ่ ๆ ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
2. เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา
3. การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึง

ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้^๕

ขอแสดงความนับถือ

นิสสัย นิลเกษาวรากร

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสัมภาษณ์

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (X) กับข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ยาที่ไม่ควรนำมาใช้ได้จากข้อใด

- ก. ลองชิมดู พบว่ามีรสเปรี้ยว
- ข. ระยะเวลาในการเก็บนาน
- ค. ยาที่ตั้งทิ้งไว้ให้ถูกแดด
- ง. ยาที่เปิดขวดยาหรือซองยาทิ้งไว้
- จ. ลักษณะที่เห็นภายนอกเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น สีเปลี่ยน

2. ยาก่อนอาหารควรกินเวลาใด

- ก. ก่อนกินอาหาร 5 นาที
- ข. ก่อนกินอาหาร 15 นาที
- ค. ก่อนกินอาหาร 30-60 นาที
- ง. กินเวลาใดก็ได้แต่ก่อนอาหาร
- จ. กินยาแล้วกินอาหารได้ทันที

3. ยานักปวดที่แพทย์สั่งให้กินหลังอาหารต้องกินเวลาใด

- ก. กินหลังอาหารทันที
- ข. กินหลังอาหาร 5 นาที
- ค. กินหลังอาหาร 15-30 นาที
- ง. กินหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง
- จ. กินเวลาใดก็ได้หลังอาหาร

4. เมื่อท่านเป็นโรคเจ็บคอ คออักเสบ หลังได้รับยาจากแพทย์แล้วท่านควรปฏิบัติตามข้อใด

- ก. ซื้อยาจากร้านขายยามากินเพิ่มหลังยาหมด
- ข. หลังกินยา 2-3 วัน ถ้าอาการดีขึ้น หยุดยาทุกชนิดได้
- ค. เก็บยาทุกอย่างไว้เป็นตัวอย่างในการซื้อยาครั้งต่อไปเมื่อมีอาการเจ็บคอ
- ง. กินเฉพาะยาแก้อักเสบให้หมด ยาแก้ปวดกินหลังจากไม่มีอาการไข้
- จ. ไม่ทราบว่ายาตัวใดแก้อักเสบจึงควรกินยาทุกซองที่ได้รับมาให้หมด

5. เมื่อท่านลืมกินยาควรปฏิบัติตามข้อใด

- ก. รอเวลาไปกินในมื้อต่อไป
- ข. เพิ่มยาเป็น 2 เท่าในมื้อต่อไป
- ค. เริ่มตั้งต้นกินยาใหม่ในวันรุ่งขึ้น
- ง. เลิกกินยาไปเลย ถ้าอาการดีขึ้นแล้ว
- จ. รับประทานทันทีที่นึกได้ และกินมื้อต่อไปโดยให้มีระยะห่างกันอย่างน้อย 4 ชม.

6. การดื่มน้ำหลังกินยา ควรใช้น้ำในข้อใด

- ก. นม
- ข. น้ำชา
- ค. น้ำส้มคั้น
- ง. น้ำอุ่นจัด ๆ หรือน้ำร้อน
- จ. น้ำดื่มสุกที่เย็นแล้ว

7. เมื่อสงสัยว่า จะเกิดอาการแพ้ยา ท่านคิดว่าข้อใดถูกต้อง

- ก. หยุดยาทันทีและนำยาไปพบแพทย์
- ข. ลดขนาดของยาลงครึ่งหนึ่งในมื้อต่อไป
- ค. ลองกินยาในขนาดเดิมต่ออีก 1 วัน
- ง. หยุดยา 1 วัน แล้วเริ่มกินใหม่ในวันรุ่งขึ้น
- จ. ทิ้งยาทั้งหมด

