

๒๑๕.๕๘

๙๒๒๒๖๖

๕๐๓

**พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด
เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร**

**ปริญญานิพนธ์
ของ
จักรกฤษ ชันทะวงศ์**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา**

พฤษภาคม ๒๕๔๒

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุม และคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)
.....กรรมการ
(อาจารย์ฉวีวรรณ ศรีโกมล)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)
.....กรรมการ
(อาจารย์ฉวีวรรณ ศรีโกมล)
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
วันที่ ...&... เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2542

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ณวีวรรณ ศรีโกมล กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ทัศนาก ทอภักดี อาจารย์เชษฐา ปรินรัตน์ เกสัชกร กอบกุล จิระชัยพงศ์ อาจารย์จงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี และ เกสัชกรวิมล สุวรรณเกษาวงศ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้งานกำลังใจ และช่วยเหลือในการทำปริญญานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบคุณ คุณบุญเยี่ยม เหลาสะอาด คุณวิชาญ ชารเลิศ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชน สำนักงานเขตยานนาวาทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความสะดวกและร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คุณประโยชน์ที่พึงมีจากการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอบแด่ คุณพ่อ คุณแม่ ครู อาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนในการวางรากฐานการศึกษาให้กับผู้วิจัย ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

จักรภพ ชันทะวงศ์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	คำนำ.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	3
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	8
	ความหมายของพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ.....	8
	องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ.....	9
	ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ.....	11
	องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....	11
	กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ.....	13
	ความรู้ทั่วไปเรื่องยา และยาชุด.....	15
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	29
	การวิจัยในต่างประเทศ.....	29
	การวิจัยในประเทศไทย.....	31
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	44
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
	วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
	วิธีจัดกระทำข้อมูล.....	51
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า.....	58
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล.....	58

บทที่	หน้า
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	59
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด	63
ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน.....	70
5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
บทย่อ	90
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	90
วิธีดำเนินการวิจัย.....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	92
อภิปรายผล.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	104
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	105
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	114
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	133

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	46
2	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	61
3	ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด ของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
4	ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
5	ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ของกลุ่มตัวอย่าง.....	68
6	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ จำแนกตามเพศ.....	70
7	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ การใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามอายุ.....	71
8	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดด้านความรู้ จำแนกตามอายุ.....	72
9	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ ยาชุดด้านเจตคติ จำแนกตามอายุ.....	72
10	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ ยาชุดด้านการปฏิบัติ จำแนกตามอายุ.....	73
11	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ การใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	74
12	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	75
13	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านเจตคติ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	76
14	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านการปฏิบัติ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	77

15	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	78
16	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านการปฏิบัติ จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	79
17	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามอาชีพ.....	79
18	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ จำแนกตามอาชีพ.....	80
19	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านเจตคติ จำแนกตามอาชีพ.....	81
20	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านการปฏิบัติ จำแนกตามอาชีพ.....	82
21	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามรายได้ครอบครัว.....	83
22	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ จำแนกตามรายได้ครอบครัว.....	84
23	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านเจตคติ จำแนกตามรายได้ครอบครัว.....	85
24	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านการปฏิบัติ จำแนกตามรายได้ครอบครัว.....	86
25	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามแหล่งที่ให้ข้อมูล.....	87
26	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย.....	88
27	การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยระหว่าง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด.....	89
28	ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด.....	130

29	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของคะแนนเจตคติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุด.....	131
30	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของคะแนนการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุด.....	132

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	14
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	41

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ความเจ็บป่วยถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาของมนุษย์ทุกคนสาเหตุของความเจ็บป่วยมีมากมาย สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัย และก่อให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นประชาชนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจัดได้ว่าเป็นกลุ่มคนที่ต้องดำรงชีวิตแบบเสี่ยงเผชิญกับสถานะต่างๆ นานัปการ เช่น สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ การจราจรติดขัด ปัญหาเศรษฐกิจและค่าครองชีพ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งสิ้น ในปัจจุบันการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขยังมีปัญหาและอุปสรรคไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพอย่างพอเพียงความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ทำให้มนุษย์ต้องดิ้นรนขวบหาทุกวิถีทาง ที่จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติ ปราศจากโรคภัยต่าง ๆ

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงของกรุงเทพมหานครในฐานะที่เป็นเมืองหลวงและศูนย์กลางหลักของประเทศยังคงดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่ผ่านมาและกระแสดการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีในทุก ๆ ด้าน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอันรวมถึงปัญหาสุขภาพอนามัย ซึ่งได้เปลี่ยนรูปแบบไปตามสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น (สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร. 2540:103) สถานะสุขภาพของประชาชนไทยอยู่ในภาวะน่าวิตกโดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบแผนของโรคการป่วยของประชากรไทยได้เปลี่ยนจากภาวะโรคติดเชื้อมาเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม และปัญหาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารเกินความต้องการของร่างกาย การบริโภคยาและเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม (สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร. 2540 : 104)

ปัญหาสำคัญของการใช้ยาที่พบ คือ ประชาชนสามารถซื้อยาจากร้านขายยาได้อย่างสะดวก ไม่ว่าจะเป็นยาประเภทอันตราย หรือไม่อันตราย โดยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและส่งยาโดยแพทย์ จากการศึกษาของ พิมพวลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และพีระ ดันติเศรณี พบว่ามีประชาชนร้อยละ 70 รักษาตนเองภายในชุมชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ (พิมพวลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และพีระ ดันติเศรณี. 2533) พฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมที่ครอบคลุมเกือบทุกครอบครัวปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการรวมกัน อาทิ ความเชื่อ เจตคติ และความรู้เกี่ยวกับโรคความรุนแรงของการป่วย วิธีการรักษาที่ได้ผลในอดีต ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วย อิทธิพลของบุคคลรอบข้าง และเครือข่ายทางสังคม จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะมีการใช้ยาด้วยตนเองสูงกว่าครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า อาชีพเกษตรกร ผู้รับจ้าง

ทั่วไป และผู้มีอาชีพค้าขายเป็นผู้ที่ซื้อยาเกินเองมากกว่าอาชีพอื่น ๆ (จิระภา ตันทยารักษ์. 2537 : 2 ; อ้างอิงมาจาก กองสถิติสาธารณสุข. 2527 : 53) การซื้อยาส่วนใหญ่เป็นการบอกเล่าอาการให้เภสัชกรเป็นผู้เลือกยาให้ร้อยละ 47.75 ระบุซื้อยาที่ต้องการเองร้อยละ 29.17 ทราบซื้อยาจากการโฆษณาร้อยละ 0.19 ผู้ป่วยนำตัวอย่างยามาซื้อร้อยละ 15.98 ผู้ป่วยมาซื้อยาชุดร้อยละ 1.99 ซื้อยาของร้อยละ 3.27 ผู้ป่วยวินิจฉัยตนเองว่าเป็นโรคอะไรก่อนมาซื้อยาร้อยละ 1.32 และซื้อยาตามใบสั่งแพทย์ร้อยละ 0.67(กลุ่มเภสัชชุมชน. 2532 : ไม่มีเลขหน้า) จากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับการรักษาโรคติดเชื้อด้วยตนเองของประชาชน พบว่า ในการเลือกวิธีการรักษาประชาชนในระดับการศึกษาประถมศึกษาและผู้ไม่รู้หนังสือ เลือกใช้ร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรให้คำปรึกษา ร้อยละ 44.26 ในขณะที่ประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป เลือกใช้วิธีดังกล่าวน้อยกว่าร้อยละ 20 ทุกระดับการศึกษา และพบว่าอาการหวัดน้ำมูกใส และโรคติดเชื้อที่ผิวหนัง เป็นโรคที่ผู้ใช้บริการร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรให้คำปรึกษามากเป็น อันดับหนึ่ง (ชนิดา พงษ์สงวนสิน และคณะ. 2529) จะเห็นว่าจากการที่ประชาชนมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบกับการที่เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมทดแทนช่องว่างการให้บริการสาธารณสุขของรัฐที่เกิดขึ้น เช่น ร้านขายยาหมอเถื่อน หมอดี มีลักษณะมองผลประโยชน์ทางด้านการค้ามากกว่าการคำนึงถึงสุขภาพอนามัยของประชาชน อาทิเช่น การโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณของยาเกินความเป็นจริง การให้ความรู้เรื่องยาที่ไม่ถูกต้องแก่ประชาชน ทำให้เกิดการใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น และประชาชนเองยังคงมีพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง โดยนิยมเลือกใช้บริการจากร้านขายยาประเภทต่าง ๆ ซึ่งมักจะนำไปสู่ปัญหาการบริโภคยาไม่ถูกต้อง และมักเกิดพฤติกรรมพิเศษคือ ร้านขายยาจะจัดยาชุดสำหรับรักษาตามอาการให้ ซึ่งเป็นยาหลายชนิดรวมกัน ส่วนใหญ่เป็นยาเม็ด และแคปซูล สำหรับกินมักประกอบด้วยยาชุดละ 2-4 เม็ด หรือมากกว่า (สำลี ใจดี และคณะ. 2523 : 51) การใช้ ยาชุด เช่น ยาชุดกระจายเส้น ยาชุดปานคง ซึ่งโดยทั่วไปยาชุดแก้ปวดเมื่อยมักจะประกอบด้วยยาพาราเซตามอล ยาต้านอักเสบ ยาแก้ปวด และยาอื่น ๆ ซึ่งทำให้มีการเสริมฤทธิ์กันมากขึ้น (นันทวุฒิ จันทร์เจริญ. 2524 : 19-24) ซึ่งผู้ขายต้องการให้ออกฤทธิ์บำบัดการเจ็บป่วยได้ทันที และมีประสิทธิภาพให้ผู้ซื้อเห็นผล จะได้มาซื้ออีกหากมีอาการเจ็บป่วยขึ้นแต่ไม่คำนึงว่าจะเกิดผลเสียโดยเกิดอันตรายต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากฤทธิ์ของยา (พัชรา กาญจนรัมย์. 2526 : 43) เช่น การแพ้ยา ยากัดกร่อนต่อกระเพาะอาหารทำให้กระเพาะทะลุได้ การใช้ยาสเตียรอยด์จน ร่างกายบวม หน้าบวม กระดูกผุ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องดังกล่าว

จากสภาพปัญหาทั่วไปของชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีสภาพแวดล้อมทั่วไปไม่ถูกสุขลักษณะ มีสภาพเสี่ยงและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน เช่น มีน้ำเน่าได้กลิ่น บ้าน มีขยะกระจัดกระจายและส่งกลิ่นเหม็น (มหาวิทยาลัยมหิดล.2530 : 18) ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น คือปัญหาความสะอาดและสุขภาพอนามัย ปัญหาความยากจน ปัญหาการขาดแคลน

สาธารณสุขโลก และพบว่าการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร การขาดสารอาหาร และการได้รับสารพิษ เด็กอายุ 7-15 ปี ได้รับการศึกษาร้อยละ 69 อีกร้อยละ 31 ไม่ได้ได้รับการศึกษา (สมพงษ์ พัดบุษ. 2527 : 62-63) อาชีพส่วนใหญ่เมื่อแบ่งตามลักษณะงานจะทำงานในภาคไม่เป็นทางการ (Informal Sector) เป็นแรงงานไร้ฝีมือ (Unskilled Labourers) และเป็นแรงงานกึ่งฝีมือ (Semiskilled Labourers) ซึ่งมีอาชีพต่าง ๆ ดังนี้ อาชีพทั่วไปร้อยละ 51 อาชีพค้าขายร้อยละ 16.40 อาชีพรับราชการร้อยละ 6.90 อาชีพขับรถรับจ้างร้อยละ 3.30 อาชีพเสริมสวร้อยละ 1.20 รับเหมาก่อสร้างร้อยละ 0.50 อาชีพบริการร้อยละ 0.30 และอาชีพแม่บ้านร้อยละ 2.10 (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ. 2527 : 24-25) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับพฤติกรรมการรักษาอาการของโรคพบว่ากลุ่มในระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาไปพบแพทย์ในอัตราที่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาในอัตราส่วน 1 : 2 และมีการเลือกพบคนขายยาทั่วไปมากกว่า ในอัตราส่วน 3 : 1 นอกจากนั้นอาชีพรับราชการและธุรกิจส่วนตัวไปพบบุคลากรทางการแพทย์ ในอัตราที่สูงกว่าอาชีพรับจ้าง ขาของและแม่บ้าน (สนใจ ยิ่งศักดิ์มงคล และสัญญาชัย ใบไพศาล. 2530)

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดจะเห็นว่าในสถานะที่มนุษย์เกิดอาการเจ็บป่วยต่างต้องพยายามรักษาตนเองให้หายจากการเจ็บป่วยการใช้ยารักษาโรคด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมที่พบได้ในทุกครัวเรือน และมักใช้บริการจากสถานบริการของเอกชน เช่น ร้านขายยา ซึ่งผู้ขายมักจัดยาไว้เป็นชุด ทั้งชุดที่จัดในขณะนั้น และชุดสำเร็จรูป ซึ่งเป็นที่นิยมแพร่หลาย และมีการส่งขายตามร้านขายของชำต่าง ๆ หากผู้ใช้ไม่มีความรู้ดีพอก็จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยทั่วไปประชาชนในชุมชนแออัดมักจะประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้น้อย หาเช้ากินค่ำ หากเกิดการเจ็บป่วยจึงมักมีความจำเป็นต้องซื้อยากินเอง และจากการที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรภาครัฐซึ่งได้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาชุมชนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนแออัด มักจะพบพฤติกรรมการใช้ยาชุดเพื่อรักษาตนเองอยู่เป็นประจำจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร เพื่อนำข้อมูลการศึกษาวิจัย มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางเพื่อแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดในชุมชนแออัดต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร แยกตามตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อนำผลจากการศึกษาค้นคว้ามาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาชุดเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปเป็นแนวทางแก้ไข ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า วิจัยต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวน 29 ชุมชน จำนวนรวมทั้งสิ้น 20,520 คน (สำนักงานเขตยานนาวา. 2540)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวน 390 คน ซึ่งได้โดยการใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ ยามาเน่ และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

- 3.1.1 เพศ
- 3.1.2 อายุ
- 3.1.3 ระดับการศึกษา
- 3.1.4 สถานภาพสมรส
- 3.1.5 อาชีพ
- 3.1.6 รายได้ของครอบครัว
- 3.1.7 แหล่งที่ให้ข้อมูล
- 3.1.8 ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของ ประชาชนในชุมชนแออัด เขต
ยานนาวา กรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ
การใช้ยาชุด ของประชาชนในชุมชนแออัด แยกออกเป็น

1.1 ความรู้เรื่องการใช้ยาชุด หมายถึง การเรียนรู้หรือการรับรู้ต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับ
ซึ่งเป็นผลให้สามารถแสดงออกได้ในลักษณะ การจดจำ แล้วนำไปใช้ เกี่ยวกับยาชุด

1.2 เจตคติในเรื่องการใช้ยาชุด หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ และความรู้สึกในการ
ใช้ยาชุด

1.3 การปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาชุด หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติในการใช้ยาชุด

2. ยา หมายถึง สารเคมีซึ่งมีฤทธิ์ต่อสิ่งมีชีวิต และไม่ใช่อาหาร ใช้ในการป้องกันรักษา
หรือบำบัดโรคต่าง ๆ ในคน และสัตว์ให้พ้นจากการทรมาน หรือเจ็บป่วยจากโรคภัยต่างๆ(คำพ
ลศรวิวัฒนกุล.2534 : 3)

3. ยาชุด หมายถึง ยาที่ผู้ขายจัดรวมกันเป็นชุดให้กับผู้ซื้อ สำหรับกินครั้งละ 1 ชุด รวมกัน
ทั้งหมด โดยทั่วไปมักจะมียาตั้งแต่ 3 - 5 เม็ด หรืออาจมากกว่า บรรจุรวมกันในซองพลาสติกเล็ก ๆ

4. ประชาชนในชุมชนแออัด หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตยานนาวา
กรุงเทพมหานคร

5. ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนส่วนใหญ่ที่มีอาคารหนาแน่น ไร้ระเบียบ และขาดท
รุด ประชากรอาศัยอยู่อย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
อนามัย และความปลอดภัยของผู้อาศัย (สำนักสวัสดิการสังคมกรุงเทพมหานคร. 2533 : 2)

6. อายุ หมายถึง จำนวนอายุของประชาชนในชุมชนแออัด แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

6.1 ต่ำกว่า 21 ปี

6.2 อายุ 21 - 30 ปี

6.3 อายุ 31 - 40 ปี

6.4 อายุ 41 - 50 ปี

6.5 อายุมากกว่า 50 ปี

7. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของประชาชนในชุมชนแออัด แบ่ง
เป็น 5 ระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173 - 174)

7.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

7.2 ประถมศึกษา

7.3 มัธยมศึกษา

7.4 อนุปริญญา หรือเทียบเท่า

7.5 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

8. อาชีพ หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานหลักที่ประชาชนในชุมชนแออัดทำอยู่ แบ่งออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้

8.1 ธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจที่ตนเองเป็นเจ้าของโดยจ้างบุคคลตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไปมาทำงานในฐานะลูกจ้าง หรือผู้ประกอบธุรกิจของตนเองหรือร่วมกับผู้อื่นไม่จ้างบุคคลอื่นในฐานะลูกจ้าง

8.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่ทำงานโดยได้รับค่าจ้างจากนายจ้างซึ่งไม่ใช่หน่วยราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ

8.3 รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ทำงานในหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

8.4 ทำงานที่บ้าน หรือเกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่ทำงานให้แก่ครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือผู้ซึ่งทำงานเกษตรในไร่นา

8.5 ว่างาน หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้ทำงานใด ๆ ทั้งสิ้น หรือกำลังหางานทำโดยติดต่อหรือส่งใบสมัครขอทำงาน

8.6 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ไม่ได้ปฏิบัติงานเชิงเศรษฐกิจ

8.7 นักเรียน นักศึกษา หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาของทางราชการ หรือเอกชน

9. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้จากเงินเดือน รวมทั้งรายได้พิเศษอื่นๆของสมาชิกในครอบครัว ของประชาชนในชุมชนแออัดที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ในปัจจุบันซึ่งพิจารณาจากรายได้รวมตลอดทั้งปีแล้วเฉลี่ยเป็นรายเดือน แบ่งเป็น 5 ระดับ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 79)

9.1 ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน

9.2 5,001 - 10,000 บาท/เดือน

9.3 10,001 - 15,000 บาท/เดือน

9.4 15,001 - 20,000 บาท/เดือน

9.5 20,001 บาทขึ้นไป

10. สถานภาพสมรส หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของสถานภาพสมรสในปัจจุบันของประชาชนในชุมชนแออัดแบ่งออกได้ดังนี้

10.1 โสด

10.2 คู่มือ

10.3 หมาย

10.4 พยา

10.5 แยกกันอยู่

11. แหล่งที่ให้ข้อมูล หมายถึง ดัชนีกำเนิดหรือบุคคลที่ให้ข้อมูลแก่ประชาชนในชุมชนแออัดในการตัดสินใจใช้ยาชุด แบ่งออกดังนี้

11.1 เพื่อนบ้าน

11.2 ญาติพี่น้อง

11.3 บิดามารดา

11.4 ร้านขายยา

11.5 ครู อาจารย์

12. ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย หมายถึง จำนวนหลังคาเรือนของชุมชนที่เป็นสถานที่ตั้งของบ้านเรือนของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร (สำนักนโยบายและแผน กรุงเทพมหานคร. 2534 : 109)

12.1 ขนาดเล็ก (100 หลังคาเรือน หรือน้อยกว่า)

12.2 ขนาดกลาง (101-500 หลังคาเรือน)

12.3 ขนาดใหญ่ (501 หลังคาเรือนขึ้นไป)

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความหมายของพฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530 : 373) หมายถึง การกระทำหรืออาการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติทุกอย่างที่มนุษย์แสดงออกมาทั้งที่อยู่ภายใน และแสดงออกมาภายนอก พฤติกรรมภายในอาจจะมีทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรม และนามธรรม เช่น ปฏิบัติของอวัยวะภายในร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ มักจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิบัติที่คนเราแสดงออกมาตลอดเวลาของการดำเนินชีวิต เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้คนอื่นเห็นได้ทั้งวาจาและการกระทำ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2527 : 705-708)

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ซึ่งทั้งที่อยู่ภายในหรือแสดงออกมาภายนอก (วารี ระกิติ. 2530 : 696)

สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพก็มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่านั้นและมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

ชนวรรณ อัมสมบุญ (2532 : 38) ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณีซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะด้วยกันคือ

ลักษณะแรก เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ลักษณะที่สอง เป็นการงดเว้นหรือไม่แสดงออกในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสองลักษณะนี้แสดงให้เห็นปรากฏในสภาพต่างๆ 2 สภาพด้วยกัน ดังนี้

ประการแรก เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประการที่สอง เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น เจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา จิตสำนึก ความตระหนัก รวมทั้งท่าทีที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประกาศแพญ สุวรรณ (2527 : 202) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยตรง และทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่มองเห็นได้นั้น อาจแยกประเภทออกเป็นสองประเภทใหญ่ ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติวิสัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค อีกประการหนึ่งคือการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่วไปและการไปรับบริการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 33) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ศึกษาโดยเน้นพฤติกรรมที่สังเกตได้และวัดได้

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

บลูม (1975 : 65 - 197) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำแนกได้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปหายากดังนี้

1.1 ความรู้ความจำ(Knowledge)เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้ ระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้มาก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้ จะแสดงออกมาในรูปของ การแปลความ ตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิชาการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อย ต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล(Evaluation)เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยดีราคาของสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้หมายถึงความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือกันอยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ แบ่งขั้นตอนได้ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็น ขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้านั้นในการยอมรับนี้ ประกอบด้วยความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับและการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding)เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าเป็นเหตุให้ บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองพฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วยความยินยอมความเต็มใจและพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่า (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่า เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเองและได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริงพฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับความชอบ และผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วยการสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุด ไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนแนวทางของการปฏิบัติและการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 538 - 539) กล่าวว่า พฤติกรรมทางสุขภาพมีอิทธิพลมาจากองค์ประกอบต่าง ๆ 3 องค์ประกอบด้วยกันคือ

1. อิทธิพลของครอบครัว คือ อิทธิพลต่อปทัสถานค่านิยมของสมาชิกในครอบครัวทั้งในแง่การยอมรับอาการของโรค ประเมินผลสถานะการของการเจ็บป่วย และด้านการรักษาพยาบาล

2. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนบ้านเมื่อในครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งไม่สามารถ ตัดสินใจได้ว่าสถานะของสมาชิกที่เกิดขึ้นป่วยจริงหรือไม่จะต้องไปปรึกษากับเพื่อนบ้านว่าอาการของโรคคล้ายกับคนในกลุ่มนั้นที่เคยเป็นมาก่อนหรือเปล่า และเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นโรค หรือเจ็บป่วยจริง ครอบครัวนั้นก็ยอมรับกันว่าเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยจริง ครอบครัวนั้นก็ยอมรับสภาพเช่นนั้น

3. อิทธิพลของวัฒนธรรมทางสุขภาพ ประชาชนในชุมชนใดก็รับมรดกทางวัฒนธรรมสุขภาพ (Health Culture) ซึ่งหมายถึงการดำเนินชีวิตในสังคม รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม กฎเกณฑ์ ความเชื่อทางด้านสุขภาพอนามัย ก็ถูกควบคุมโดยวัฒนธรรม เช่น บางชุมชนเชื่อว่าการรับประทานเนื้อดิบ หรือเลือดสัตว์ดิบ ๆ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง หรือความเชื่อที่ว่าผู้หญิงหลังคลอดต้องงดอาหารแสลง เช่นอาหารประเภท เนื้อ ไข่ และปลา เป็นต้น ถ้าบุคคลใดไม่ปฏิบัติตามวัฒนธรรมนี้ก็จะเกิดผดผื่นคันแดง คือ ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงและโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 173 - 185) ได้แบ่งองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ภูมิภาวะ ความต้องการ ความสนใจ ความสามารถ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้เรียนไม่มีความต้องการที่จะเรียนหรือรับฟังข่าวสารต่าง ๆ ที่ส่งออกไป ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติก็แตกต่างกันไป เป็นต้น

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ นั้น มีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว เช่น บางครอบครัวปลูกฝังการไม่รับประทานผัก เนื้อสัตว์ หรือปลูกฝังให้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การรักษาความสะอาดบ้านเรือน กล่าวได้ว่าถ้า พ่อ - แม่ คนเลี้ยงดู ส่งเสริมให้เด็กเกิดความรู้สึกมีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในด้านที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดีแล้ว ก็จะเป็นการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้อย่างมาก

กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้นจึงควรใช้กลุ่มของสังคมให้เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามกัน

สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้ต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ย่อมจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ส้วมดีกว่าประชาชนทั่วไป เป็นต้น

วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิธีการครองชีวิต วิธีความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก อิทธิพลของวัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติทางสุขภาพ ได้เป็นอย่างมาก เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บางชุมชนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยนิยมรักษาโดยทางเวทมนต์ เช่น การเป่าคาถาอาคม หรือหญิงหลังคลอดจะห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ทุกชนิด เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจของประชาชนที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากเช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนจากสถิติการเกิดโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ จะพบในกลุ่มประชาชนที่ยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลางหรือร่ำรวยแต่ในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

4. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย เพราะผู้ที่มีการศึกษาดี จะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน

5. องค์ประกอบทางการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาลกิจกรรมการสุศึกษาที่จัดให้กับประชาชนกฎหมาย หรือข้อบังคับ ที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

คิลแมน (ประภาพัณญ์ สุวรรณ . 2527 : 202 - 204 ; อ้างอิงมาจาก Kelman. n.d.) ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในสังคมนั้น มีอยู่ 3 ลักษณะ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ผู้ที่เปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนแปลงเฉพาะการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนแนวความคิด ความเชื่อยังคงไม่เปลี่ยนแปลงการเปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนไปในอย่างมาก คือบางอย่างทำในขณะที่เขาถูกจับตามองอยู่เท่านั้น

2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ การเลียนแบบนี้เป็นภาวะการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนี้เป็นผลงานจากสิ่งที่เขาต้องการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือเป็นที่พึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ความสัมพันธ์นี้จะออกในรูปแบบของการยอมรับบทบาททั้งหมดของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลเป็นของตน หรือแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่เขาปฏิบัติหรือเลียนแบบนั้น จากการเลียนแบบนี้ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ จะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งที่เร้าให้เกิดการเลียนแบบนี้ว่าเป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจและความเชื่อได้มากน้อยเพียงใด เช่น การแต่งกาย การเอาอย่างเพื่อน หรือคาราภาพนธ์ของเด็กวัยรุ่น การเลือกรับประทานอาหารบางอย่างเหมือนพ่อแม่ เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นโดยตรงกับความต้องการภายในของบุคคลนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติแล้ว ความรู้และเจตคติก็เปลี่ยนด้วย

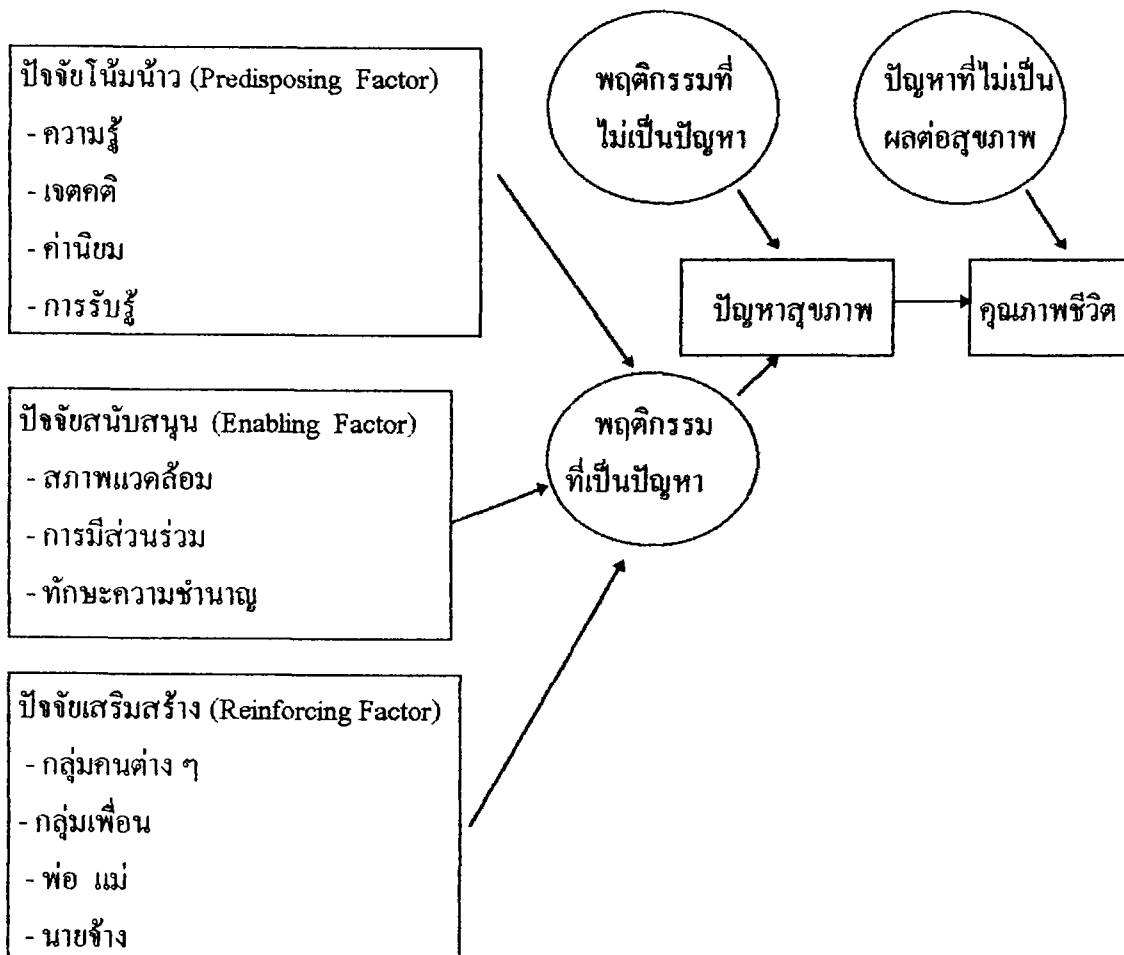
ชนวรรัตน์ อัมสมบุญ (2528 : 24 - 26) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่าจะเป็นไปได้ในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่จะทำให้ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้มาจากสภาวะแวดล้อมในครอบครัวหรือจากสังคมแวดล้อมทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างพอเพียงเหมาะสมและต่อ

เนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนามาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ เกิดขึ้นได้ โดยมีปัจจัยอื่นๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่บุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียนและสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการส่งเสริมอบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุม ดูแล กระตุ้นหรือปฏิเสธอย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพโดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าวและกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่างๆ พอสรุปเป็นรูปแบบดังนี้



ภาพประกอบ 1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความรู้ทั่วไปเรื่องยา

ยา หมายถึง สิ่งที่ใช้แก้ หรือป้องกันโรค หรือบำรุงร่างกาย เรียกชื่อต่าง ๆ กันตามลักษณะ ตามรส กลิ่น วิธีทำ หรือปฏิกิริยา เช่น ยาผง ยาแดง ยาขม ยาต้ม ยากิน หรือยาฉีด เป็นต้น (ราชบัณฑิตยสถาน.2539 : 671)

ยา หมายถึง สารหรือสารเคมีซึ่งมีฤทธิ์ต่อสิ่งที่มีชีวิตและไม่ใช่อาหาร ใช้ในการป้องกันรักษาหรือบำบัดโรคต่าง ๆ ในคนและสัตว์ให้พ้นจากการทรมาน หรือความเจ็บป่วยจากโรคภัยต่างๆ (กัปส ศรีวัฒนกุล. 2534 : 3)

ยา ตามความหมายของพระราชบัญญัติยาฉบับสมบูรณ์ พ.ศ. 2522 หมายถึง

1. วัตถุที่รองรับไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ
2. วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์
3. วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือ เภสัชเคมีสำเร็จรูป
4. วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใดๆ

ของร่างกายมนุษย์ หรือสัตว์

การจำแนกประเภทยาที่จำหน่ายในท้องตลาด

1. แบ่งตามหลักเภสัชวิทยา จะแบ่งได้เป็นหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ กลุ่มยาแก้ท้องเสีย เป็นต้น ซึ่งจะ ไม่กล่าวถึงรายละเอียดในที่นี้

2. แบ่งตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ซึ่งจะเป็นยา 9 ประเภทคือ

2.1 ยาแผนปัจจุบัน หมายความว่า ยาที่มุ่งหมายสำหรับการใช้ในการประกอบอาชีพเวชกรรมการประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบัน หรือการบำบัดโรคสัตว์

2.2 ยาแผนโบราณ หมายความว่า ยาที่มุ่งหมายสำหรับการใช้ในการประกอบโรคศิลป์แผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณหรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณ

2.3 ยาอันตราย หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาอันตราย

2.4 ยาควบคุมพิเศษ หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผนโบราณ ที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาควบคุมพิเศษ ซึ่งโดยทั่วไปจะหมายถึง ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และยาที่อาจทำให้เกิดอันตรายสูงต่อผู้ใช้ เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท เป็นต้น ยาควบคุมพิเศษเป็นยาที่ทำให้เกิดพิษภัยแก่ผู้ใช้ทุกรายไม่ว่าจะใช้ถูกวิธีหรือไม่ก็ตามการใช้ยาประเภทนี้จึงควรอยู่ในการควบคุมของแพทย์ เท่านั้น

2.5 ยาใช้ภายนอก หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่มุ่งหมายสำหรับใช้ภายนอก

2.6 ยาใช้เฉพาะที่ หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่มุ่งหมายใช้เฉพาะที่ ผิวหนัง หู ตา จมูก ปาก ทวารหนัก ช่องคลอด หรือช่องปัสสาวะ

2.7 ยาสามัญประจำบ้าน หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาสามัญประจำบ้าน

2.8 ยาสมุนไพร หมายความว่า ยาที่ได้จากพืชทุกชนิด สัตว์หรือแร่ซึ่งไม่ได้ผสมปรุงหรือแปรสภาพ

2.9 ยาบรรจุเสร็จ หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันที่ได้ผลิตขึ้นเสร็จในรูปต่างๆทางเภสัชกรรมซึ่งบรรจุในภาชนะหรือหีบห่อที่ปิดหรือผนึกไว้และปิดฉลากครบถ้วนตามพระราชบัญญัติ

รูปแบบของยา (Dosage Forms of Drugs) แบ่งได้ดังนี้

ก. รูปแบบที่เป็นของเหลว (Liquid Dosage Form) รูปแบบของยาชนิดนี้จำเป็นต้องมีภาชนะบรรจุที่เหมาะสม การกินยาต้องใช้เครื่องตวงที่มีขีดบอกปริมาตร (เช่น ถ้วยตวง ช้อนตวง) ลักษณะของเหลวจะแตกต่างกันออกไป บางชนิดเป็นน้ำใส เวลาใช้ไม่จำเป็นต้องเขย่าเหมือนชนิดยาน้ำผสมหรือชนิดยาน้ำแขวนตะกอน รูปแบบยาที่เป็นของเหลวมีดังนี้คือ

1. น้ำ (Water) เป็นน้ำที่ปราศจากสี กลิ่น และรส และเชื้อแบคทีเรีย ใช้ดื่มและเตรียมยาภายนอก

2. น้ำกลั่น (Purified Water) เหมือนน้ำที่กลั่นข้างต้นแต่บริสุทธิ์กว่าใช้ทำยาภายนอกและยา ภายในต่างๆ

3. น้ำกลั่นสำหรับทำยาฉีด (Water for Injection) เหมือนน้ำกลั่นแต่บริสุทธิ์กว่า ใช้ ทำยาฉีด, ทำน้ำเกลือ

4. น้ำกลั่นละลายยาฉีด (Sterilized Water for Injection) เป็นน้ำกลั่นสำหรับละลายยาฉีด แบ่งใส่หลอดเล็กๆ ตั้งแต่ขนาด 1 มิลลิลิตรขึ้นไป

5. ยาน้ำใส (Solutions) เป็นรูปแบบยาเหลวที่ประกอบด้วยสารสองชนิดผสมเข้าเป็นเนื้อเดียวกัน มีลักษณะเป็นขุ่นใสใช้เป็นยาภายนอก ยาภายในหรือหยอดเข้าไปในช่องต่างๆ ของร่างกายตัวอย่างยาที่ใช้ภายในได้แก่น้ำเกลือเดกซ์โตรส (Dextros Solution) ตัวอย่างยาที่ใช้ภายนอก ได้แก่ ยาหยอดตา, ยาล้างตา (Eye Douch) ยาอมบ้วนปาก (Gargles) ยาน้ำสวนทวาร (Enemas) ยาน้ำล้างปาก (Mouth Wash) ตัวอย่างเช่น ลิสเตอริน, เซพาคอล เป็นต้น

6. ขาน้ำเชื่อม (Syrup) เป็นขาน้ำที่มีน้ำตาลละลายผสมอยู่ ใช้สำหรับรับประทาน มีรสหวานอาจแต่งกลิ่น,สี,รสให้น่าใช้ยิ่งขึ้น เหมาะสำหรับเป็นยาเด็ก ได้แก่ขาน้ำแก้ไอ ลดน้ำูก พวกขาน้ำไวยาตามิน ขาแก้แพ้ เป็นต้น สำหรับยาที่สลายตัวได้ในน้ำเช่นยาปฏิชีวนะพวก เพนนิซิลิน แอมพิซิลลิน โคลิสติน อะม็อกซิซิลลิน คล็อกซาซิลลิน เป็นต้น จะทำในรูปของ น้ำเชื่อมแห้ง (Dry Syrup) เวลาใช้ จะต้องเติมน้ำตามที่กำหนดไว้ แล้วเขย่าให้เข้ากันจึงจะได้ ขาน้ำเชื่อม ขาพวกนี้มักต้องเก็บในที่เย็นและใช้ให้หมดภายใน 7 วัน ถ้าเกินกำหนดให้ทิ้งไป