8. ยานชนิดที่เหมาะสมสำหรับใช้ในเด็กเป็นหวัดและมีอาการไอ
 - ก. แอมพิซิลิน
 - ข. คลอแรมเฟนิคอล
 - ค. พาราเซตามอล
 - ง. วิตามินรวม
 - จ. วิตามินซี
9. ยากันชักที่แพทย์สั่งให้ในเด็ก ควรใช้ในลักษณะใด
 - ก. ให้ขณะที่เด็กกำลังชักเท่านั้น
 - ข. ให้เมื่อเด็กเริ่มชักและขณะกำลังชัก
 - ค. ให้เมื่อเด็กมีอาการไอ และเริ่มจะชัก
 - ง. ให้เมื่อเริ่มชัก ชะชัก และหลังชัก
 - จ. ให้อย่างต่อเนื่องทุกวันตามแพทย์สั่ง แม้เด็กจะไม่มีอาการชัก
10. การกินยาแก้ชักแบบลักษณะใด ที่เป็นสาเหตุให้เชื้อโรคดื้อยามากที่สุด
 - ก. กินยาหลายชนิดร่วมกัน
 - ข. กินยามากกว่าที่แพทย์สั่ง
 - ค. กินยาไม่ครบตามขนาดของยา
 - ง. บ่อยๆให้โรคเป็นนานแล้วจึงรักษา
 - จ. ใช้อาณัติบำบัดก่อนที่จะใช้แก้ชักแบบ
11. ยาโรคหัวใจที่แพทย์สั่งให้อมใต้ลิ้นนั้น ควรใช้อย่างไร
 - ก. โดยการอมใต้ลิ้นเท่านั้น
 - ข. ใช้กินแทนการอมใต้ลิ้นได้
 - ค. ถ้าต้องการให้ออกฤทธิ์เร็วต้องละลายน้ำดื่ม
 - ง. ขณะอมยาต้องดื่มน้ำมาก ๆ
 - จ. ใช้อ้อมบนลิ้นหรืออมใต้ลิ้นก็ได้

12. การใช้ยาหยอดตา ท่านควรปฏิบัติอย่างไร

- ก. ใช้ยาจนหมดขวด
- ข. ถ้าใช้ยาไม่หมด ควรทิ้งยาที่เหลือ
- ค. เมื่้ออาการดีขึ้น ก็หยดยาไว้ในตานั้นเพื่อเร่งรัดต่อไป
- ง. แบ่งให้ผู้อื่นกลั้วตาใช้ เมื่อเกิดมีอาการเช่นเดียวกัน
- จ. ถ้าใช้ยาไม่หมด ไม่ควรเก็บยาริวนานเกิน 1 เดือน

13. การใช้ยาเหน็บช่องคลอด หรือทวารหนัก ควรปฏิบัติตามข้อใด

- ก. สอดยาลึก ๆ ให้สุดเม็ดยา
- ข. สอดยาค้างเม็ดยาแล้วปล่อยให้ยาละลายเข้าไปเอง
- ค. สอดยา 1/3 เม็ดยา แล้วปล่อยให้ยาละลายเข้าไปเอง
- ง. สอดให้ลึกเท่าไรก็ได้ เพราะยาสามารถดูดซึมเข้าไปเอง
- จ. ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวก ให้ยาน้ำกินแทนการสอดได้

14. ยาที่ใช้ทาภายนอก ควรปฏิบัติตามข้อใด

- ก. ทายาหลังจากทาครีมถนอมผิวแล้ว
- ข. ทายาบาง ๆ บนผิวหนังที่แห้งสะอาด
- ค. ทายาบาง ๆ บนผิวหนังที่ขึ้น
- ง. ทายามาก ๆ บนผิวหนังที่แห้งสะอาด
- จ. ทายาซ้ำบ่อย ๆ เพื่อยาจะได้ออกฤทธิ์ได้เร็ว

15. การใช้ยาควรใช้ตามลักษณะในข้อใด

- ก. ตามฉลากที่แนะนำ
- ข. จากแพทย์บอก
- ค. ใช้ตามที่เคยใช้ในครั้งก่อน
- ง. ใช้ยาตามความเคยชิน
- จ. เพิ่มหรือลดขนาดของยาเองตามอาการ

แบบสัมภาษณ์ เจตคติ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงช่องเดียว