7. สปิริด (Spirits) เป็นขาน้ำที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 60-90 กับน้ำมันหอมระเหย เช่นน้ำมันผิวส้ม น้ำมันมะนาว น้ำมันกานพลู น้ำมันมินต์ ฯลฯ ตัวอย่างที่ใช้กันคือ เป็ปเปอร์มินต์ สปิริด(เหล้าสะระแหน่),ที่ใช้เป็นยาภายนอกสำหรับสูดดมคือ แอมโมเนียสปิริด (เหล้าแอมโมเนียหอม) เป็นต้น

8. อีลิคเซอร์ (Elixir) เป็นขาน้ำที่ใช้กินมีรสหวานและมีแอลกอฮอล์อยู่ประมาณร้อยละ 4-40ในกรณีเป็นยาที่ใช้สำหรับเด็กจะต้องมีแอลกอฮอล์อยู่น้อยหรือไม่มีเลยเช่น ไคมิเทนอีลิคเซอร์, เบนาคริล อีลิคเซอร์

9. ทิงเจอร์ (Tincture) เป็นยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อยู่มาก ที่ใช้กินแก้ท้องเสีย ได้แก่ ทิงเจอร์ฝิ่น การะบูร ที่ใช้ภายนอก ได้แก่ ทิงเจอร์ไอโอดีน ทิงเจอร์โรเมอราโซล เป็นต้น

10. ขาน้ำแขวนตะกอน (Suspensions) เวลาใช้ขาน้ำเหล่านี้จำเป็นต้องเขย่าขวดเพื่อให้ตัวยา กระจายตัวได้ทั่วถึงเวลาตวงจึงจะได้ขนาดยาที่ถูกต้องขาน้ำชนิดนี้มักมีสารช่วยในการทำให้ยาแขวนตะกอนอยู่ด้วยแต่เมื่อตั้งทิ้งไว้ยาจะแยกชั้นได้ ดังนั้นต้องมีข้อความเขย่าขวดก่อนใช้อยู่ที่ฉลากเมื่อเวลาเขย่าตัวยาก็จะกระจายทั่วทั้งขวดรูปแบบขาน้ำแขวนตะกอนอาจมีหลายชื่อแล้วแต่ชนิดสารที่ใช้แขวนตะกอนตัวอย่างเช่น

10.1 เจล (Gels) ตัวยามีขนาดเล็กแต่ไม่ละลายน้ำมีลักษณะเป็นกาว(Colloid) เช่น อะลัมมิลค์

10.2 โลชั่น (Lotions) เป็นขาน้ำแขวนตะกอนชนิดที่ใช้ภายนอก ตัวอย่าง เช่นคาลามินโลชั่น (Calamine Lotion)

10.3 แมกมาและมิลค์ (Magma and Milks) เป็นยาแขวนตะกอนที่คล้ายกับเจล แต่สารยาที่ลอยอยู่มิ่มีขนาดใหญ่กว่าของเจลลักษณะของยาจึงหนักกว่าตัวอย่างได้แก่ เบนโตไนท์แมกมา(Bentonite Magma) และขาระบายแมกนีเซีย(Milk of Magnesia)

10.4 มิกซ์เจอร์ (Mixtures) เป็นยาผสม อาจใส่หรือไม่ใส่สารช่วยแขวนตะกอนก็ได้ พวกที่ใส่ได้แก่ เกลดิน มิกซ์เจอร์ (Kaolin Mixture) สำหรับแก้ท้องเสียพวกที่ไม่ใส่สารแขวนตะกอนได้แก่ บราวน์ มิกซ์เจอร์ (Brown Mixture) สำหรับแก้ไอ เป็นต้น

11. อีมัลชัน (Emulsion) เป็นขาน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำมันกระจายตัวอยู่กับน้ำมีลักษณะ

พูนเหนือขาค้ำยขนมตัวอย่างเช่น ขาระบายพาร์ฟฟิน (Liquid Paraffin Emulsion)

12. ขาพอกถูนวด (Linniment) มีลักษณะคล้ายอิมัลชัน แต่ใช้ภายนอกเช่นน้ำมันสโด้ก ใช้ทาถูนวด แก้ปวดเมื่อย

ข. รูปแบบที่เป็นของแข็ง (Solid Dosage Form) ได้แก่ขาคังต่อไปนี้

1. ขาแคปซูล (Capsule) เป็นรูปของขาคามีปลอกหุ้มเป็นพวง เจลาติน ลักษณะอาจแข็งหรืออ่อนนุ่มบรรจุอยู่ปลอกหุ้มนี้อาจช่วยกลบรสของขาได้ เช่น คลอแรมเฟนิคอล ซึ่งมีรสขมมาก

2. ขาเม็ด (Tablet) เป็นรูปของขาที่เป็นผงแห้งแล้วถูกอัดให้เป็นเม็ดชนิดต่างๆ ขาเม็ดส่วนใหญ่จะง่ายต่อการละลาย มีหลายชนิด

2.1 ขาเม็ดที่ไม่ได้เคลือบ หรือไม่เตรียมพิเศษ เช่น แอสไพริน เอพิจี ฯลฯ

2.2 ขาเม็ดที่เคลือบ โดยมีวัตถุประสงค์ต่างๆ กันเช่น ขาเม็ดที่เคลือบเพื่อให้ออกฤทธิ์ที่ลำไส้ (Entericcoat Capsules) รูปของขาคันนี้ เมื่อกินขานี้แล้วขาจะไม่แตกตัวที่กระเพาะแต่ขาจะไปแตกตัวที่ลำไส้ ขาจึงไม่ระคายเคืองต่อ กระเพาะมาก เช่น โพตัสเซียมคลอไรด์ (Potassium Chloride) ชนิดเม็ด

3. ขาอมใต้ลิ้น (Sublingual) หรือในกระพุ้งแก้ม (Buccal) เป็นรูปของขาที่ถูกดูดซึมได้ดีในเยื่อช่องปาก (Mucosa) ยิ่งกว่านั้นยังเหมาะสำหรับใช้เพื่อให้ออกฤทธิ์เร็วหรือหลีกเลี่ยงการถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะ ตัวอย่างของขาคันนี้เช่นขาเม็ดเออร์โกตามีน (Ergotamine Tablet) และขาเม็ดรักษาโรคกระเพาะ

4. ขาอม (Lozenge) และโทรเช (Troche) เป็นรูปของขาที่เตรียมพิเศษประกอบด้วยขามาเชื้อและขาทำลายเชื้อผสมน้ำตาลหรือสารที่มีรสชาติช่วยให้กินง่าย เช่น ขาอมแก้เจ็บคอชนิดต่างๆ ชื่อการค้าเช่น สเตร็ปซิล (Strepsil) ขาอมดีกัวดิน

5. ผงเคี้ยว (Effervescent Powder) เป็นขาที่ทำให้เหมาะที่จะละลายได้ง่ายในน้ำ โดยเฉพาะเมื่อใส่พวง โซเดียมไบคาร์บอเนตและกรดซิตริกลงไปทำให้เกิดเป็นฟองฟุ้งน้ำกินยิ่งขึ้น ปัจจุบันทั่วไปมักทำเป็นเม็ดฟู (Effervescent Tablet) เช่น อัลกาเซลเซอร์, อีโน

6. ขาผง (Pulveres หรือ Powders) เป็นรูปของขาที่ผสมเป็นผงมีมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไปเพื่อให้ยากับได้นานและทำให้รสกลืนดียิ่งขึ้นตัวอย่างขาผงพวกกรดบอริก ใช้ทาผิวหนังแก้คัน ขาผงแก้ ท้องอืด (Flatulence Powder) ใช้รับประทานแก้ท้องร่วง ท้องเฟ้อ อืดแน่น

ค. รูปแบบอื่นๆ รูปแบบขาคันนี้มีลักษณะต่างๆ กันไป และบางชนิดต้องใช้ลักษณะพิเศษในการบรรจุ และมีลักษณะพิเศษในการใช้ได้แก่

1. จี๊ฉิ่ง (Oilment) เป็นขาเตรียมที่ใช้สำหรับใช้ทาป้องกันผิวหนังและเยื่อเมือกที่อ่อนต่างๆ เพื่อลดการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย หรือบรรเทาอาการต่างๆ จี๊ฉิ่งโดยมากผสมสารที่ทำให้

การกระจายของยาดี ยิ่งขึ้นจึงยังมีตัวยาที่จะทำให้การดูดซึมเข้าไปในร่างกายได้ดีขึ้นอีกด้วย ตัวอย่าง เช่น ขี้ผึ้งไนโตรฟูโรโซนชื่อการค้าเช่นฟูราซิน,แบคซิตราซิน,ขี้ผึ้งซิงค์ออกไซด์

ขี้ผึ้งป้ายตา (Ophthalmic Oilment) เป็นขี้ผึ้งที่ใช้สำหรับป้ายตาซึ่งต้องทำให้ปราศจากเชื้อเช่น ขี้ผึ้งเตตราซัยคลิน,ขี้ผึ้งป้ายตา อะโทรปีน

2. ผ้าบางปิดแผล (Plaster) คือพวกยาที่ทำให้มีเนื้อเหนียวแล้วนำไปทาบนพื้นวัตถุที่ใช้รองรับ เช่นผ้า หรือบางบางชนิด ใช้สำหรับปิดแผลกันไม่ให้สกปรกกระคายเคือง หรือบรรเทาอาการเจ็บปวด เช่น เทนโซพลาสต์ (Tensoplast),ซาลอนพลาสต์ (Salonplast),แบนเอค (Band-aid)

3. คริม (Pastes) เป็นรูปของยาที่ใช้สำหรับป้องกันมิให้เกิดโรคติดเชื้อโรค โดยกดการเจริญเติบโตของเชื้อทำให้รู้สึกเป็น หรือใช้สำหรับแต่งแผลเพื่อบรรเทาอาการจะซึมเข้าร่างกายดีกว่า ขี้ผึ้ง (Oilment) เช่น ซิงค์ออกไซด์ชนิดคริม (Zinc Oxide Paste) ใช้ทาแก้โรคผิวหนัง คริมอะลูมิเนียม คริมซัลฟานิลไมด์ 380 ใช้ใส่แผลสด แก้เชื้อหนองต่างๆยานี้มีตัวยาดังแต่หนึ่งหรือสองอย่างขึ้นไปผสมกับพวกตัวยาที่เหนียวเช่นเจลลาติน กลีเซอริน หรือสบู หรือผสมกับพาราฟินชนิดอ่อนหรือเหลว เคโอลิน,แป้ง,เดกซ์ตริน (Dextrin)

4. ยาป้าย (Pigmenta Paints) เป็นยาน้ำที่ใช้ทาผิวหนังหรือป้ายคอ หรือเยื่ออ่อน เพื่อระงับการเจริญเติบโตของเชื้อโรคมักทำให้อ่อนนุ่ม ไม่ระคายเคือง วิธีใช้ยาพวกนี้ ควรใช้แปรงทาหรือเครื่องป้าย เช่น ขากวาดคอ (Mandl's Paint) เป็นยาป้ายคอ เหงือก แก้การอักเสบและเจ็บคอ ใช้กวาดวันละ1-2 ครั้ง สำหรับเด็กก่อนใช้กวาดคอต้องเติมน้ำสะอาดเท่าตัว

5. ยาพ่น (Spray) เป็นรูปของยาที่พ่นขึ้นโดยมีเครื่องพ่นอยู่ด้วย (ส่วนมาก) เพื่อให้ยาที่เตรียมสามารถกระจายเป็นอนุภาคเล็กๆ และออกฤทธิ์ต่อผิวหนังเยื่อเมือกและหลอดลมโดยตรง ยาพ่น ส่วนใหญ่ให้ผลเฉพาะที่และป้องกันฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อร่างกายส่วนอื่น(Systemic Effect) ตัวอย่างของยาพวกนี้เช่น ยาพ่นนีโอซินเฟริน (Neosynephrine Spray)

6. ยาดม (Inhalant) เป็นยาที่มีกลิ่นหอม ระเหยและสามารถสูดดมได้โดยง่าย

7. ยาเหน็บ (Suppositories) คือยาที่สอดเข้าไปในช่องเปิดเช่น ช่องคลอด ทวารหนัก ส่วนใหญ่แล้วยาเหน็บ จะหลอมและละลายเมื่อสอดใส่เข้าร่างกายโดยอาศัยอุณหภูมิของร่างกายทำให้ยาหลอมเหลวตัวยาจะออกฤทธิ์เฉพาะที่ตรงบริเวณที่เหน็บ หรือซึมเข้ากระแสเลือดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายก็ได้

7.1 ยาเหน็บทางทวารหนักใช้สำหรับรักษาโรคริดสีดวงทวารชื่อการค้าเช่น เซอร์วีฟร็อก, พร็อกโตซิดิล (Proctosedyl) ยาเหน็บสำหรับถ่าย ชื่อการค้าเช่น ดัลโคแล็กซ์ (Dulcolax) ยาเหน็บสำหรับลดไข้ ยาที่ใช้ในกรณีนี้ผู้ป่วยกินยาไม่ได้เช่น แอสไพริน สำหรับเด็ก

7.2 ยาเหน็บทางช่องคลอด (Vaginal Suppositories อาจเรียกว่า Vagina Tablet หรือ Passaries) ใช้เป็นยาน้ำเชื้อหรือระงับการเจริญเติบโตของเชื้อต่างๆ หรือเป็นยาที่ฆ่าเชื้อสุจิ

(Spermatocides) หรือนำเชื้อราต่างๆเช่น ยาเหน็บช่องคลอดทริโคมายซิน (Trichomycin Vagina Suppo)

หลักการใช้ยา หลักทั่วๆ ไปในการใช้ยาก็คือ

1. รู้ชื่อยา เมื่อใช้ชนิดใดจะต้องรู้ชื่อยานั้น โดยต้องรู้ชื่อทางยาไม่ใช่ชื่อทางการค้า เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล เป็นต้น เพราะหากเกิดการแพ้หรือเกิดอันตรายจากยาแล้ว ถ้าไม่รู้ชื่อยาก็ยากแก่การแก้ไขช่วยเหลือได้ทันและเมื่อแพ้ยานั้นแล้ว ก็ต้องจดจำชื่อยาไว้ เพื่อจะได้ไม่ใช้ยาด่วนั้นอีก (กลุ่มศึกษาปัญหาขา. 2528:34)

2. รู้วิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง พรเพ็ญ เปรมโยธิน และคณะ (2534:1-5) ได้เสนอหลักและวิธีการที่ถูกต้องดังนี้

2.1 ใช้ยาให้ถูกต้องโรคโดยต้องรู้ว่ายานั้นแก้โรคอะไร เช่น ยาแก้ปวดไม่นำมาใช้แก้ท้องเสีย

2.2 ใช้ยาให้ถูกขนาดการใช้ยาของแต่ละคนมีขนาดยาไม่เท่ากันเช่นทารก เด็กเล็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ จะมีขนาดยาไม่เท่ากัน ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่เขียนไว้บนฉลาก อย่าตัดสินใจเพิ่มหรือลดขนาดยาคด้วยตนเองเพราะจะทำให้เกิดอันตรายหรือไม่หายได้

2.3 ใช้ยาให้ถูกเวลา ยาแต่ละชนิดจะมีช่วงห่างของการใช้ยาไม่เท่ากัน ยาบางอย่างออกฤทธิ์สั้นเพียง 4-6 ชั่วโมง วันหนึ่งๆ จึงให้ 4-6 ครั้ง ยาบางอย่างออกฤทธิ์นาน 12-24 ชั่วโมง ก็อาจให้เพียงวันละ 1-2 ครั้งเป็นต้น ยาบางชนิดต้องรับประทานต่อเนื่อง 5-7 วัน เช่นยาด้านจุลชีพ (ยาปฏิชีวนะ) ก็ต้องใช้ให้ครบตามที่กำหนด นอกจากนี้ยาที่ให้โดยรับประทานตามเวลาของอาหารบางชนิดให้รับประทานก่อนอาหาร บางชนิดหลังอาหาร หรือพร้อมอาหารเวลารับประทานก็ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องดังนี้

2.3.1 รับประทานก่อนอาหารหมายความว่า ก่อนอาหาร 1/2-1 ชั่วโมง เพราะว่ายาเหล่านี้จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดี ขณะท้องว่างจึงจะได้ผลสมบูรณ์ ส่วนใหญ่ ได้แก่ ยาด้านจุลชีพ

2.3.2 รับประทานหลังอาหาร หมายถึงให้รับประทานหลังอาหาร 15-30 นาที ส่วนใหญ่เป็น ยาทั่วไป ซึ่งจะสามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดีพร้อมอาหาร

2.3.3 รับประทานหลังอาหารทันที หรือพร้อมอาหาร ส่วนมากเป็นยาที่มีฤทธิ์ที่ทำให้เกิดระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะ เช่น ยาแอสไพริน หากรับประทานขณะที่ท้องว่างจะทำให้ปวดท้อง คลื่นไส้ได้ ดังนั้นจึงต้องให้อาหารหรือน้ำช่วยทำให้เจือจางลง

2.3.4 รับประทานหลังอาหาร 1 และ 3 ชั่วโมง ได้แก่ยาลดกรด

2.4 ใช้ยาให้ถูกวิธีหรือถูกทางดังนี้

2.4.1 ขาเม็ดยหรือแคปซูลต้องกลืนยาทั้งเม็ดหรือแคปซูลพร้อมน้ำและไม่ควรเคี้ยว เม็ดยหรือแคปซูลออกจากแคปซูล สำหรับยาที่เขียนว่า "เคี้ยวก่อนกลืน" เช่น ขาเม็ดยคลอกรด ควรเคี้ยวให้ละเอียดมากๆ แล้วกลืนพร้อมน้ำทั้งนี้เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้ดี

2.4.2 ขาน้ำ มีทั้งขาน้ำใสและขาแขวนตะกอน เวลาใช้ยาต้องเขย่าขวดก่อนใช้ยาทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ตัวยาระบายทั่วขวด เมื่อรินยาออกมาแต่ละครั้งจะได้รับยาเท่า ๆ กันแม้ว่า ขาน้ำใส จะไม่มีตะกอนก็ควรเขย่า หรือกลับขวดยาด้วย จะทำให้ยามีความเข้มข้นเท่ากันหมดทั้งขวดสำหรับ ขาน้ำที่ใช้รับประทานต้องใช้ช้อนตวงยาที่มีขนาดมาตรฐาน ทำให้ตวงยาได้น้อยกว่าขนาดที่ต้องใช้จริง

2.4.3 ขาผง หากใช้ยาผงที่ต้องละลายน้ำก่อนรับประทาน ต้องละลายน้ำก่อนห้าม รับประทานในลักษณะผงแล้วดื่มน้ำตาม เพราะขาผงบางอย่างจะไม่ละลายแต่จะพองตัวแล้วเกิดการอุดตันที่หลอดอาหารได้ สำหรับขาผงที่ใช้ใส่แผลภายนอกเวลาใช้ต้องระวังอย่าให้ ยาปลิวเข้าตา จมูกและปากได้เมื่อใช้เสร็จแล้วควรล้างมือให้สะอาดเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้

2.4.4 ขาภายนอก หมายถึงยาที่ใช้สำหรับภายนอกเท่านั้น ห้ามรับประทานโดยเด็ดขาด มีหลายแบบเช่น ขาขี้ผึ้ง ครีม หรือเจล เป็นยาทาที่ผิวหนังควรทาบางๆ บางชนิดที่ระบุให้ทา ถู นวดได้ หมายถึง ทาแล้วถูวนวดด้วยเพื่อช่วยเร่งการดูดซึม ตัวยาทาให้ออกฤทธิ์ ได้เร็วขึ้น

2.4.5 ขาอม หมายถึง อมไว้เฉยๆ ไม่ต้องเคี้ยว อาจจะอมใต้ลิ้น หรืออมระหว่างลิ้น กับ เพดาน ก็ได้แล้วแต่จะบ่งไว้ว่าอย่างไร

2.4.6 ขาหยอด ได้แก่ ประเภทหยอดหู ตา จมูก จะต้องหยอดให้ถูกที่และถูกวิธี โดยอ่านฉลากให้เข้าใจก่อน สำหรับขาหยอดหู หลังจากหยอดยาแล้ว ควรทิ้งให้ยาดังอยู่ในหูโดย ตะแคงหูไว้นาน 5 นาที

2.4.7 ขาเหน็บ เป็นยาที่สอดทางทวารหนักหรือช่องคลอดเพื่อให้ยาถูกดูดซึมเข้าสู่ ร่างกายทางทวารหนักหรือทางช่องคลอด ก่อนเหน็บยาต้องแกะกระดากที่หุ้มยาออกแล้วเอาขารุ่น น้ำก่อนให้ลิ้น หลังสอดควรนอนพักผ่อนอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เพื่อให้ยาละลาย และถูกดูดซึมเข้าไป

2.5 ใช้ยาให้ถูกคน

3. รู้ข้อห้ามในการใช้ยา ข้อห้ามและข้อควรระวังในการใช้ยา อาจได้จากฉลากของยา ซึ่งควรระมัดระวังตัวอย่างเช่น

3.1 ขาแก้ปวดแอสไพริน ห้ามกินในคนที่ เป็นโรคกระเพาะ หอบหืด ใช้เลือดออก โรคเลือดไหลไม่หยุด เพราะตัวยารบกวนการเกาะตัวของเกล็ดเลือด

3.2 ขาลดน้ำมูก อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม จึงไม่ควรใช้ระหว่าง ขับขี่รถยนต์ หรือ ทำงาน เกี่ยวกับเครื่องจักร

3.3 ขาลคกรด ต้องไม่ใช่ร่วมกับยาปฏิชีวนะ เช่นเตตราไซคลินและยาบำรุงเลือด เพราะขาลคกรด ไปรบกวนการดูดซึมของยาทั้งสองชนิด จึงไม่มีผลในการรักษา

3.4 หญิงมีครรภ์แม้ในระยะให้นมบุตรและเด็กต้องระมัดระวังในการใช้ เช่น ขาเตตราไซคลิน เพราะยาจะไปรบกวนการสร้างกระดูกและฟัน

3.5 ขาคลอสแรมเฟนิคอล(Chloramphenicol) ถ้าใช้กับเด็กจะทำให้เป็นโรคโลหิตจางได้และถ้าใช้ กับทารกแรกเกิด-1 ปี อาจเกิดอันตรายเพราะตับของทารกยังไม่สามารถทำลายยาที่เข้าสู่ร่างกายได้ดีพอ ยาอาจจะมีระดับสูงในร่างกายจนทำให้เกิดพิษรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

3.6 ขากล่อมประสาทหรือยาพวกลอนหลับถ้ากินร่วมกับสุราจะทำให้มีฤทธิ์กดสมอง อาจหลับไม่ตื่น หรือถึงตายได้

3.7 ยาพวแกมเฟตามีน ถ้าใช้ขณะตั้งครรภ์จะทำให้ทารกมีโอกาสพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ

4. รู้ลักษณะของยาที่หมดอายุ ก่อนใช้ยาต้องดูที่ฉลากยาซึ่งจะมีการระบุวันที่หมดอายุ โดยมักเขียนเป็นภาษาอังกฤษ คือ Expiry Date หรือ Expiration Date หรือ Used beforeหรือเขียนตัวย่อว่า Exp.date ตัวอย่างการเขียน Exp.date 15/1/94 แสดงว่ายาจะหมดอายุ วันที่ 15 มกราคม ค.ศ.1994 จึงไม่ควรใช้ยาหลังจากวันหมดอายุ ถ้ายาใดไม่มีทั้ง Exp.date และ Used before แต่มี Mfg. 15/1/94 (Mfg. ย่อมาจาก Manufacturing Gater) หมายความว่า ยานี้ผลิตเมื่อวันที่ 15 มกราคม ค.ศ. 1994 ให้นับเวลาหลังจากวันผลิต 5 ปี ยานี้จะหมดอายุ นอกจากดูวันหมดอายุตามฉลากยาแล้ว เราสังเกตดูว่า ยาหมดอายุหรือยังได้จากสีและรูปแบบที่เปลี่ยนไปของยา เช่น

4.1 เตตราไซคลินที่หมดอายุ สีของยาภายในแคปซูลจะเปลี่ยนจากสีเหลืองนวลเป็นสีน้ำตาล หรือน้ำตาลไหม้ซึ่งถ้ากินเข้าไปอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้เพราะยาจะไปทำอันตรายต่อไต ทำให้เกิดไตวายได้

4.2 ยาเม็ดที่มีสีข้างหรือมีน้ำขุ่นหรือมีผลึกเกร็ด เกาะติดอยู่แสดงถึงยานั้นหมดอายุ

4.3 ยาน้ำ ถ้าเขย่าขวดแล้วตัวยาไม่ละลายไม่ควรใช้

4.4 ยาเม็ดแคปซูล ถ้าแคปซูลพองออก ปรีออกไม่ควรใช้

4.5 ยาที่อยู่ในรูปผงสำหรับละลายน้ำ เมื่อผสมยาแล้ว ห้ามใช้เกิน 2 สัปดาห์ เพราะยาอาจเสื่อมคุณภาพ

5. น้ำที่ใช้กินกับยา ควรเป็นน้ำสะอาดที่ต้มเย็นแล้ว ไม่ควรกินยาพร้อมเครื่องดื่มใดๆ เพราะน้ำเป็นตัวทำละลายที่ดีที่สุด และมีฤทธิ์เป็นกลาง ไม่มีปฏิกิริยากับยาเช่น น้ำร้อน น้ำชา กาแฟ เพราะความร้อนอาจทำให้ยาเสื่อมได้ยาในกลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillin) ถ้ากินพร้อมกับน้ำผลไม้ เช่น น้ำส้มคั้นจะทำให้ยาถูกทำลายและออกฤทธิ์ได้น้อยลง

อันตรายจากการใช้ยา

อันตรายจากการใช้ยามีสาเหตุใหญ่ 3 ประการคือ การใช้ยา(ผู้ใช้ไม่มีความรู้), ลักษณะของยาไม่ดี (เนื่องจากการผลิตและการเก็บ), พยาธิสภาพของผู้ใช้ยา (กำพล ศรีวัฒนกุล.2534 : 29-31)

1. อันตรายจากวิธีการใช้ยา

1.1 ใช้ยาผิด

ไม่ถูกคน ยาคุมกำเนิดใช้เฉพาะผู้หญิง ถ้าผู้ชายเอาไปใช้จะไม่ได้ผลในทางคุมกำเนิด ยาสำหรับเด็กถ้าผู้ใหญ่เอาไปกิน ทำให้ได้ยาไม่ครบขนาด เกิดอันตรายคือ โรคไม่หายขาด ถ้าเป็นยาปฏิชีวนะ ก็จะทำให้เชื้อดื้อยา เด็กๆ โดยเฉพาะเด็กแรกเกิดมีระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ เจริญเติบโตไม่เต็มที่ เช่นการทำลายยา,การกำจัดยา,การตอบสนองต่อยา จึงไม่เหมือนของผู้ใหญ่ ดังนั้นการให้ยาบางชนิดจะต้องให้ด้วยความระมัดระวัง เช่น ยาซัลฟา,วิตามินเค,คลอแรมเฟนิคอล และเตตราไซคลิน เวลาจะใช้ยาต้องดูให้ดีๆว่าจะใช้กับใคร ผู้หญิงหรือผู้ชาย เด็กหรือคนแก่ ไม่ถูกโรค เช่น เป็นหวัด กินยาปฏิชีวนะ ตัวร้อน ก็กินยาปฏิชีวนะ โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุจริงๆ ของโรค มักทำให้โรคไม่หายขาด เชื้อดื้อยา

ไม่ถูกวิธี ยาเหน็บช่องคลอดบางชนิดทำเป็นรูปขี้ผึ้งแบน ถ้าไม่ทันสังเกตเอาไปใช้กินก็ไม่ได้ผลในการรักษา ยาหยอดตาต้องสะอาด ปราศจากเชื้อ ถ้าเอาหยอดหูไปหยอดตาแทน อาจเป็นอันตรายต่อตาได้ ยาที่กินหลังอาหารส่วนมาก รับประทานก็เพราะถ้าเอาไปใช้กินก่อนอาหาร ทำให้เป็นแผลในกระเพาะได้

ไม่ถูกขนาด โดยทั่วไปฤทธิ์ของยาจะขึ้นอยู่กับขนาดของยา ถ้าได้รับยาน้อยเกินไปจะไม่ได้ผลในการรักษา ถ้าได้รับยามากเกินไปก็จะเกิดอาการพิษ อาการพิษส่วนใหญ่ จะเกิดจากการใช้ยาเกินขนาด พบร้อยละ 70-80 ของอาการพิษทั้งหมดบางครั้งล้มกินยาไป 1 ครั้ง (เช่นยาคุมกำเนิดหรือยาปฏิชีวนะ)ไม่ต้องกินจนตลอดไปเป็น 2 เท่า เพราะไม่มีประโยชน์ในการรักษา แต่กลับจะมีโทษคือเป็นพิษ ระยะเวลาไม่เพียงพอหรือมากเกินไป ยาปฏิชีวนะ ถ้าให้ยาเพียง 1-2 วันยังไม่พอเพียงพอที่จะทำลายเชื้อโรคทำให้เชื้อที่เหลือคือยาต้องใช้ยาที่แรงกว่าเดิมซึ่งมักมีอันตรายมากกว่า และราคาแพงกว่า

ใช้ยาไม่ถูกช่วงเวลา ยาบางชนิดเช่น ยาแก้แพ้ จะมีฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้วังงนอนมากถ้ากินในระหว่างขับรถ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรอาจเกิดอุบัติเหตุได้

1.2 อันตรายจากการถอนยาบางชนิดทันที จะทำให้เกิดโรคข้างเคียงหรือโรคใหม่ตามมา ตัวอย่าง เพรณิโซโลน ถ้าให้ติดต่อกันนานๆ ทำให้ต่อมหมวกไตหยุดสร้างฮอร์โมนพวกนี้ หรืออาจฝ่อไปเลย เมื่อหยุดยาทันที ร่างกายจะขาดฮอร์โมนอย่างกระทันหัน ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ร่างกายขาดน้ำ ขาดเกลือ ทางแก้คือ เมื่อได้ผล

ในการรักษาเต็มที่แล้วต้องค่อยๆ ลดขนาดของยาลงทีละน้อยจนสามารถถอนยาได้

1.3 อันตรายจากการใช้ยาาร่วมกันหลายขนาน หรือรวมกับอาหารบางชนิด การใช้ยาหลายๆ ตัวในการรักษาโรคในเวลาเดียวกัน บางครั้งก็ไม่เกิดอันตรายนรุนแรง บางครั้งยาอาจต้านฤทธิ์กันเอง ทำให้ไม่มีผลในการรักษาและเกิดคือยา ตัวอย่างที่เห็นชัดที่สุดคือการใช้ยาปฏิชีวนะร่วมกัน ระหว่างเพนิซิลลิน กับ เตตราไซคลินบางครั้งการใช้ยาาร่วมกันอาจเสริมฤทธิ์กันเอง ทำให้ยาออกฤทธิ์เกินขนาดจนเกิดอาการพิษถึงตายได้

ยาบางอย่างอาจเกิดผลเสียได้ เมื่อผู้ใช้ยาได้รับของแสลง เช่น อาหารบางอย่าง เครื่องดื่ม เหล้าและบุหรี่คนที่ใช้ยากดประสาทเป็นประจำถ้าดื่มสุราด้วย จะยิ่งทำให้ฤทธิ์การกดประสาทมากขึ้น อาจถึงขั้นสลบและตายได้ คนไข้มีอาการหืดหอบที่ได้รับธีโอฟิลลีน และดื่มน้ำชา กาแฟร่วมด้วยจะเพิ่มฤทธิ์การกระตุ้นประสาททำให้นอนไม่หลับ คื่นคังใจง่าย

2. อันตรายจากตัวยา แม้เราจะใช้ยาอย่างถูกวิธี, ถูกขนาดแล้วก็ตาม ถ้ายาที่ใช้ไม่มีคุณภาพในการรักษา จะก่อให้เกิดพิษหรือแพ้ยาได้ เช่น

2.1 เนื่องจากการเก็บยาที่ผลิตได้มาตรฐานจากโรงงาน ถ้าเก็บไม่ถูกวิธีจะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ หรือเสียไปเกิดผลเสียต่อผู้ใช้ เช่น ยาประเภทชีวสาร ตัวอย่างเช่น วัคซีนต้องเก็บในตู้เย็น ถ้าเก็บในตู้ธรรมดาจะเสื่อมคุณภาพเมื่อนำไปใช้จะไม่ได้ผล หรือโรคบางโรคถ้ารักษาไม่ทันการอาจตายได้ ยาส่วนมากไม่ควรถูกความร้อน เพราะทำให้ยาเปลี่ยนสภาพ เช่น เตตราไซคลินเก็บไว้นานๆ หรือถูกความร้อนและแสง จะเสียเร็ว เปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีน้ำตาลถ้ากินจะเกิดอันตรายต่อไต ปัสสาวะมีโปรตีน (ไข่ขาว) คลื่นไส้ อาเจียนระคายเคืองกระเพาะอาหารมาก

ยาปฏิชีวนะ มีอายุการใช้จำกัด ถ้าเก็บไว้นานเกินไปคุณภาพลดลง ส่วนพิษ เพิ่มขึ้น เพราะฤทธิ์ในการทำลายเซลล์ของร่างกายจะเพิ่มขึ้น

แอลกอฮอล์ถ้าถูกความร้อน แสง และความร้อน จะทำให้เปลี่ยนสภาพเป็นกรดซัลฟิสิก มีฤทธิ์กัดกระเพาะอาหารอย่างรุนแรงไม่ได้ผลในการรักษาและยังเกิดกระเพาะทะลุอีกด้วย

2.2 เนื่องจากการผลิต อันตรายที่สำคัญยิ่งในบ้านเราคือยาหลายชนิดที่ผลิตในประเทศ มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐานทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรอาจเกิด เนื่องจาก ใช้วัตถุดิบไม่เข้ามาตรฐาน ขบวนการผลิตไม่ถูกต้อง นอกจากนี้พบว่ายาหลายชนิดมีการปะปนของเชื้อจุลินทรีย์ทำให้ผู้ที่ใช้ยาได้รับเชื้อโรคอื่นเข้าไปโดยไม่รู้ตัว นอกจากโรคเดิมจะไม่หายแล้วยังเพิ่มโรคอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาน้ำเชื่อม หรือยาเม็ดที่มีน้ำตาลหรือแป้ง จะเป็นอาหารอย่างดีให้เชื้อจุลินทรีย์เจริญเติบโต

คำหรับยาที่ใช้ไม่เหมาะสมเป็นยาสูตรผสมหลายๆ ตัวในตำรับเดียว ทำให้เกิดยาตีกัน ตัวอย่าง คาโอลินและเพคติน ถ้าใส่ในโอมัลชินด้วย ยา 2 ตัวแรกจะดูดซับยาตัวหลังไว้ ทำให้โอมัลชินไม่สามารถออกฤทธิ์ได้

ถ้าวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตมีคุณภาพต่ำนอกจากจะทำให้ยาไม่ได้มาตรฐานแล้ว อาจมีวัตถุดิบปนปลอมออกมา เช่น โลหะหนักที่เป็นพิษ ถ้ามีตะกั่วปนมาทำให้กล้ามเนื้อเปลี่ยน หรือถ้ามีปรอทปนมา ก็เกิดอันตรายต่อระบบประสาททำให้เกิดอาการอัมพาต ฯลฯ ไม่มีความรู้สึก

ยาที่ผลิตจากขบวนการผลิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น การอบยาไม่แห้งพอ ยาขึ้นเกินไป จะทำให้ได้ยาที่เสียบเร็ว ขึ้นรา เก็บได้ไม่นาน บางครั้งโรงงานยาต้องรับคืนหรือเรียกเก็บยาเหล่านี้ไปผลิตซ้ำใหม่ เช่น เคมีเสียให้ดูขนาด เคมีหลายๆสี แต่งกลิ่นและรสให้เข้มข้นเพื่อกลบรสยาเค็ม แล้วนำออกมาขายใหม่ในราคาถูก คนที่นำไปใช้จะไม่รู้เลยว่ายานั้นเสื่อมสภาพ เกิดอันตรายอย่างใหญ่หลวง ขนาดยาที่ได้มาตรฐานเมื่อใช้ผิดยังเกิดอันตรายร้ายแรง ถ้าพบยาเสื่อมสภาพโดยไม่รู้ตัว รวมกับการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง อันตรายนี้อาจเกิดมากขึ้นเป็นหน้าที่สำคัญของเภสัชกรผู้ทำการผลิตและควบคุมคุณภาพในโรงงานจะต้องใช้จรรยาบรรณของตนเองควบคุมคุณภาพยาให้เข้ามาตรฐาน รวมทั้งผู้ที่ซื้อยาขายและผู้ที่ใช้ยาควรเลือกซื้อจากโรงงานที่ไว้ใจได้ และพยายามหลีกเลี่ยงการสั่งซื้อยาที่มีสีสันฉูดฉาดหรือยาสูตรผสมหลาย ๆ ตัว

3. อันตรายจากพยาธิสภาพของผู้ใช้ยา และองค์ประกอบทางพันธุกรรม ยาบางชนิดถ้าให้กับคนบางคน จะได้ผลในการรักษาไม่มีอาการพิษใดๆ แต่ถ้านำมาใช้กับคนบางคนหรือบางเชื้อชาติ กลับมีอาการพิษขึ้นมาได้ อาการพิษที่เกิดขึ้นนี้พบว่าเนื่องจากความผิดปกติของพันธุกรรม ทำให้มีการตอบสนองตัวยาผิดไป ตัวอย่างคนนิโกร ชาดเอ็นซัมที่จะทำลายยาไอโซไนอาซิด ถ้ากินยานี้ในขนาดเท่าคนปกติ จะแสดงอาการพิษออกมา เกิดประสาทอักเสบ,นอนไม่หลับ คนบางคนถ้าได้รับยาแก้ไข้มาลาเรีย ชื่อไพรมากวิน จะเกิดโลหิตจาง เพราะเม็ดโลหิตแดงแตกได้ อันตรายจะเกิดกับคนบางคนเท่านั้น ในคนไข้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับตับหรือไต จะมีความสามารถในการขับถ่ายยาลดลง ต้องระวังการใช้ยาอื่นๆ อีกขึ้น

อันตรายจากการใช้ยาจะก่อให้เกิดพิษดังต่อไปนี้

1. แพ้ยา

2. อาการข้างเคียง หรือฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากจะมีผลในการรักษา ยังมีฤทธิ์ที่ไม่ต้องการ โดยปกติอาการนี้ จะไม่เป็นอันตรายมากนัก (ดูเรื่องฤทธิ์และอาการไม่พึงประสงค์)