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ยาดีต้องมีราคาแพง					
2. ยาสุดจากร้านขายยามีฤทธิ์— แรงและรักษาได้ผลดีกว่ายา ที่ได้จากโรงพยาบาล					
3. ยาที่ใช้รักษาโรคต่าง ๆ มี— ประโยชน์ ไม่มีโทษ					
4. เมื่อมีไข้ ควรซื้อยาลดไข้และ ยาสุดมาใช้ก่อน ถ้าไม่หายจึง ไปโรงพยาบาล					
5. การให้เด็กหยิบยาใช้เองได้ เป็นการฝึกให้เด็กเรียนรู้วิธี การรักษาที่ถูกต้อง					
6. ยาทุกชนิดต้องมีวันหมดอายุ +					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ควารักษาอย่างต่อเนื่องโดย ไม่ต้องกลัวเรื่องการติดเชื้อ...					
8. เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยทุก ครั้ง ถ้าได้รับน้ำเกลืออาการ จะดีขึ้น					
9. การฉีดยาจะทำให้โรคหาย เร็วกว่าการกินยา					
10. การรักษานานจนตะกอนเมื่อ เขย่าวขดแล้ว เชื่อว่าไม่ ละลายควารักษาจนคน					
11. การกินยานักปวดผสมเหล้าจะ ช่วยให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้น.					

ตอนที่ 3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนรักษา			
2. ท่านเก็บยาแก้ชักเสบไว้ใช้ในการเจ็บป่วยครั้ง ต่อไป			
3. ท่านใช้น้ำร้อนในการผสมยาผงที่จะทำเป็นยาน้ำ			
4. ท่านใช้ช้อนชกกาแฟแทนช้อนชา (ที่โรงพยาบาล ให้มา) ในการตวงยาน้ำ			
5. ท่านรักษาในปริมาณที่มากกว่าแพทย์สั่ง เพื่อให้ ได้ผลการรักษาที่รวดเร็ว			
6. ท่านรักษาในปริมาณที่น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง			
7. ท่านลืมกินยาเป็นประจำ			
8. ท่านซื้อยาชุดจากร้านขายยามารักษา			
9. ท่านเพิ่มน้ำหนักหรือเพิ่มความอยากกินอาหารด้วย ยาชุดทำให้อ้วน			
10. ท่านรักษาแอสมาหรือในการลดไข้ผู้ป่วยเด็ก			
11. ท่านรักษาแก้ชักเสบของเด็กเป็นยารชนิดช่อง สำเร็จรูปที่มีขายอยู่ทั่วไป			
12. หลังหยอดยาหูแล้ว ท่านตะแคงหูอยู่ในท่าเดิมอีก 15 นาที			

ตอนที่ 4 รายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง () หน้าข้อความตามความเป็นจริงของท่าน

1. สถานภาพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

() 13-19 ปี

() 20-60 ปี

() 60 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

() ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา

() สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา

() สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา

() สำเร็จการศึกษามากกว่ามัธยมศึกษา คือจบระดับ

4. สถานภาพการสมรสของท่าน

() โสด

() คู่ (อยู่รวมกัน)

() คู่ (แยกกันอยู่)

() หย่าร้าง

() คู่สมรสเสียชีวิต

5. อาชีพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

() รับจ้าง

() เกษตรกรรม

- () ค้าขาย
 - () รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
 - () นักเรียน / นักศึกษา / ไม่มีอาชีพ
6. ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว
- () ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน
 - () ตั้งแต่ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน
 - () สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน
7. การเจ็บป่วยในครั้งนี้นั้นท่านได้ไปรับการรักษาจากที่ไหนมาก่อนหรือไม่
- () ได้รับ จาก
 - () ไม่ได้รับ
8. ท่านกินยารักษาโรคที่ท่านเจ็บป่วยในครั้งนี้นี้ก่อนมาโรงพยาบาล
- () กิน นาน วัน
 - () ไม่ได้กิน
9. ความถี่ของการใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้
- () ครั้งแรก
 - () 2-3 ครั้ง/เดือน
 - () ทุกเดือน
 - () 2-3 เดือน/ครั้ง
 - () มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง
10. ท่านมีโรคประจำตัว
- () มี โรค
 - () ไม่มี

11. การมาพบแพทย์ตามที่นัดไว้

- () มาทุกครั้ง
- () มาเป็นบางครั้ง
- () ไม่มา

12. ยาที่ท่านรับประทานเป็นประจำติดต่อกันเกิน 3 สัปดาห์

- () มี ได้แก่ ยา
- () ไม่มี

13. ท่านได้รับการตรวจจากแผนกใด

- () อายุรกรรม
- () ศัลยกรรม
- () ศัลยกรรมกระดูก
- () จักษุ
- () โสต ศอ นาสิก
- () สูติกรรม
- () นรีเวชกรรม
- () หันตกรรม
- () จิตเวช