3. การติดยา ยาบางชนิดถ้าใช้ไม่ถูกต้อง ใช้เป็นเวลานานๆ ร่างกายจะติดยาถ้าหยุดยา จะเกิดอาการผิดปกติขึ้น ยาที่มีผลทางนี้มากที่สุดคือยาที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ มอร์ฟีน, บาร์บิทูเรท, แอมเฟตามีน, ยากดประสาท, กล่อมประสาท, ระวังประสาท เอพิซี ฯลฯ

4. คื้อยา ที่พบมากที่สุดคือ ยาปฏิชีวนะ ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง ใช้ผิดๆ จะก่อให้เกิดอันตรายอย่างหนึ่งคือ เชื้อที่ถูกทำลายไม่หมดจะพัฒนาตนเองจนสามารถต่อต้านยาตัวเก่าได้ เมื่อใช้ยาตัวเดิมในคราวต่อมาจึงทำลายเชื้อไม่ได้ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาตัวใหม่ยากดประสาทถ้าใช้ไปนานๆ ร่างกายจะเคยชินต่อยา ต้องเพิ่มขนาดขึ้นไปเรื่อยๆ จนในที่สุด ขนาดมากเกินไปจนเป็นพิษได้

5. พืชของยา เกิดเมื่อได้รับยาเกินขนาด พืชของยาโดยมากจะเกี่ยวข้องกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา แต่เป็นฤทธิ์ในระดับที่รุนแรงกว่าถึงขั้นเป็นพิษพอจะสรุปได้ดังนี้

5.1 ยาบางอย่างเมื่อกินแล้วทำให้เกิดอาการไข้ ทำให้คิดว่าโรคกำเริบ ถ้าหยุดยาลัก 2-3 วัน อาการไข้จะหายไปเอง

5.2 เกี่ยวกับการสร้างเม็ดเลือด และส่วนประกอบของเลือด ชาลลอแรมเฟนิคอล, อินโดเมทาซิน, เฟนิลบิวตาโซน, ไคแลนดินและยารักษาโรคมะเร็ง จะยับยั้งการทำงานของไขกระดูก ทำให้ทั้งเม็ดเลือดแดงและขาวลดลงอย่างมาก ร่างกายอ่อนแอ ติดเชื้อง่าย โลหิตจาง ถ้าเกิดเจ็บพลันจะตายได้ ยาไพรมากวิน ทำให้เม็ดโลหิตแดงสลายตัวได้ง่ายจะทำให้เกิดโลหิตจางได้ อะมิโดพิบริน และ ไคพิโรนพบว่ามีส่วนต่อส่วนประกอบของเลือดอย่างมาก

5.3 ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการทางสมอง เช่นการใช้แอมเฟตามีน ทำให้ปวดหัว สมองถูกกระตุ้นเกินควรนอนไม่หลับ กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข ชักส่วนขาดประสาทพาร์บิเตรท ถ้าใช้ไปนานๆ ทำให้เกิดอาการ ง่วงซึม ,อาการเศร้า, อยากฆ่าตัวตาย

5.4 ผลต่อระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด เกิดจากยากระตุ้นหัวใจ,ยาแก้หอบหืด ทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

5.5 อาการหูหนวก หูตึง จากการใช้นานามัยซิน,สเตรีปโตมัยซิน และนีโอมัยซิน

5.6 ทำลายไตหรือลดการทำงานของไต กลุ่มยาซัลฟาอาจตกตะกอนในไต ทำให้ไตอักเสบ ทางแก้ไขคือ ดื่มน้ำมากๆ เวลากินยา ยาฟิनाซีดิน,กานามัยซิน,และสเตรีปโตมัยซิน จะทำให้ไตเสื่อม

5.7 เกิดแผลในกระเพาะอาหาร เช่นเพร็ดนิโซโลน แอสไพริน,เด็กซาเมธาโซน,อินโดเมทาซิน ถ้ากินขณะท้องว่าง และกินบ่อยๆ จะทำให้เป็นแผลได้ถ้าคนเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบอยู่แล้วจะทำให้อาการกำเริบ

5.8 ความพิการต่อทารกหลังคลอด ยาหลายชนิดที่แม่กินระหว่างตั้งครรภ์เช่น ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน,ยาไคแลนดิน (รักษาโรคลมชัก),ยาซาลิโดไมด์,จะทำให้เด็กที่คลอดออกมามีความพิการต่างๆ เช่น มือกุด,แขนด้วน,เพดานโหว่ และริมฝีปากแหว่ง แม่จะกินยาอะไรระหว่างตั้งครรภ์ต้องนึกถึงลูกเสมอ การแพ้ยา การแก้ไขและองค์ประกอบที่ทำให้แพ้ยา การแพ้ยาเป็นอันตรายของการใช้ยาที่ควรคำนึงถึงอย่างหนึ่งโดยทั่ว ๆ ไปแล้วพืชของยาจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณยาที่กินเข้าไป และขึ้นกับคุณสมบัติทางเคมีของยานั้นด้วย ดังนั้นเราอาจจะคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้จากลักษณะของยา และขนาดของยาที่กินเข้าไปในทางตรงกันข้ามการแพ้ยาจะไม่เกี่ยวกับขนาดของยา และไม่สามารถคาดการณ์ได้เลยว่าจะเกิดกับใครบ้าง

ความหมายทั่วไปของยาชุด

ยาชุด หมายถึง ยาที่ผู้ขายจัดรวมกันเป็นชุดให้ผู้ซื้อ โดยมียาหลายๆ ชนิดที่มีรูปแบบและสีสรรต่างๆ กัน บรรจุรวมอยู่ในซองเดียว สำหรับรับประทานครั้งละ 1 ชุด แต่ละชุดอาจมียา 3-9 เม็ด จำนวนยาทั้งหมดจะรวมบรรจุในซองพลาสติกใส ที่ซองอาจมีการพิมพ์ชื่อยาชุดพร้อมคำบรรยายสรรพคุณและวิธีใช้หรืออาจพิมพ์บนแผ่นกระดาษต่างหากแล้วนำมาเย็บติดกับซองยานำออกจำหน่ายในราคาชุดละ 2-7 บาท (คณะกรรมการอาหารและยา.2532:226)

ยาชุด หมายถึง ยาที่ผู้ขายจัดรวมกันเป็นชุดให้กับผู้ซื้อสำหรับใช้รับประทานครั้งละ 1 ชุด รวมกันหมดโดยไม่แยกว่าชนิดใดควรรับประทานเวลาใด (นันทวุฒิ จันทรเจริญ.2524 : 19-24)

ยาชุด หมายถึง ยาที่ผู้ขายจัดรวมไว้เป็นชุดให้กับผู้ซื้อสำหรับใช้กินครั้งละ 1 ชุด รวมกันหมด โดยไม่แยกว่าเป็นยาอะไร ควรกินเวลาไหน โดยทั่วไปมักจะมียา 3-5 เม็ด หรืออาจมากกว่า มีหลายสีบรรจุรวมกันในซองพลาสติกเล็กๆ อาจมีฉลากบอกสรรพคุณไว้เสร็จหรือไม่ก็ไม่ได้ (จิระภา ตันทยารักษ์. 2536 : 10)

ยาชุด หมายถึง ยาหลายชนิดรวมกัน ส่วนใหญ่เป็นยาเม็ด และแคปซูล สำหรับกินมักประกอบด้วยยาชุดละ 2-4 เม็ด หรือมากกว่า ในการจัดยาชุดอาจจัดทันทีที่ผู้ป่วยมาปรึกษาอาการหรือจัดมาเป็นชุดสำเร็จรูป ทั้งมีบริการขายส่งถึงร้านชำต่าง ๆ (สำลี ใจดี และคณะ.2523 : 51)

ยาชุด มักจะบรรยายสรรพคุณของยาชุดเกินความจริง หรือมีลักษณะรักษาได้แบบครอบจักรวาล พร้อมกับการตั้งชื่อที่โอ้อวดหรือหลอกลวงเพื่อดึงดูดความสนใจของผู้ซื้อ เช่น ยาชุดแก้ไข้หวัดใหญ่ (ชนิดแทนนิน) ยาชุดกระจายเส้น (สูตรใหม่ไร้เทียมทาน) ยาหมอนวดดึงเส้นอย่างแรง ชนิดพิเศษ ยาบำรุงแทนนิน หรืออาจจะมีการตั้งชื่อเฉพาะ เช่น ยาประคองเลือดยาแก้ชอกเป็นต้น (คณะกรรมการอาหารและยา. 2532 : 226) ซึ่งโดยทั่วไปยาชุดมักจะประกอบด้วยยาพวกสเตียรอยด์ ยาต้านอักเสบ ยาแก้ปวด และยาอื่นๆ ซึ่งทำให้มีการเสริมฤทธิ์กันมากขึ้น บำบัดการเจ็บป่วยได้ทันทีและมีประสิทธิภาพให้ผู้ซื้อเห็นผล จะได้มาซื้ออีกหากมีอาการเจ็บป่วยขึ้น แต่ไม่คำนึงว่าจะเกิดผลเสียโดยเกิดอันตรายต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากฤทธิ์ยา (พัชรา กาญจนรัมย์. 2526 : 43)

คณะกรรมการอาหารและยา ได้จัดลักษณะของยาชุด เป็น 2 แบบคือ

แบบที่ 1 เรียกว่า ยาชุดสด คือ ยาชุดที่จัดกันต่อหน้าคนไข้ขณะที่มาขอซื้อยาเป็นรายๆ ไปตามอาการของโรคที่ผู้ซื้อบอกจัดแล้วอาจบรรจุในซองที่พิมพ์ข้อความไว้แล้วหรือบรรจุในซองพลาสติกใส ที่ไม่แสดงข้อความบนซองก็ได้

แบบที่ 2 เรียกว่า ยาชุดแห้ง คือยาชุดที่ผู้จัดมีสูตรอยู่แล้วว่ายาชุดชื่ออะไร จะใช้ยาอะไรกี่เม็ด ซึ่งยาชุดแบบนี้มักจะมียามากชนิดเป็นสำคัญ เพื่อให้เป็นยาชุดที่รักษาได้หลายโรค จัดแล้วเก็บไว้เป็นจำนวนมากๆ ทั้งขายในร้านและส่งไปขายตามร้านขายของชำอีกทีหนึ่ง ยาชุดแบบนี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างมาก เพราะการจัดยาไว้หลายเม็ดเพื่ออาการของโรคหลายๆ

อาการ ผู้ใช้ยาชุดจะได้รับยาที่เกินจำเป็น หากผู้จัดบรรจุยาสรรพคุณไว้บนซองอย่างวิจิตรพิสดารแล้ว ก็ก่อให้เกิดปัญหาในการใช้ยาในทางที่ผิดอีกมาก

อันตรายจากยาที่ประกอบเป็นยาชุดหรือจากการใช้ยาชุด (คณะกรรมการอาหารและยา. 2532 : 227)

1. อันตรายจากยาชุดที่มียาปฏิชีวนะอาจเกิดขึ้นมีดังนี้
 - 1.1 เชื้อโรคคือยา เพราะใช้ยาไม่ครบจำนวน
 - 1.2 อาจเกิดการแพ้ยา
 - 1.3 พิษที่ตามมาหลังรับประทานยา เช่น อาจทำให้เกิดโรคโลหิตจาง แผลในกระเพาะอาหาร อาการพิษต่อตับไต ไชกระดูกฝ่อ เม็ดเลือดแดงเป็นต้น
2. อันตรายจากยาชุดที่มียาควบคุมพิเศษตามประกาศฯ มักพบว่าทำให้เกิดพิษต่อร่างกายอย่างรุนแรงและรวดเร็วเช่น ทำให้หน้าบวม ความดันโลหิตสูงเป็นแผลในกระเพาะอาหาร เป็นเบาหวาน กระดูกผุ เป็นวัณโรคได้ง่าย เป็นโรคติดเชื้อรุนแรงเป็นต้น
3. อันตรายจากยาชุดที่มีวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ทำให้วังงวมเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ถ้าวรับประทานระหว่างขับรถหรือทำงาน และอาจเสพติดได้
4. อันตรายจากยาชุดที่มีหลายเม็ด และแต่ละเม็ดรักษาโรคและอาการต่างกัน ทำให้ร่างกายที่เป็นโรคเพียงเล็กน้อยได้รับยาเกินจำเป็น ซึ่งยาที่เกินจำเป็นนั้น อาจจะก่อให้เกิดพิษจากยาแต่ละชนิด
5. ยาที่จัดทำเป็นยาชุดอาจจะปนด้วยยาเสื่อมคุณภาพ ยาหมดอายุการใช้ หรือยาปลอม บางครั้งเพียงจัดให้มีหลายๆ เม็ด เพื่อจะได้ดูว่าเป็นยาชุดที่ขายได้เหมาะสมแก่ราคา นอกจากการรักษาโรคไม่ได้แล้ว ยังอาจทำให้อาการทรุดหนักยิ่งขึ้น
6. การจัดยาชุดที่ผู้จัดไม่มีความรู้พอ อาจจัดยาที่เสริมฤทธิ์กัน ทำให้ร่างกายได้รับยาเกินขนาด หรือยาด้านฤทธิ์กันก็จะทำให้การรักษาไม่ได้ผล และอาจเกิดพิษของยาตามมามาก
7. การใช้ยาชุดที่จัดไว้หลายๆ เม็ด ราคาข่มแพง นอกจากร่างกายได้รับยาเกินขนาดแล้ว ยังต้องเสียเงินซื้ออีก หากฤทธิ์ยาทำให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายก็ต้องเสียเงินรักษาอาการนั้นอีก

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

สแตนเบิร์ก (Steinberg, 1978 : 86 - 92) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงเหตุผลในการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้มาก มักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีการศึกษาต่ำ เป็นโสด หรือหม้าย หรือแยกกันอยู่ และมีโรคเรื้อรังหลายโรค

แจ็กสัน (Jackson, 1982 : 2790 B) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการสืบสวนพฤติกรรมการใช้ยาโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ภายในครอบครัว (An Investigation of Prescribed and Nonprescribed Medicine Use Behavior within the Family Context) โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาลักษณะพิเศษที่สามารถสังเกตเห็นได้ของแต่ละบุคคล และลักษณะของสภาพครอบครัว ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 645 ครอบครัว โดยที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 เป็นกลุ่มที่ใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ และร้อยละ 20 เป็นกลุ่มซึ่งใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ร้อยละ 80 ของกลุ่มผู้ใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ และร้อยละ 57 ของกลุ่มผู้ใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ให้คำตอบว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยา และนอกจากนั้นยังพบว่า อายุมีส่วนสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ และถ้ามีสมาชิกในครอบครัวใดใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์มาก่อน แล้วจะทำให้สมาชิกมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์เพิ่มขึ้น ภายในครอบครัวนั้นด้วย แม้ว่าครอบครัวและตัวบุคคลจะเป็นตัวแปรสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยากก็ตาม ก็ยังไม่สามารถสรุปผลทั้งหมดได้ เพราะยังมีตัวแปรอื่น ๆ อีกมากมายที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างกัน ตัวแปรที่ศึกษานี้ ก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งของตัวแปรอีกหลาย ๆ ตัวแปรเท่านั้น

กูเริบ์ (Gutierrez, 1982 : 2038B) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณลักษณะที่เป็นสาเหตุให้สตรีใช้ยาในทางที่ผิด (An Attributional Approach to Female Drug Abuse) โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ ประการแรก เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในตนเองที่อยู่ในระดับต่ำ ข้อสมมติฐานที่ว่า ผู้ใช้ยาในทางที่ผิดจะมีลักษณะที่อ่อนแอ อย่างเห็นได้อย่างชัดเจน ประสพการณ์ชีวิตทั้งในทางที่ประสบผลสำเร็จด้วยดีหรือล้มเหลวก็ตาม อาจเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาในทางที่ผิดได้ และยาเหล่านั้นก็สามารถหาซื้อได้ง่ายอีกด้วย ประการที่สอง หลังจากที่ได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานหลาย ๆ เดือน โดยเฉพาะการรักษาผู้ที่ใช้ยาในทางที่ผิดนั้น ในกลุ่มของเพศชายผู้ที่ใช้ยาผิดจะมีลักษณะที่ไม่แตกต่างไปจากกลุ่มปกติมากนัก แต่สำหรับในกลุ่มเพศหญิงนั้นแล้ว จะมีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มผู้ใช้ยาผิด และกลุ่มปกติซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาในกลุ่มของเพศหญิงนั้นดีกว่าเพศชายนอกจากข้อสมมติฐาน ทั้ง 2 ประการแล้ว ยังใช้วิธีการประเมินลักษณะความอ่อนแออีกหลายวิธี และพบว่าในกลุ่มสตรีที่มีการใช้ยา ในทางที่ผิดมีคะแนนของคุณลักษณะความอ่อนแอสูงผลสำเร็จในชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ จะมีสาเหตุมาจากสิ่งภายนอกและสาเหตุที่ไม่แน่นอนมั่นคง แต่ความล้มเหลวในชีวิตนั้นมีสาเหตุที่เกิดจากภายใน และเป็นสาเหตุที่มี

ความแน่นอนนั้นคงมากกว่าในกลุ่มผู้ใช้ยาในเพศชายหรือผู้ที่ไม่เคยใช้ยาผิดทั้ง เพศชาย และเพศหญิงก่อนที่จะมาทำการรักษา ส่วนคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ที่มีการใช้ยาในทางที่ผิดนั้นจะต่ำกว่าคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ที่ไม่มีการใช้ยาในทางที่ผิดโดยไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานภาพทางเพศทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีการใช้ยาในทางที่ผิดไม่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านคุณลักษณะต่าง ๆ ของเขาภายหลังจากรับการรักษาแล้ว แต่ไม่มีความเปลี่ยนแปลงในด้านของความเชื่อมั่นตนเองมากขึ้น

แดมม์ (Damm. 1990 : 146) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยเป็นการศึกษาที่เน้นเกี่ยวกับการเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิตเพื่อที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาโดยใช้ตัวอย่างประชากรคือ นักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาจำนวน 22 คน และนักศึกษาจากสาขาวิชาอื่นๆ ที่ไม่ใช่พลศึกษาจำนวน 30 คน มาเข้ากลุ่มเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิต โดยมีโปรแกรมในการเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิตนี้ 13 โปรแกรม จะเน้นการสอนเกี่ยวกับเรื่องความรู้ความเข้าใจ แบบแผนพฤติกรรม การใช้ยา และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาหลังจากการฝึกอบรมความรู้ในเรื่องดังกล่าวแล้วจะมีการตอบแบบคำถามตามเนื้อหาที่เรียนซึ่งจะทำในสัปดาห์ที่ 1, 8 และ 13 เพื่อทดสอบความก้าวหน้าในเรื่องความรู้ของนักศึกษาพลศึกษา เปรียบเทียบกับนักศึกษาสาขาอื่น ๆ เกี่ยวกับเจตคติการใช้ยา ความรู้ ความเข้าใจต่าง ๆ ผลการศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ทักษะการเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิตครั้งนี้ ในเรื่องการใช้ยา เจตคติในการใช้ยาของนักศึกษาไม่มีความแตกต่างกันมากนักในนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม แต่จากการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิตในครั้งนี้ให้ผลเป็นที่น่าพอใจซึ่งควรจะมีการนำเอาการจัดการเรียนการสอนแบบเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิตแบบนี้ไปใช้ในการศึกษาในวิชาอื่นๆ ด้วย