14. ท่านทราบวิธีการใช้ยาส่วนใหญ่จากใคร

- () แพทย์
- () เภสัชกร
- () พยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล นักศึกษาพยาบาล
- () ร้านขายยา
- () จลากยา
- () วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์

15. สำหรับผู้ป่วยที่ต้องตรวจครรภ์ ท่านกินยาบำรุงที่ได้รับจากแพทย์

- () หมดทุกครั้ง
- () กินเป็นบางครั้ง
- () ไม่เคยกินเลย

ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิด

1. ปัจจุบันท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในเรื่องใด

2. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลควรมีหน่วยให้คำปรึกษาในเรื่องยาหรือไม่ เพราะเหตุใด

3. คำว่า Exp. Date หมายถึง

ภาคผนวก ค.

(คำความยาก-ง่าย คำอ่านจากจําแนกของแบบสัทภาษา)

ตาราง 23 ค่าความยาก-ง่าย และค่าอำนาจจำแนกด้านความรู้เกี่ยวกับการราชาธิยา

ข้อ	ค่าความยาก-ง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.41	0.24
2.	0.38	0.41
3.	0.25	0.25
4.	0.80	0.24
5.	0.35	0.47
6.	0.29	0.35
7.	0.79	0.25
8.	0.80	0.25
9.	0.47	0.35
10.	0.50	0.41
11.	0.32	0.53
12.	0.41	0.59
13.	0.44	0.41
14.	0.59	0.24
15.	0.62	0.76

ตาราง 24 ค่าอำนาจจำแนกในด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1.	5.00
2.	2.41
3.	6.00
4.	2.41
5.	2.06
6.	2.04
7.	3.23
8.	4.69
9.	4.08
10.	4.65
11.	3.72

ตาราง 25 ค่าอำนาจจำแนกในด้านการใช้ชีวิตเกี่ยวกับการใช้ยา

ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
1.	2.06
2.	1.89
3.	3.28
4.	5.36
5.	2.47
6.	2.73
7.	2.21
8.	2.16
9.	2.06
10.	2.41
11.	3.93
12	1.91

ตาราง 26 คะแนนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จานนก
เป็นรายข้อ

เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	ร้อยละของผู้ตอบ
1. ยาที่ไม่ควรนำมาใช้ได้จากข้อใด	
ก. ลองชิมดู พบว่ามีรสเปรี้ยว	5
ข. ระยะเวลาในการเก็บนาน	32
ค. ยาดังทิ้งไว้ให้ถูกแดด	3
ง. ยาที่เปิดขวดยาหรือซองยาดังไว้	9
จ. ลักษณะที่เห็นภายนอกเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น สีเปลี่ยน	51
รวม	100
2. ยาก่อนอาหารควรกินเวลาใด	
ก. ก่อนกินอาหาร 5 นาที	21
ข. ก่อนกินอาหาร 15 นาที	35
ค. ก่อนกินอาหาร 30-60 นาที	33
ง. กินเวลาใดก็ได้แต่ก่อนอาหาร	3
จ. กินยาแล้วกินอาหารได้ทันที	8
รวม	100

ตาราง 26 (ต่อ)

เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	ร้อยละของผู้ตอบ
3. ยานักบวชที่แพทย์สั่งให้กินหลังอาหารต้องกินเวลาใด	
ก. กินหลังอาหารทันที	25
ข. กินหลังอาหาร 5 นาที	18
ค. กินหลังอาหาร 15-30 นาที	49
ง. กินหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง	3
จ. กินเวลาใดก็ได้หลังอาหาร	5
รวม	100
4. เมื่อท่านเป็นโรคเจ็บคอ คออักเสบ หลังได้รับยาจากแพทย์แล้วท่านควรปฏิบัติตามข้อใด	
ก. ซื้อยาจากร้านขายยามากินเพิ่มหลังยาหมด	1
ข. หลังกินยา 2-3 วัน ถ้าอาการดีขึ้น หยุดยาทุกชนิดได้	25
ค. เก็บยาทุกอย่างไว้เป็นตัวอย่างในการซื้อยาครั้งต่อไป เมื่อมีอาการเจ็บคอ	21
ง. กินเฉพาะยานักอักเสบทันทีหมด ยานักยังดกินหลังจาก ไม่มีอาการไว้	28
จ. ไม่ทราบว่ายาตัวใดนักอักเสบจึงควรกินยาทุกซอง ที่ได้รับมาทั้งหมด	25
รวม	100

ตาราง 26 (ต่อ)

เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการรักษา	ร้อยละของผู้ตอบ
5. เมื่อท่านล้มกินยาควรปฏิบัติตามข้อใด	
ก. รอเวลาไปกินในมือต่อไป	35
ข. เพิ่มยาเป็น 2 เท่าในมือต่อไป	5
ค. เริ่มตั้งต้นกินยาใหม่ในวันรุ่งขึ้น	9
ง. เลิกกินยาไปเลย ถ้าอาการดีขึ้นแล้ว	2
จ. รับประทานทันทีที่นึกได้ และกินมือต่อไป	
โดยให้มีระยะห่างกันอย่างน้อย 4 ชม.	49
รวม	100
6. การดื่มน้ำหลังกินยา ควรใช้น้ำในข้อใด	
ก. นม	-
ข. น้ำชา	2
ค. น้ำส้มคั้น	1
ง. น้ำอุ่นจัด ๆ หรือน้ำร้อน	11
จ. น้ำดื่มสุกที่เย็นแล้ว	86
รวม	100

ตาราง 26 (ต่อ)

เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	ร้อยละของผู้ตอบ
7. เมื่อสงสัยว่า จะเกิดอาการแพ้ยา ท่านคิดว่าข้อใดถูกต้อง	
ก. หยุดยาทันทีและนำยาไปพบแพทย์	90
ข. ลดขนาดของยาลงครึ่งหนึ่งจนมือต้อาบ	1
ค. ลองกินยาในขนาดเดิมต่ออีก 1 วัน	2
ง. หยุดยา 1 วัน แล้วเริ่มกินใหม่ในวันรุ่งขึ้น	3
จ. ทั้งยาทั้งหมด	4
รวม	100
8. ยานข้อใดที่เหมาะสมสำหรับใช้ในเด็กเป็นหวัดและมีอาการไอ	
ก. แอมพิซิลิน	9
ข. คลอแรมเฟนิคอล	14
ค. พาราเซตามอล	52
ง. วิตามินรวม	13
จ. วิตามินซี	12
รวม	100
9. ยากันชักที่แพทย์สั่งให้ในเด็ก ควรใช้ในลักษณะใด	
ก. ให้ขณะที่เด็กกำลังชักเท่านั้น	5
ข. ให้เมื่อเด็กเริ่มชักและขณะกำลังชัก	6

ตาราง 26 (ต่อ)

เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	ร้อยละของผู้ตอบ
ค. ให้เมื่อเด็กมีอาการไข้ และเริ่มจะชัก	33
ง. ให้เมื่อเริ่มชัก ขณะชัก และหลังชัก	4
จ. ให้อย่างต่อเนื่องทุกวันตามแพทย์สั่ง แม้เด็กจะไม่มีอาการชัก	52
รวม	100
10. การกินยาแก้ชักเสบลักษณะใด ที่เป็นสาเหตุให้เชื้อโรคดื้อยามากที่สุด	
ก. กินยาหลายชนิดร่วมกัน	20
ข. กินยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	20
ค. กินยาไม่ครบตามขนาดของยา	27
ง. บ่อยๆให้โรคเป็นนานแล้วจึงรักษา	27
จ. ใช้ยาแผนโบราณก่อนที่จะใช้แก้ชักเสบ	6
รวม	100
11. ยาโรคหัวใจที่แพทย์สั่งให้อมใต้ลิ้นนั้น ควรใช้อย่างไร	
ก. โดยการอมใต้ลิ้นเท่านั้น	67
ข. ใช้กินแทนการอมใต้ลิ้นได้	11
ค. ถ้าต้องการให้ออกฤทธิ์เร็วต้องละลายน้ำดื่ม	7

เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการรักษา	ร้อยละของผู้ตอบ
ง. ขณะอมยาต้องดื่มน้ำมาก ๆ	8
จ. ใช้น้ำร้อนบดหรือเอาดีดขึ้นก็ได้	7
รวม	100
12. การรักษาหยอดตา ท่านควรปฏิบัติอย่างไร	
ก. รักษาจนหมดขวด	10
ข. ถ้ารักษาไม่หมด ควรทิ้งยาที่เหลือ	15
ค. เมื่ออาการดีขึ้น เก็บยาไว้ในตู้เย็นเพื่อใช้ครั้งต่อไป	31
ง. แบ่งให้ผู้อื่นกลั้วคอใช้ เมื่อเกิดมีอาการเช่นเดียวกัน	5
จ. ถ้ารักษาไม่หมด ไม่ควรเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน	39
รวม	100
13. การรักษาเหน็บช่องคลอด หรือทวารหนัก ควรปฏิบัติตามข้อใด	
ก. สอดยาลึก ๆ ให้สุดเมื่อยา	57
ข. สอดยาค้างไว้แล้วปล่อยให้ยาละลายเข้าไปเอง	11
ค. สอดยา 1/3 เม็ด แล้วปล่อยให้ยาละลายเข้าไปเอง	8
ง. สอดให้ลึกเท่าไรก็ได้ เพราะยาสามารถดูดซึมเข้าไปเอง	12
จ. ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวก ให้ยำนี้น้ำกินแทนการสอดได้	12
รวม	100

ตาราง 26 (ต่อ)

เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	ร้อยละของผู้ตอบ
14. ยาที่ใช้ทาภายนอก ควรปฏิบัติตามข้อใด	
ก. ทายาหลังจากทาครีมกันแดดแล้ว	1
ข. ทายาบาง ๆ บนผิวหนังที่แห้งสะอาด	81
ค. ทายาบาง ๆ บนผิวหนังที่ขึ้น	4
ง. ทายามาก ๆ บนผิวหนังที่แห้งสะอาด	4
จ. ทายาซ้ำบ่อย ๆ เพื่อยาจะได้ออกฤทธิ์ได้เร็ว	10
รวม	100
15. การใช้ยาคควรใช้ตามลักษณะในข้อใด	
ก. ตามฉลากที่แนะนำ	65
ข. จากแพทย์บอก	30
ค. ใช้ตามที่เคยใช้ครั้งก่อน	1
ง. ใช้ยาตามความเคยชิน	1
จ. เพิ่มหรือลดขนาดของยาเองตามอาการ	3
รวม	100

ตาราง 27 คะแนนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ยาดีต้องมีราคาแพง	30.0	9.8	16.7	29.7	13.8
2. ยาชุดจากร้านขายยามีฤทธิ์ แรงและรักษาได้ผลดีกว่ายา ที่ได้จากโรงพยาบาล	10.5	3.5	16.4	33.3	36.3
3. ยาที่ใช้รักษาโรคต่าง ๆ มี ประโยชน์ ไม่มีโทษ	25.3	10.5	17.7	23.0	23.5
4. เมื่อมีไข้ ควรซื้อยาลดไข้และ ยาชุดมาใช้ก่อน ถ้าไม่หายจึง ไปโรงพยาบาล	21.0	14.8	4.7	33.5	26.0
5. การให้เด็กหยิบยาใช้เองได้ เป็นการฝึกให้เด็กเรียนรู้วิธี การใช้ยาที่ถูกต้อง	9.8	4.8	3.7	30.7	51.0
6. ยาทุกชนิดต้องมีวันหมดอายุ .	61.8	28.0	3.0	3.0	4.2
7. ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ควรใช้ยาอย่างต่อเนื่องโดย ไม่ต้องกลัวเรื่องการติดยา..	40.7	24.0	19.2	8.2	7.8

ตาราง 27 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8. เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยทุก ครั้ง ถ้าได้รับน้ำเกลืออาการ จะดีขึ้น	37.0	11.8	29.0	17.5	4.7
9. การฉีดยาจะทำให้โรคหาย เร็วกว่าการกินยา	35.3	16.8	31.0	11.2	5.7
10. การฉีดยาขณะนอนเมื่อ เข้านวดแล้ว เนื้อยาไม่ ละลายควรรี้อธิษณคน	26.0	12.8	15.7	28.2	17.3
11. การกินยาแก้ปวดผสมเหล้าจะ ช่วยให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้น.	6.8	2.3	16.0	28.4	46.5

ตาราง 28 คะแนนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างในด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา

ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนใช้ยา	77.0	22.0	1.0
2. ท่านเก็บยาในตู้เย็นเพื่อรักษาการเก็บยาครั้ง ต่อไป	16.4	42.8	40.8
3. ท่านใช้น้ำร้อนในการผสมยาผงที่จะทำเป็นยาน้ำ.	27.3	22.0	50.7
4. ท่านใช้ช้อนชงกาแฟแทนช้อนชา (ที่โรงพยาบาล ให้มา) ในการตวงยาน้ำ	21.8	25.8	52.4
5. ท่านใช้ยาในปริมาณที่มากกว่าแพทย์สั่ง เพื่อให้ ได้ผลการรักษาที่รวดเร็ว	2.8	10.8	86.4
6. ท่านใช้ยาในปริมาณที่น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง.....	8.2	19.8	72.0
7. ท่านลืมกินยาเป็นประจำ	11.5	61.0	27.5
8. ท่านซื้อยาชุดจากร้านขายยามาใช้	7.5	61.0	31.5
9. ท่านเพิ่มน้ำหนักรหรือเพิ่มความอยากกินอาหารด้วย ยาชุดทำให้อ้วน	7.0	8.0	91.3
10. ท่านใช้ยาแอสไพรินในการลดไข้ผู้ป่วยเด็ก	4.0	24.3	71.7
11. ท่านใช้ยาแก้ไอแก้เจ็บของเด็เป็นยาชนิดของ สำเร็จรูปที่มีขายอยู่ทั่วไป	8.0	26.3	65.7
12. หลังหยอดยาหูแล้ว ท่านตะแคงหูอยู่ในท่าเดิมอีก 15 นาที	15.8	14.5	69.7

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวพิสมัย ชื่อสกุล นิตทวารวรากร

เกิดวันที่ 10 เดือน มกราคม พุทธศักราช 2496

สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 681 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ถนนสามเสน

อำเภอดุสิต กรุงเทพฯ 10300

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน อาจารย์ 2 ระดับ 5 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สถานที่ทำงานปัจจุบัน 681 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ถนนสามเสน

อำเภอดุสิต กรุงเทพฯ 10300

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2516 มัธยมศึกษาปีที่ 5 (แผนกวิทยาศาสตร์)

โรงเรียนนครนายกวิทยาคม

พ.ศ. 2520 ประกาศนียบัตรอนุปริญญา วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

พ.ศ. 2526 การศึกษามหาบัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร

พ.ศ. 2530 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก

พ.ศ. 2533 หลักสูตรการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี

พ.ศ. 2536 ปริญญาโท การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บทคัดย่อ
ของ
นิพนธ์ นิตยารักษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

กันยายน 2536

การศึกษาค้นคว้านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ กลุ่มอาการของโรค และแผนกของโรค

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 400 คน เป็นชาย 114 คน เป็นหญิง 286 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้มาโดยการสุ่มแบบสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติค่า ที (t-test) และสถิติค่า เอฟ (F-test)

ผลการศึกษพบว่า

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ
2. ผู้ป่วยชายและหญิงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .01

8. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
ที่มีกลุ่มอาการของโรคต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

9. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
ที่มารับบริการในแผนกที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

HEALTH BEHAVIORS CONCERNING DRUGS USING OF THE PATIENTS
AT OUT PATIENT DEPARTMENT OF VAJIRA HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

PISAMAI PITAKSAVARAKRON

Presented in partial fulfillment of the requirements for
the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

September 1993

The objective of this study were to determine and to compare health behaviors concerning drugs used of the out patient department at Vajira hospital with the following variables : sex, age, education level, status, occupation, income, symptom of disease and department of disease.

The samples in this study were 400 of the patients at Vajira hospital. They were 114 males and 286 females obtained from propotional stratified sampling. The instrument for collecting the data were the strural interview consisting of the health behavior concerning drugs used made by the researcher. The data were analyzed by t-test and F-test.

The results of this study reveal that :

1. The health behaviors concerning drug used at the out department in Vajira hospital was poor level.

2. There was no difference of health behaviors concerning drugs used between male and female.

3. There were significant differences in the health behaviors concerning drugs used on age at the .01 level.

4. There were significant differences in the health behaviors concerning drugs used on the education level at the .01 level.

5. There were no significant differences in the health behaviors concerning drugs used on the family status.

6. There were significant differences in the health behaviors concerning drugs used on occupation at the .01 level.

7. There were significant differences in the health behaviors concerning drugs used on family income at the .01 level.

8. There were no significant differences in the health behaviors concerning drugs used on chronic disease and acute disease.

9. There were no significant differences in the health behaviors concerning drugs used on patient in different department.