โฮบ (Hope. 1993 : 128) ได้ศึกษาถึงเรื่องความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและพฤติกรรมของนักเรียนในเรื่องการใช้ยาและแอลกอฮอล์ (The Effects of a Risk on a Student's Knowledge, Attitudes, and Behavior Concerning Drugs and Alcohol) โดยทำการศึกษา นักเรียน จำนวน 470 คน ในนักเรียนเกรด 7 โดยแยกศึกษาตามเพศของนักเรียน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิงจะมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการใช้ยาและแอลกอฮอล์แตกต่างกัน โดยนักเรียนหญิงจะมีเจตคติในการใช้ยาและแอลกอฮอล์ดีกว่านักเรียนชาย ส่วนนักเรียนชายจะมีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมในการใช้ยาและแอลกอฮอล์ได้ดีกว่าเด็กนักเรียนหญิงจากผลการศึกษาข้างพบอีกว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ เกิดเจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการใช้ยาและแอลกอฮอล์ในเด็กนักเรียนมี 6 ปัจจัยที่สำคัญคือ

1. การยับยั้งชั่งใจของตนเอง
2. สถาบันการศึกษา

3. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาและแอลกอฮอล์ของตัวนักเรียน
4. เจตคติที่ดี
5. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
6. แรงผลักดันจากเพื่อน

การวิจัยในประเทศไทย

มนตรี กัมพรตันชัย (2530 : 15 - 19) ได้ทำการสำรวจการใช้ยาสูบของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนพัฒนานคร จังหวัดปราจีนบุรี ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยเพศหญิงนิยมใช้ยาสูบมากกว่าผู้ป่วยเพศชายโดยผู้ป่วยเพศหญิง ใช้ยาสูบ ถึงร้อยละ 60 ทั้งนี้ผู้ป่วยเพศชายใช้ยาสูบเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น
2. ผู้ป่วยที่ใช้ยาสูบอยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 25 - 29 ปี มีมากที่สุดถึงร้อยละ 15.4 รองลงมาคือ ผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 30 - 34 ปี มีร้อยละ 11.2 และผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 20- 24 ปี มีร้อยละ 10.6 จะพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ใช้ยาสูบรวมกันทั้งสิ้นถึงร้อยละ 86.4 ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนมาก เป็นที่น่าสังเกตว่าเด็กเล็กในกลุ่มอายุ 1-9 ปี ก็ยังใช้ยาสูบร้อยละ 1 และผู้สูงอายุเกิน 70 ปี ก็ยังใช้ยาสูบอยู่ร้อยละ 5.2
3. ผู้ป่วยที่ใช้ยาสูบมีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดถึงร้อยละ 82.1 รองลงมาได้แก่อาชีพรับจ้าง ซึ่งพบร้อยละ 9.8
4. จำแนกยาสูบออกเป็น 7 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาสูบระบบทางเดินหายใจมากที่สุดถึงร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ ยาสูบแก้เมื่อยแก้ปวดร้อยละ 25.7 และยาสูบระบบสมองและประสาท ร้อยละ 15 ซึ่งยาสูบทั้ง 3 ประเภทนี้เมื่อคิดจำนวนผู้ป่วยที่ใช้รวมกันแล้วจะมากถึงร้อยละ 79.9 สังเกตว่าจำนวนยาสูบจะมากกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจใช้ยาสูบหลายชนิด
5. ชนิดของยาสูบในกลุ่มต่าง ๆ ของยาสูบที่ผู้ป่วยใช้
 - 5.1 ในกลุ่มยาสูบระบบทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยใช้ยาสูบแก้ไอหืดมากที่สุดถึงร้อยละ 95.2 ส่วนยาสูบอื่น ๆ ใช้น้อยมาก
 - 5.2 ในกลุ่มยาสูบแก้เมื่อยแก้ปวด พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาสูบแก้ไข้มากที่สุดถึงร้อยละ 73.6 รองลงมาคือ ยาสูบประคอง 108 ร้อยละ 14.6
 - 5.3 ในกลุ่มยาสูบระบบสมองและประสาท พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาสูบแก้วิงเวียนมากที่สุดถึง ร้อยละ 96 รองลงมาเป็นยาสูบนอนหลับร้อยละ 3.2
 - 5.4 ในกลุ่มยาสูบเจริญอาหาร พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาสูบบำรุงมากที่สุด ถึงร้อยละ 89.7
 - 5.5 ในกลุ่มยาสูบอื่น ๆ พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาสูบมาลาเรียมากที่สุดถึง ร้อยละ 50 รองลงมาเป็น ยาสูบแก้ท้องเสียร้อยละ 42.6

6. จะพบว่ามีการจำหน่ายยาชุดที่ร้านขายของชำในหมู่บ้านมากกว่าที่ร้านขายยาในตลาดอย่างเด่นชัด คือ จำหน่ายที่ร้านขายของชำในหมู่บ้านร้อยละ 69 จำหน่ายที่ร้านขายยาในตลาดร้อยละ 31 หรือประมาณ 2 เท่า จากข้อมูล ในแต่ละเดือนจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาชุดที่มีจำหน่ายตามร้านขายยามีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด

7. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาชุดนั้นน้อยกว่า 7 วันเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 87.1 รองลงมาคือ 7 - 15 วัน ร้อยละ 6 เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้ป่วยบางรายใช้ยาชุดติดต่อกันนานกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 1.9

8. พบว่าส่วนมากหลังจากผู้ป่วยใช้ยาชุดแล้ว ไม่มีอาการข้างเคียงร้อยละ 89 ที่ เป็นอาการข้างเคียงคือวิงเวียนศีรษะร้อยละ 5.1 และคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 3.4 ส่วนอาการอื่น ๆ ที่เป็นอาการข้างเคียงก็พบได้บ้างแต่น้อย

9. พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ใช้ยาชุดมีร้อยละ 12.6 สำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ได้ใช้ยาชุดร่วมด้วยมีถึงร้อยละ 87.4 แสดงว่าผู้ป่วยใช้ยาชุดเพียงผู้เดียวเป็นส่วนมาก โดยที่สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใช้ยาชุดด้วยเลย

สารณี ลิประเสริฐ (2531 : 173 - 74) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาแก้ปวดในประชากรวัยแรงงานโดยอาศัยข้อมูลจากการสำรวจที่ ตำบลคำนกจาก อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาแก้ปวดนั้นไม่สามารถแยกจากกันได้ โดยเด็ดขาด คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ในกลุ่มนี้ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการใช้ยาแก้ปวดโดยตรง ได้แก่อาชีพที่ต้องใช้แรงงานหนักไม่ว่าจะเป็นการทำงาน ทำไร่ กรรมกร ก่อสร้าง ถีบสามล้อ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ยาแก้ปวดเพื่อให้ตนเองสามารถทำงานเหล่านั้นต่อไปได้ ในกลุ่มนี้ จะมีประมาณร้อยละ 12 ที่มีการใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวัน ซึ่งจะมีอาการติดยาแก้ปวด เพื่อช่วยให้ต่อสู้กับสภาพของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่า มีการใช้ยาแก้ปวดกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และติดยามากด้วยเช่นกัน เนื่องจากเกิดการใช้ยาเป็นเวลานานจนมีความรู้สึกต้องกินยาจึงจะทำงานได้ดีขึ้น

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการใช้ยากันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ความคุ้นเคยต่อการพบเห็นการใช้ยาแก้ปวดในแต่ละวันจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน รวมถึงการโฆษณาต่าง ๆ จากการสนทนากับผู้ใช้ยา พบว่ามีการซื้อยากันเป็นจำนวนมากในช่วงที่มีการทำงานหนักร่วมกัน ตัวอย่างเช่น คำนาค้า เกษข้าว เป็นต้น เพื่อจะได้แบ่งปันกันกินขณะทำงาน นอกจากความคุ้นเคยสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวันแล้ว ความรู้เรื่องอันตรายของการใช้ยาผิดการใช้ยาเกินขนาด เป็นสิ่งที่ชาวบ้านไม่มีโอกาสได้รับทราบ ในรายละเอียดมากพอที่จะถ่วงดุลความต้องการใช้ยาให้ลดน้อยลงไป เมื่อเกิดอาการปวดเมื่อยจากการทำงานดังกล่าว

3. ปัจจัยด้านตัวยาในยาแก้ปวด ไม่มีการยืนยันถึงความแตกต่างในสรรพคุณของยาแก้ปวดแต่ละชนิดหรือยี่ห้อที่มีการใช้กันอยู่ทั่วไป แต่จากการสำรวจพบว่าชาวบ้านมีการใช้ยาแก้ปวดเป็น 3 พวกคือ

3.1 ใช้เมื่อมีอาการ ไม่สบาย ได้แก่ อาการเป็นไข้ ปวดหัวตัวร้อน มักจะใช้พาราเซตามอล หรือแอสไพรินจากกองทุนยา สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน

3.2 ใช้ประจำวันหรือในกรณีที่ต้องทำงานหนักกว่าปกติ มักได้แก่ ยาแก้ปวดชนิดซองและชนิดเม็ดที่มีวางจำหน่ายทั่วไป ตัวอย่างเช่น ทัมไมจิ ปวดหาย นูรา คาก้า และไวกุล เป็นต้น โดยมีทัมไมจิถูกใช้มากเป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยปวดหายเป็นอันดับสอง และนูรา เป็นอันดับสาม ซึ่งพบไม่มากเท่าทัมไมจิและปวดหาย ที่พบมากในกลุ่มที่ใช้ยา เป็นประจำยังไม่มีผลการทดลองและวิจัยได้ยืนยันถึงความแตกต่างของความนิยมในแต่ละยี่ห้อ

3.3 ไม่มีการใช้บ่อยนัก ได้แก่ ยาชุดแก้ปวดต่าง ๆ ยาชุดกระจายเส้นมักใช้ในคนสูงอายุ เมื่อมีอาการเคล็ดขัดยอก และปวดเมื่อยมาก ๆ เท่านั้น

กลุ่มเภสัชกรชุมชน (2532 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนกับบริการเภสัชกรรมชุมชนวิธีการศึกษาโดยการบันทึกการซื้อขายยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภทขายยาอันตราย ซึ่งมีเภสัชกรอยู่ประจำตลอดเวลาทำการ โดยสุ่มตัวอย่างร้านขายยาจากเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ใช้บริการที่ร้านขายยาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.20 ซึ่งมีอายุระหว่าง 26 - 45 ปี ร้อยละ 46.10 และโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคผิวหนัง และโรคทางเดินอาหาร

2. วิธีการซื้อยาส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 68.8 เป็นการซื้อยาเพื่อใช้เองที่เหลือเป็นการซื้อให้ผู้อื่นใช้

3. การซื้อยาส่วนใหญ่เป็น การบอกเล่าอาการป่วยให้เภสัชกรเป็นผู้เลือกยาให้ ร้อยละ 47.75 ผู้ซื้อระบุซึ่งยาที่ต้องการ ร้อยละ 29.17 ผู้ป่วยทราบชื่อยาจากการโฆษณา ร้อยละ 0.19 ผู้ป่วยนำตัวอย่างยามาซื้อ ร้อยละ 15.98 ผู้ป่วยมาขอยาชุด ร้อยละ 1.99 ผู้ป่วยขอซื้อยาของร้อยละ 3.27 ผู้ป่วยวินิจฉัยตัวเองว่าเป็นโรคอะไร ก่อนมาซื้อยา ร้อยละ 1.32 ผู้ป่วยมาซื้อยาตามใบสั่งของแพทย์ ร้อยละ 0.67

4. ในกรณีที่ซื้อยา พบว่า เภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาร้อยละ 51.19 การปฏิบัติตัวระหว่างที่ป่วย ร้อยละ 22.14 บอกอาการข้างเคียงของยาร้อยละ 8.67 บอกปฏิกิริยาของยากับยาอื่น หรืออาหารร้อยละ 3.06

ปริดา คีสุวรรณ และคณะ (2533 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรม

การใช้ยาของประชาชนในการรักษาตนเอง ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองแพร่ อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ผลการวิจัยพบว่า

1. โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่กลุ่มตัวอย่างใช้รักษาตนเองมากที่สุด คือ ไข้หวัด เจ็บคอ รองลงมาคือ โรคประสาท ปวดศีรษะ และปวดข้อ กล้ามเนื้อ ตามลำดับ
2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.43 มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมคือ
 - โรคหรืออาการที่ใช้รักษาตนเอง (ปวดข้อ และกล้ามเนื้อ)
 - ผู้ให้คำแนะนำ (ได้แก่ สื่อโฆษณา)
 - แหล่งข้อมูลคำแนะนำ (ผู้ขายยา)
 - แหล่งซื้อยา (ร้านขายของชำ)
 - รูปแบบยาที่ใช้ (ยาผลบรรเทา)
 - จำนวนขนานยาที่ใช้ (ใช้ยามากกว่า 3 ขนาน)
 - ลักษณะของการจัดยาที่ใช้ (จัดแบบยาชุด)
 - จำนวนวันที่ใช้ยา (ใช้ยาคิดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ และใช้มากกว่า 5 วันขึ้นไป)
 - ความรู้เรื่องยา (ความรู้เรื่องยาน้อย)
4. ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา คือ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา

ทวีเกียรติ เลหาะวีสันต์ และคณะ (2533 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม 5 กลุ่ม ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว และอยู่กินกับสามีในอำเภอสะเตา และอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมประเภทยาของลดไข้สำหรับเด็กสูงสุด ร้อยละ 78.81 และรองลงมาคือ ยาของเห็บสำหรับสตรี ร้อยละ 69.49
2. กลุ่มอาชีพที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมสูงสุด คือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 89.69
3. การศึกษาระดับประถมศึกษาซึ่งมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมสูงสุด ร้อยละ 87.23
4. ระดับครอบครัว และการได้รับข่าวสารไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

สุพัตรา ขาติบัญญัติ และคณะ (2533 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาแหล่งข้อมูลและการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : กรณีศึกษา 4 หมู่บ้าน เพื่อให้ทราบถึง กระบวนการตัดสินใจในการเลือกชนิดของยาเพื่อใช้รักษาตัวเอง ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ ที่ประชาชนได้รับเกี่ยวกับยา ซึ่งพบว่า กระบวนการตัดสินใจในการรักษาตนเองของชาวบ้านนั้น

เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เริ่มจากวินิจฉัยด้วยตนเองว่าป่วยหรือไม่ รุนแรงหรือไม่ ควรเลือกแหล่งรับบริการที่ไหนดี กรณี ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 13 ปีลงมา การตัดสินใจส่วนใหญ่จะอยู่ที่มารดา และญาติผู้ใหญ่ และในรายที่ อายุมากกว่า 20 ปี ก็จะตัดสินใจเองเป็นส่วนมาก แต่ในกรณีคนชรา การตัดสินใจจะอยู่ที่ลูกหลาน ส่วนผู้ป่วยในวัย 13 - 20 ปี พบว่ามีการตัดสินใจเองบ้างในบางครั้งของการเจ็บป่วยไม่รุนแรงในการรักษา ตนเองด้วยยานั้น การเลือกใช้ยามีองค์ประกอบหลายประการ เช่น ประสิทธิภาพที่เคยเป็น เคยพบ เคยได้ยิน ญาติหรือเพื่อนบ้านแนะนำ คุณสมบัติของยา หาได้ง่าย ตรงกับความต้องการในโรคหรืออาการที่เป็น ราคาเหมาะสม เป็นต้น

กล่าวหาญ กังคะพิลาส (2533 : 67- 69) ได้ศึกษาทัศนคติของประชาชนที่มี ต่อการซื้อยาแก้ปวดลดไข้รับประทานเอง ในตำบลหนองสารเคห อำเภอกอเสาะ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 69.36 รับจ้างร้อยละ 20.85 รับราชการร้อยละ 1.7 ค้าขายร้อยละ 7.23 ผลการวิจัยถึงทัศนคติในการใช้ยาแก้ปวด ลดไข้ คือ

1. มีผู้เห็นด้วยกับการกินยาแก้ปวดลดไข้ผสมเหล้าร้อยละ 32.34 เหตุผลคือ ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็ว ซึ่งเป็นทัศนคติที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ยาเป็นอย่างมาก เพราะยาแก้ปวดลดไข้บางชนิด เช่น แอสไพริน (Aspirin) มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารอยู่แล้ว เหล้ายังเป็นตัวทำให้เกิดอาการระคายเคืองมากขึ้น

2. มีผู้ไม่เห็นด้วยกับการเลิกกินยาแก้ปวดลดไข้เป็นประจำทุกวันร้อยละ 16.17 ซึ่งแสดงว่า ประชาชนเหล่านี้กินยาแก้ปวดลดไข้ทุกวัน ซึ่งเป็นสิ่งที่เกินความจำเป็น เพราะ การใช้ยาแก้ปวดลดไข้ ควรใช้เมื่อมีอาการไข้ บรรเทาอาการปวดเท่านั้น ถ้าไม่มีอาการ เหล้านี้ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มนี้ ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จึงแก้ปัญหาด้วยการไปใช้บริการ จากร้านขายยา ซึ่งร้านขายยาส่วนใหญ่ขายยาเป็นชุด จึงมียาที่เป็นส่วนผสมของยาที่เกิน ความจำเป็นและใช้โดยไม่รู้ว่ามิโทษ ซึ่ง ชัชวาลย์ ประภาสข (2533 : บทคัดย่อ) พบว่า ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลางประชาชนส่วนใหญ่มี ความรู้ ความเข้าใจว่า การรักษาด้วยยาชุดนั้นสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงร้อยละ 51.34 และการกินยาชุดทำให้รู้สึกอาการทุเลาเร็วกว่า ซึ่งจากการศึกษาพบว่ายาใน กลุ่มสเตียรอยด์ จะพบอยู่ในยาชุดเกือบทุกชนิด (ชัชวาลย์ ประภาสข 2533 : 9 - 10 ; อ้างอิงมาจากกลุ่มศึกษาปัญหาฯ. 2526) เนื่องจาก เป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว เมื่อกินเข้าไปแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดความพึงพอใจในผลการรักษาโดยไม่รู้ตัวยาชนิดนี้มีอันตรายทำให้ผู้ใช้ยาตายแบบผ่อนส่ง นอกจากนี้จากการสำรวจพบว่า ส่วนประกอบของยาชุดแก้มาลาเรียที่มีขายกันอยู่ตามท้องตลาดนั้น ไม่มีตัวยาในการรักษามาลาเรียเลย ถึงร้อยละ 34.7 (ชัชวาลย์ ประภาสข. 2533:23 ; อ้างอิงมาจาก จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์ และคณะ. 2534)

อนงค์นารถ ชาญเชิงคำ (2534 : 48 -50) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับยาชุดของผู้ที่สามล้อรับจ้างในอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี โดย สุ่มตัวอย่าง 165 คน ที่มีอาชีพขี่สามล้อรับจ้าง ผลการศึกษาพบว่า

ในด้านความรู้ของผู้ขี่สามล้อเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในเกณฑ์ต่ำคือมีคะแนนเฉลี่ยของทั้งกลุ่มเพียง 5.46 โดยเฉพาะความรู้ที่สำคัญบางข้อที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพมีผู้ตอบถูกน้อยมาก เช่น การกินยาชุดติดต่อกันนาน ๆ อาจเป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหาร

ในด้านทัศนคติ ผู้ขี่สามล้อยังมีทัศนคติหรือความรู้ที่ผิดต่อยาชุดคือยังมีความเชื่อในสรรพคุณการรักษาถึงร้อยละ 70.3 โดยเฉพาะในความรู้สึกรู้สึกว่ายาที่สถานบริการของรัฐใช้นั้นคุณภาพไม่ดีเท่ายาชุด เป็นเพราะในการจัดยาชุดนั้น ส่วนใหญ่มักมียาจำพวกสเตียรอยด์ผสมอยู่ ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้รวดเร็ว และรู้สึกสบายขึ้น อีกทั้งเมื่อกินแล้วยังช่วย ให้กินข้าวได้ นอกเหนือคืออีกด้วย

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการคือ

1. ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาสูง มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีที่สุด รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษา 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. ผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการใช้ยา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าไม่มีความสะดวกในการใช้ยา

เกษภา ณ ระนอง (2534 : 117 - 119) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา อยู่ใน ระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 50 และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนตามตัวแปรเพศ อายุของผู้ปกครองลักษณะของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง เศรษฐกิจของครอบครัวพบว่า

1. นักเรียนหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่านักเรียนชาย
2. นักเรียนที่มีผู้ปกครองอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

3. นักเรียนที่ลักษณะของผู้ปกครองต่างกัน นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

4. นักเรียนที่ระดับการศึกษาของผู้ปกครองต่างกัน นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

5. นักเรียนที่อาชีพของผู้ปกครองต่างกัน นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

6. นักเรียนที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

อนุตรา สงเคราะห์และคณะ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในเขตชุมชน พบว่าผู้สูงอายุเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ร้อยละ 59 ซื้อยารับประทานเองร้อยละ 35 ผู้ที่ไม่เห็นความสำคัญในการไปพบแพทย์ร้อยละ 48.8 เมื่อไม่สบายมักไปที่โรงพยาบาลและร้านขายยา เป็นส่วนใหญ่และในจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 35.5 และ 30.5 ตามลำดับ การซื้อยาแล้วแต่ร้านขายยาจัดให้เป็นหลักร้อยละ 65.1 ซื้อยาโดยไม่ได้อืกร้านขายยาแต่ใช้ความสะดวกร้อยละ 58.9 ผู้ซึ่งเลือกร้านที่มีเภสัชกรแนะนำยาเพียงร้อยละ 50.5 รู้เรื่องยาเล็กน้อยมีเพียงร้อยละ 32 เมื่อจำเป็นต้องซื้อยาที่ใช้บ่อย ๆ ใช้การบอกชื่อยาและลักษณะยา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำลักษณะได้มากกว่าชื่อยา เช่น จำลักษณะยาแก้แพ้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ ยาแก้เจ็บคอ ถึงร้อยละ 13.5 และ 12.5 ตามลำดับ เมื่อประเมินผลความรู้เรื่อง การใช้เบื้องต้นของผู้สูงอายุ หลังจากการฟังการให้สุศึกษาจากเภสัชกรแล้วทำให้เข้าใจดีขึ้นร้อยละ 58.5 มีความมั่นใจในการใช้ยามากขึ้นร้อยละ 46.5 เมื่อได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากสื่อ เช่น หนังสือ แผ่นพับ แผ่นภาพ ทำให้เข้าใจดีขึ้นร้อยละ 65.5

พิสนธิ พิทักษาวรากร (2536 : 89 - 90) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ

2. ผู้ป่วยชายที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยหญิง

3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 20-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 13 - 19 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี ตามลำดับ

4. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มี ระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ชั้นประถมศึกษา และต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาตามลำดับ

5. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมี พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากที่สุด รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง นักเรียน นักศึกษา ไม่มีอาชีพ กำแพงและเกษตรกรรมตามลำดับ

7. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีรายได้สูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย

8. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน

9. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกที่ แตกต่างกัน มี พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

ปัญหาที่พบจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการใน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล สรุปได้ดังนี้

1. การใช้ยาไม่ถูกต้องกับเวลา พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 33 เท่านั้น ที่รับประทานยา ก่อนอาหาร ได้ถูกต้อง คือรับประทานก่อนอาหาร 30-60 นาที และผู้ป่วยร้อยละ 25 รับประทานยา แก้ว ไปด้วยได้ถูกต้องคือรับประทานหลังอาหารทันที

2. ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยซื้อยามารับประทานเองได้แก่ซื้อยาชุดมาใช้เองถึงร้อยละ 61

3. ปัญหาการรับประทานยาไม่ครบจำนวน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการเก็บยา แก้ว อัดเสบหรือยาปฏิชีวนะไว้ใช้ในครั้งต่อไปร้อยละ 40.8 ซึ่งการใช้ยาไม่ครบจำนวน ดังกล่าวจะทำให้ การรักษาไม่หายขาด เพราะยังมีเชื้อโรคหลงเหลืออยู่ และยังอาจทำให้เชื้อดื้อยาได้ง่าย (พิสมัย พิทักษาวรรณ.2536 : 107 ; อ้างอิงมาจาก กำพล ศรีวัฒนกุล. 2532)

4. ปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรค พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 52 ใช้ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) ในการรักษาไข้หวัดในเด็ก ร้อยละ 14 ใช้ยาคลอแรมเฟนิคอล (Chloramphenicol) ในการรักษาไข้หวัดในเด็ก ซึ่งยาคลอแรมเฟนิคอล เป็นยาที่ห้ามใช้ในเด็กขวบปีแรก เนื่องจากยานี้ถูก ทำลายเป็นส่วนใหญ่ในตับ ในกรณีที่ใช้ในเด็กทารก ซึ่งตับยังไม่เจริญเต็มที่ จะมีผลทำให้มียาค้างใน เลือดจนเกิดเป็นพิษต่อเด็กได้

5. ปัญหาจากการได้รับพิษจากยาได้ เนื่องจากผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่งร้อยละ 10.8 และผู้ป่วยร้อยละ 91 ไม่รู้ความหมายของคำว่าหมดอายุ

6. ปัญหาในเรื่องผู้ป่วยมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ผู้ป่วยเห็นคิ้วว่า ยาต้องมีราคาแพง ขาดการรักษาโรคมะเร็งโดยไม่มียา และเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยทุกครั้ง ถ้าได้รับน้ำเกลือจะดีขึ้น รวมทั้งการฉีดยาทำให้โรคหายเร็วกว่าการกินยา

อรุณญา ไทยแท้ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเพื่อทราบถึงระดับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า

1. มารดาที่มีอายุมากมีความรู้และเจตคติในเรื่องการใช้ยาเสพติดไม่แตกต่างจากมารดาที่มีอายุน้อย ส่วนการปฏิบัติพบว่า มารดาที่มีอายุมากมีการปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาเสพติดดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01

2. มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาเสพติดไม่แตกต่างกัน

3. มารดาที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาเสพติดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ส่วนเจตคติพบว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติในเรื่องการใช้ยาเสพติดไม่แตกต่างกัน

4. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาเสพติดไม่แตกต่างกัน

5. มารดาที่มีการศึกษาสูง มีความรู้ และเจตคติในเรื่องการใช้ยาเสพติดดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการปฏิบัติพบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูง มีการปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาเสพติด ไม่แตกต่างจากมารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ

6. มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาเสพติดดีกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

7. มารดาที่มีลักษณะครัวเรือนต่างกันมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาเสพติด ไม่แตกต่างกัน

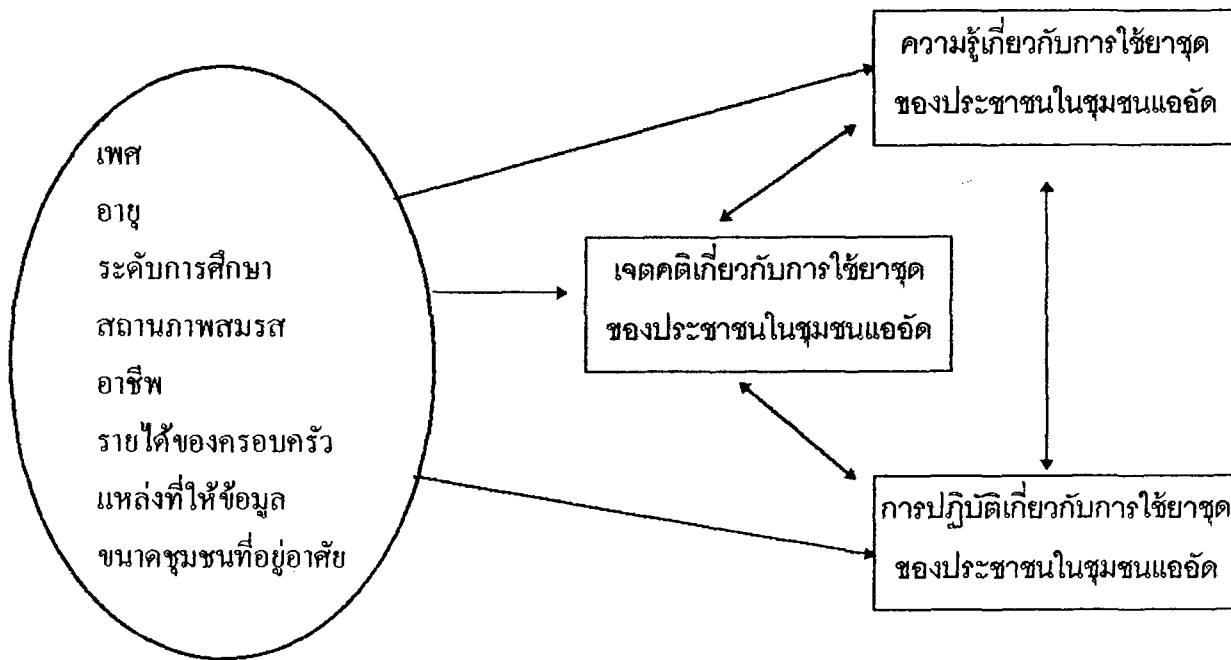
8. มารดาที่ให้การรักษาอาการป่วยของบุตรก่อนมารับบริการต่างกัน มีความรู้ในเรื่องการใช้ยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเจตคติและการปฏิบัติพบว่า มารดาที่ให้การรักษาอาการป่วยของบุตรก่อนมารับบริการต่างกัน มีเจตคติและการปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาเสพติดไม่แตกต่างกัน

9. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กันเชิง นิมาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์ (2539 : 140) ได้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีที่พามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ผลการศึกษาพบว่า

1. มารดามีความรู้อยู่ในระดับเพียงพอ มีเจตคติอยู่ในระดับดีมาก และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี อยู่ในระดับพอใช้
2. มารดาที่มีจำนวนบุตร อายุ และขนาดครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน
3. มารดาที่มีการศึกษาต่างกันมี ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านการปฏิบัติพบว่ามารดาที่มีการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. มารดาที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับส่วนด้านเจตคติพบว่าไม่แตกต่างกัน
5. มารดาที่มีรายได้ต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน
6. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในด้านความรู้ กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษา เอกสาร และการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาแล้วดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร โดยมีกรอบแนวคิดว่า ปัจจัยทางชีวสังคม อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล และขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย ซึ่งถ้าหากปัจจัยทาง ชีวสังคมเหล่านี้แตกต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติก็จะแตกต่างกัน รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดในด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในแต่ละด้านน่าจะมีความสัมพันธ์กันด้วย ผู้วิจัยจึงเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย และตั้งสมมติฐานในการวิจัยไว้ดังนี้



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ประชาชนในชุมชนแออัดเพศชาย กับเพศหญิงมี ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
2. ประชาชนในชุมชนแออัดเพศชาย กับเพศหญิงมี เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
3. ประชาชนในชุมชนแออัดเพศชาย กับเพศหญิงมี การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
4. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
5. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
6. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
7. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
8. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
9. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน

10. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาชุดแตกต่างกัน
11. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับ การใช้ยาชุดแตกต่างกัน
12. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
13. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
14. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
15. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
16. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
17. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
18. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
19. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกัน มีความรู้ในการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
20. ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกัน มีเจตคติในการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
21. ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกันมีการปฏิบัติในการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
22. ประชาชนในชุมชนแออัด ที่อาศัยในชุมชนที่มีขนาดต่างกัน มีความรู้ในการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
23. ประชาชนในชุมชนแออัด ที่อาศัยในชุมชนที่มีขนาดต่างกัน มีเจตคติในการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
24. ประชาชนในชุมชนแออัด ที่อาศัยในชุมชนที่มีขนาดต่างกัน มีการปฏิบัติในการใช้ยาชุดแตกต่างกัน
25. ความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก

26. ความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดมีความ
สัมพันธ์กันเชิงบวก

27. เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดมีความ
สัมพันธ์กันเชิงบวก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวน 29 ชุมชน จำนวนรวมทั้งสิ้น 20,520 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็น ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวน 390 คน ซึ่งได้โดยการใช้สูตรคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของยามานะ และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ตามลำดับดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของยามานะ (Yamane. 1967 : 886) ดังนี้

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

เมื่อ	n	แทน	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ขนาดประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนด ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มเท่ากับ 0.05

2. แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นชั้น (Stratified Sampling) โดยแบ่งชุมชนแออัดที่ตั้งอยู่ในเขตบานนาวาออกเป็น 3 ขนาด คือ ชุมชนแออัดขนาดเล็ก ชุมชนแออัดขนาดกลาง และชุมชนแออัดขนาดใหญ่ โดยถือตามเกณฑ์การแบ่งขนาดชุมชนของกรุงเทพมหานคร (สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร. 2534 : 109) ดังนี้

2.1 ชุมชนแออัดขนาดเล็ก (100 หลังคาเรือนหรือน้อยกว่า) ได้แก่

ชุมชนข้างซอยพัฒนาการ ชุมชนซอยสวรรค์สุข ชุมชนบัวหลวง ชุมชนวัดดอกไม้ ชุมชนเศตะพราหมณ์ ชุมชนปากคลองช่องนนทรี ชุมชนคลองแฝด ชุมชนกาลเท็กซ์ ชุมชนซอยงามอุเทศ ชุมชนซอยประสาธสุข ชุมชนปากคลองวัดดอกไม้ ชุมชนปากคลองสาน ชุมชนหลังวัดดอกไม้ ชุมชนคลองเสาหิน ชุมชนจตุรมิตร ชุมชนหลังป้อมเอสโซ่ ชุมชนสามัคคีรวมใจ รวม 17 ชุมชน

2.2 ชุมชนแออัดขนาดกลาง (101 - 500 หลังคาเรือน) ได้แก่ ชุมชนคลองขวาง

ชุมชนปรีชา ชุมชนร่วมพัฒนาวัดช่องนนทรี ชุมชนวัดคลองภูมิ ชุมชนวัดช่องลม ชุมชนโสณมัย-อร่ามดวง ชุมชนหลังวัดคลองใหม่ ชุมชนเย็นอากาศ ชุมชนร่วมพัฒนาเชื้อเพลิง ชุมชนเจ้าพระยา ชุมชนโรงสี รวม 11 ชุมชน

2.3 ชุมชนแออัดขนาดใหญ่ (501 หลังคาเรือนขึ้นไป) ได้แก่ ชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา รวม 1 ชุมชน

3. ทำการสุ่มตัวอย่างชุมชนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แยกตามขนาดชุมชนทั้ง 3 ขนาด ได้ดังนี้

3.1 ชุมชนแออัดขนาดเล็ก ได้แก่ ชุมชนเศตะพราหมณ์ ชุมชนสามัคคีรวมใจ ชุมชนกาลเท็กซ์

3.2 ชุมชนแออัดขนาดกลาง ได้แก่ ชุมชนวัดช่องลม ชุมชนโสณมัย-อร่ามดวง

3.3 ชุมชนแออัดขนาดใหญ่ ได้แก่ ชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา

4. คำนวณสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มประชากรแยกตามขนาดชุมชน ชุมชนขนาดใหญ่ จำนวน 78 คน ชุมชนขนาดกลาง จำนวน 192 คน และชุมชนขนาดเล็ก จำนวน 120 คน แล้วคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้กับประชากรของชุมชนที่สุ่มได้เพื่อทำการเก็บข้อมูล ดังตาราง 1

5. ทำการเก็บข้อมูลโดยเก็บตามครัวเรือนที่อยู่ในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกมาครัวเรือนละ 1 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยกระจายการเก็บข้อมูลตามครัวเรือน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละชุมชน

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อชุมชน	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ชุมชนแออัดขนาดใหญ่		
1. ชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา	4,100	78
รวม	4,100	78
ชุมชนแออัดขนาดกลาง		
1. ชุมชนคลองขวาง	890	
2. ชุมชนปรีชา	1,050	
3. ชุมชนร่วมพัฒนาวัดช่องนนทรี	1,000	
4. ชุมชนวัดคลองภูมิ	684	
5. ชุมชนวัดช่องลม	926	71
6. ชุมชนโสมมัย-อร่ามดวง	1,600	121
7. ชุมชนวัดคลองใหม่	700	
8. ชุมชนเป็นอากาศ	980	
9. ชุมชนร่วมพัฒนาเชื้อเพลิง	700	
10. ชุมชนเจ้าพระยา	760	
11. ชุมชนโรงสี	800	
รวม	10,090	192
ชุมชนแออัดขนาดเล็ก		
1. ชุมชนข้างซอยพัฒนาการ	774	
2. ชุมชนขอบสวรรค์สุข	495	
3. ชุมชนบัวหลวง	367	
4. ชุมชนวัดคอกไม้	500	
5. ชุมชนเศตะพราหมณ์	517	59
6. ชุมชนปากคลองช่องนนทรี	60	
7. ชุมชนคลองแฝด	450	
8. ชุมชนศาลเท็กซ์	300	34

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อชุมชน	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
9.ชุมชนชอยงามอุเทศ	270	
10.ชุมชนชอยประสาทสุข	100	
11.ชุมชนปากคลองวัดคอกไม้	350	
12.ชุมชนปากคลองसान	100	
13.ชุมชนหลังวัดคอกไม้	397	
14.ชุมชนคลองเสาหิน	350	
15.ชุมชนจตุรมิตร	370	
16.ชุมชนหลังป้อมเอสโซ่	700	
17.ชุมชนสามัคคีรวมใจ	230	27
รวม	6,330	120
รวมทั้งสิ้น	20,520	390

ที่มา : ฝ่ายพัฒนาชุมชน สำนักงานเขตยานนาวา พ.ศ.2540

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชน
ในชุมชนแออัด ลักษณะแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอนคือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปร
ที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ
การสมรส รายได้ของครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย
ซึ่งมี ลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับยาชุด มีลักษณะเป็นแบบทดสอบ
แบบถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่าโดย
ปรับให้มี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่มี
ลักษณะทางบวก จำนวน 8 ข้อ และทางลบ จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด
จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดโดยใช้แบบสำรวจ

พฤติกรรม (Checklist) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อความที่มีลักษณะทางลบ
ทั้งหมด จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาชุด
ในปัจจุบัน

เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ

1. แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับยาชุดในแบบสอบถามส่วนที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนน

ดังนี้

ตอบถูกต้องได้	1	คะแนน
ตอบผิดได้	0	คะแนน

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

คะแนนร้อยละ	80 - 100	มีความรู้ระดับดีมาก
คะแนนร้อยละ	70 - 79	มีความรู้ระดับดี
คะแนนร้อยละ	60 - 69	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ	50 - 59	มีความรู้ระดับผ่านเกณฑ์
คะแนนร้อยละ	0 - 49	มีความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์

2. แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ในแบบสอบถามส่วนที่ 3 มีคำถามเป็นเจตคติใน
ทางบวก และเจตคติในทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 2.1 ข้อความที่เป็นเจตคติในทางบวกมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

- 2.2 ข้อความที่เป็นเจตคติในทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.34 - 3.00	เจตคติอยู่ในระดับดี
	1.67 - 2.33	เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง
	1.00 - 1.66	เจตคติอยู่ในระดับต่ำ

3. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ในแบบสอบถามส่วนที่ 4 มีข้อความที่มีลักษณะทางบวก และทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

3.1 ข้อความที่มีลักษณะทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0

3.2 ข้อความที่มีลักษณะทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	2

เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติมีดังนี้

ค่าเฉลี่ย	1.34 - 2.00	ปฏิบัติดี
	0.67 - 1.33	ปฏิบัติพอใช้
	0.00 - 0.66	ต้องปรับปรุง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาแบบสอบถาม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชน ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ
2. สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด
3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข
4. นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องเมื่อพบว่าข้อใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า .50 ถือว่าใช้ได้

5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-Out) กับประชาชนในชุมชนหลังวัดประจักษ์ธรรมาริโปตย์ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 73 คน

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้มาแล้วมาหาความยากง่าย โดยนำแบบทดสอบความรู้ไปหาสัดส่วนของประชาชนที่ตอบถูก กับประชาชนทั้งหมด แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่าย ตั้งแต่ 0.2 - 0.8 สำหรับแบบสอบถามฉบับนี้ได้ค่าความยากง่าย 0.25 - 0.61

7. หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

7.1 แบบทดสอบความรู้หาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แบบพอยต์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539 : 119) แล้วคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ ได้แบบทดสอบความรู้ จำนวน 15 ข้อ

7.2 แบบสอบถามเจตคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติหาค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธีหาค่าระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation) แล้วคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกเป็นบวก และ มากกว่า ศูนย์ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

8. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

8.1 แบบทดสอบความรู้ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuder-Richardson Formular 20 (KR20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539 : 121) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

8.2 แบบสอบถามเจตคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha-Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 132) โดยแบบสอบถามเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น .74 และแบบสอบถามการปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่น .83

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการเขตยานนาวา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลที่ชุมชนแออัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป

วิธีจัดกระทำข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+(Statistical Package for the Social Science/Personal Computer Plus Version 4) ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม แต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. แยกกรองรหัสข้อมูลออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา
4. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาแจกแจงหาความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
5. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ ในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ นำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทางด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาสูบ จำแนกตามเพศ โดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 2 และ 3
7. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทางด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาสูบ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล และขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ถ้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 และ 24
8. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ กับเจตคติ ความรู้ กับการปฏิบัติ และ เจตคติ กับการปฏิบัติ โดยวิธีของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และทดสอบนัยสำคัญโดยใช้ค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25 26 และ 27

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตรดังนี้

$$P = \frac{f}{N} \times 100$$

เมื่อ P แทนค่าร้อยละ

f แทนความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นร้อยละ

N แทนจำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 40)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 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. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญ (Face Validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้

2.1.1 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาโดยแต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องตามจุด

ประสงค์ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนมาแทนค่าในสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 124) ดังนี้

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม
กับจุดประสงค์

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของ
ผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก

2.2.1 หาค่าความยากง่าย (P) ของแบบทดสอบความรู้จากสูตร (พวงรัตน์ ทวี
รัตน์.2535 : 136)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

2.2.2 หาค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบความรู้จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติ
ศักดิ์.2539:119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล

$\bar{Y}_p$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก

$\bar{Y}_q$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด

S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด

p แทน ค่าความยากของข้อสอบนั้น (สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก)

q แทน ค่า (1-p) ซึ่งคือสัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด

2.2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดเจตคติและแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับ Y

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X

$\sum Y^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

$\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน X กับ Y

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

2.3.1 แบบทดสอบความรู้ใช้สูตร KR₂₀ (Kuder Richardson Formular 20)

(สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539 : 121)

$$r_u = \frac{n}{n-1} \cdot \frac{S^2_t - \sum pq}{S^2_t}$$

r_u แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

n แทน จำนวนข้อในแบบทดสอบ

p แทน ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)

q แทน 1-p (สัดส่วนของคนทำผิด)

S^2_t แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2.3.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ใช้สูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 132)

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

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
 n แทน จำนวนข้อสอบ
 s_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 S^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
 $\sum s_i^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้สูตรหาค่า t (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 2 และ 3 โดยใช้สูตร (หุศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 177)

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

$$df = \frac{[(S_1^2/n_1) + (S_2^2/n_2)]^2}{[(S_1^2/n_1)/(n_1-1)] + [(S_2^2/n_2)/(n_2-1)]}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
 $\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 S_1^2, S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยทดสอบค่า เอฟ (F-test) แบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-way Analysis of Variance) ใช้ในการทดสอบสมมติฐานข้อ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 และ 24 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 249)

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

MS_B แทน ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ซึ่งถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 263-264)

$$CVd = \sqrt{(k-1)(F^*)(MS_{within})^{(2/n)}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

F^* แทน ค่า F ที่เปิดจากตาราง (Critical value)

MS_{within} แทน ค่า Mean square within groups ที่คำนวณไว้แล้วในการวิเคราะห์ความแปรปรวน

n แทน จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

3.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และทดสอบนัยสำคัญโดยใช้ สถิติ ที (t-test) ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ชุดของประชาชนในชุมชนแออัด ด้านความรู้ กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25 26 และ 27 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 322)

$$r = \frac{N\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	ΣX	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด X
	ΣY	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y
	ΣX^2	แทน	ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	ΣY^2	แทน	ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	ΣXY	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X และ Y
	N	แทน	จำนวนคน

ทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันด้วยค่า สถิติ ที (t-test) โดยใช้สูตร (ทูลี วังศรีดนะ.2534 : 325)

$$t = \frac{r \sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที (t-test)
	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	N	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
r	แทน	ความสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ตอน ซึ่งในแต่ละตอน มีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐานแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทางด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุด จำแนกตามเพศ โดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 2 และ 3

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทางด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุด จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล และขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ถ้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 และ 24

3.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ กับเจตคติ ความรู้ กับการปฏิบัติ และ เจตคติ กับการปฏิบัติ โดยวิธีของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบนัยสำคัญโดยใช้ค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25 26 และ 27

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวน 390 คน จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว แหล่งข้อมูล และขนาดชุมชน

1. จำแนกตามเพศ พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด เพศหญิง จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 57.95 และเพศชายมีจำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 42.05

2. จำแนกตามอายุ พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด มีอายุต่ำกว่า 21 ปี มีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 9.74 อายุ 21-30 ปี มีจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 อายุ 31-40 ปี มีจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 27.95 อายุ 41-50 ปี มีจำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24.62 และอายุมากกว่า 50 ปี มีจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.36

3. จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาดำรงต่ำกว่า ประถมศึกษา มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.18 ระดับประถมศึกษา มีจำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 47.69 ระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 33.59 ระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 8.97 และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.57

4. จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพโสด มีจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 25.13 ที่สถานภาพคู่ มีจำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 60.26 สถานภาพหม้าย มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9.23 สถานภาพหย่า มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.08 และสถานภาพแยกกันอยู่ มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.30

5. จำแนกตามอาชีพ พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 12.05 รับจ้าง มีจำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 48.72 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90 ทำงานบ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 8.97 ว่างานหรือกำลังสมัครงาน มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90 แม่บ้าน มีจำนวน 39 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.00 และนักเรียน นักศึกษา มีจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 8.46

6. จำแนกตามรายได้ครอบครัว พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน มีจำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 43.84 รายได้ครอบครัว 5,001-10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 35.38 รายได้ครอบครัว 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.51 รายได้ครอบครัว 15,001-20,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38 และรายได้ครอบครัว 20,001 บาทขึ้นไป มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.87

7. จำแนกตามแหล่งที่ให้ข้อมูล พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลในการแนะนำให้ใช้ยาชุด เป็นเพื่อนบ้าน มีจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 33.58 ญาติพี่น้อง มีจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 18.97 บิดามารดา มีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 8.71 ร้านขายยาหรือร้านขายของชำ มีจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.89 และครู อาจารย์ มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.82

8. จำแนกตามขนาดของชุมชนที่อยู่อาศัย พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ขนาดเล็ก มีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 30.76 ขนาดกลาง มีจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 49.23 และขนาดใหญ่ มีจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

ตาราง 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	164	42.05
หญิง	226	57.95
รวม	390	100
อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปี	38	9.74
21 - 30 ปี	91	23.33
31 - 40 ปี	109	27.95
41 - 50 ปี	96	24.62
มากกว่า 50 ปี	56	14.36
รวม	390	100
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	28	7.18
ประถมศึกษา	186	47.69
มัธยมศึกษา	131	33.59
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	35	9.97
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	10	2.57
รวม	390	100
สถานภาพสมรส		
โสด	98	25.13
คู่	235	60.26
หม้าย	36	9.23
หย่า	12	3.08
แยกกันอยู่	9	2.30
รวม	390	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ธุรกิจส่วนตัว	47	12.05
รับจ้าง	190	48.72
รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	23	5.90
ทำงานบ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง	35	8.97
ว่างงานหรือกำลังสมัครงาน	23	5.90
แม่บ้าน	39	10.00
นักเรียน นักศึกษา	33	8.46
รวม	390	100
รายได้ครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน	171	43.84
5,001 - 10,000 บาท/เดือน	138	35.38
10,001 - 15,000 บาท/เดือน	41	10.51
15,001 - 20,000 บาท/เดือน	21	5.38
20,001 บาท/เดือน ขึ้นไป	19	4.87
รวม	390	100
แหล่งที่ให้ข้อมูล		
เพื่อนบ้าน	131	33.58
ญาติพี่น้อง	74	19.97
บิดามารดา	34	8.71
ร้านขายยา หรือร้านขายของชำ	140	35.89
ครู อาจารย์	11	2.82
รวม	390	100
ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย		
ขนาดเล็ก	120	30.76
ขนาดกลาง	192	49.23
ขนาดใหญ่	78	20.00
รวม	390	100

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมด้านความรู้	ดีมาก		ดี		ปานกลาง		ผ่านเกณฑ์		ต่ำกว่าเกณฑ์		$\bar{X}$	S
จำแนกตามตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ												
ชาย	63	16.15	27	6.92	30	7.69	12	3.08	32	8.21	68.21	19.86
หญิง	84	21.54	27	6.92	59	15.13	18	4.62	38	9.74	68.61	18.36
รวม	147	37.69	54	13.85	89	22.82	30	7.69	70	17.95	68.44	18.98
อายุ												
ต่ำกว่า 21 ปี	13	3.33	9	2.31	8	2.05	3	0.77	5	1.28	71.22	16.77
21 - 30 ปี	45	11.54	12	3.08	20	5.13	5	1.28	9	2.31	73.77	17.17
31 - 40 ปี	40	10.26	15	3.85	27	6.92	5	1.28	22	5.64	68.25	18.70
41 - 50 ปี	30	7.69	12	3.08	21	5.38	9	2.31	24	6.15	64.16	20.61
มากกว่า 50 ปี	19	4.87	6	1.54	13	3.33	8	2.05	10	2.56	65.59	19.05
รวม	147	37.69	54	13.85	89	22.82	30	7.69	70	17.95	68.44	18.98
ระดับการศึกษา												
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2	0.51	5	1.28	10	2.56	4	1.03	7	1.79	58.33	15.03
ประถมศึกษา	57	14.62	28	7.18	46	11.79	18	4.62	37	9.49	65.51	19.08
มัธยมศึกษา	54	13.85	16	4.10	30	7.69	7	1.79	24	6.15	70.07	18.06
อนุปริญญา/เทียบเท่า	25	6.41	5	1.28	2	0.51	1	0.26	2	0.51	80.19	16.60
ปริญญาตรี/สูงกว่า	9	2.31	-	-	1	0.26	-	-	-	-	88.66	11.35
รวม	147	37.69	54	13.85	89	22.82	30	7.69	70	17.95	68.44	18.98
สถานภาพสมรส												
โสด	38	9.74	17	4.36	21	5.38	7	1.79	15	3.85	70.34	19.19
คู่	93	23.85	32	8.21	53	13.59	13	3.33	44	11.28	68.73	19.30
หม้าย	10	2.56	1	0.26	11	2.82	6	1.54	8	2.05	62.77	17.98
หย่า	2	0.51	3	0.77	3	0.77	1	0.26	3	0.77	63.33	14.63
แยกกันอยู่	4	1.03	1	0.26	1	0.26	3	0.77	-	-	69.62	14.57
รวม	147	37.69	54	13.85	89	22.82	30	7.69	70	17.95	68.44	18.98

ตาราง 3 (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมด้านความรู้	ดีมาก		ดี		ปานกลาง		ผ่านเกณฑ์		ต่ำกว่าเกณฑ์		X	S
จำแนกตามตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ												
ธุรกิจส่วนตัว	19	4.87	5	1.28	6	1.54	3	0.77	14	3.59	67.37	21.90
รับจ้าง	56	14.36	35	8.97	49	12.56	14	3.59	36	9.23	66.38	18.70
รับราชการหรือพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	19	4.87	2	0.51	2	0.51	-	-	-	-	85.21	11.18
ทำงานบ้านโดยไม่ได้ รับค่าจ้าง	10	2.56	3	0.77	9	2.31	5	1.28	8	2.05	62.47	17.57
ว่างงาน/กำลังสมัครงาน	8	2.05	2	0.51	6	1.54	2	0.51	5	1.28	64.92	18.77
แม่บ้าน	19	4.87	3	0.77	10	2.56	4	1.03	3	0.77	73.50	16.00
นักเรียน นักศึกษา	16	4.10	4	1.03	7	1.79	2	0.51	4	1.03	72.92	18.32
รวม	147	37.69	54	13.85	89	22.82	30	7.69	70	17.95	68.44	18.98
รายได้ครัวเรือน												
ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน	49	12.56	25	6.41	43	11.03	17	4.36	37	9.49	64.67	19.15
5,001-10,000 บาท/เดือน	47	12.05	22	5.64	35	8.97	10	2.56	24	6.15	68.01	18.15
10,001-15,000 บาท/เดือน	23	5.90	3	0.77	5	1.28	2	0.51	8	2.05	73.49	20.02
15,001-20,000 บาท/เดือน	13	3.33	2	0.51	5	1.28	-	-	1	0.26	78.73	14.23
20,001 บาท/เดือน ขึ้นไป	15	3.85	2	0.51	1	0.26	1	0.26	-	-	83.15	12.24
รวม	147	37.69	54	13.85	89	22.82	30	7.69	70	17.95	68.44	18.98
แหล่งที่ให้ข้อมูล												
เพื่อนบ้าน	51	13.08	19	4.87	27	6.92	12	3.08	22	5.64	68.85	19.55
ญาติพี่น้อง	34	8.72	10	2.56	13	3.33	5	1.28	12	3.08	70.99	17.80
บิดามารดา	13	3.33	4	1.03	9	2.31	1	0.26	7	1.79	67.64	20.89
ร้านขายยา,ร้านขายของชำ	43	11.03	21	5.38	39	10.00	11	2.82	26	6.77	66.66	18.09
ครู อาจารย์	6	1.54	-	-	1	0.26	1	0.26	3	0.77	71.51	25.13
รวม	147	37.69	54	13.85	89	22.82	30	7.69	70	17.95	68.44	18.98
ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย												
ขนาดเล็ก	49	12.56	13	3.33	26	6.67	9	2.31	23	5.90	68.05	21.27
ขนาดกลาง	68	17.44	23	5.90	51	13.08	15	3.85	36	9.23	67.73	17.87
ขนาดใหญ่	30	7.69	18	4.62	12	3.08	6	1.54	11	2.82	70.82	17.93
รวม	147	37.69	54	13.85	89	22.82	30	7.69	70	17.95	68.44	18.98

จากตาราง 3 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย 68.44 ($\bar{X} = 68.44$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.98 ($S = 18.98$) เมื่อเปรียบเทียบตามเกณฑ์การประเมินผลความรู้เกี่ยวกับยาชุดถือว่า ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ที่อยู่ในระดับดีมาก มีจำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 37.69 มีความรู้ที่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 13.85 มีความรู้ระดับ ปานกลาง มีจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.82 มีความรู้ระดับผ่านเกณฑ์มีจำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 7.69 และมีความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์ มีจำนวน 70 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.95

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมด้านเจตคติ จำแนกตามตัวแปร	ดี		ปานกลาง		ต่ำ		$\bar{X}$	S
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	96	24.62	62	15.90	6	1.54	2.39	0.33
หญิง	136	34.87	89	22.82	1	0.26	2.43	0.29
รวม	232	59.49	151	38.72	7	1.79	2.42	0.31
อายุ								
ต่ำกว่า 21 ปี	23	5.90	15	3.85	-	-	2.45	0.34
21 - 30 ปี	68	17.44	23	5.90	-	-	2.51	0.28
31 - 40 ปี	64	16.41	43	11.03	2	0.51	2.41	0.30
41 - 50 ปี	50	12.82	44	11.28	2	0.51	2.37	0.30
มากกว่า 50 ปี	27	6.92	26	6.67	3	0.77	2.31	0.30
รวม	232	59.49	151	38.72	7	1.79	2.42	0.31
ระดับการศึกษา								
ต่ำกว่าประถมศึกษา	8	2.05	16	4.10	4	1.03	2.18	0.33
ประถมศึกษา	89	22.82	94	24.10	3	0.77	2.34	0.30
มัธยมศึกษา	93	23.85	38	9.74	-	-	2.48	0.26
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	32	8.21	3	0.77	-	-	2.61	0.24
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	10	2.56	-	-	-	-	2.84	0.18
รวม	232	59.49	151	38.72	7	1.79	2.42	0.31

ตาราง 4 (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมด้านเจตคติ จำแนกตามตัวแปร	ดี		ปานกลาง		ต่ำ		X̄	S
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส								
โสด	64	16.41	33	8.46	1	0.26	2.46	0.31
คู่	137	35.13	95	24.36	3	0.77	2.41	0.30
หม้าย	20	5.13	15	3.85	1	0.26	2.35	0.29
หย่า	5	1.28	6	1.54	1	0.26	2.28	0.38
แยกกันอยู่	6	1.54	2	0.51	1	0.26	2.37	0.39
รวม	232	59.49	151	38.72	7	1.79	2.42	0.31
อาชีพ								
ธุรกิจส่วนตัว	31	7.95	16	4.10	-	-	2.46	0.30
รับจ้าง	106	27.18	78	20.00	6	1.54	2.37	0.30
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	22	5.64	1	0.26	-	-	2.68	0.23
ทำงานบ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง	16	4.10	18	4.62	1	0.26	2.31	0.29
ว่างงาน/กำลังสมัครงาน	11	2.82	12	3.08	-	-	2.40	0.31
แม่บ้าน	23	5.90	16	4.10	-	-	2.44	0.28
นักเรียน นักศึกษา	23	5.90	10	2.56	-	-	2.49	0.34
รวม	232	59.49	151	38.72	7	1.79	2.42	0.31
รายได้ครอบครัว								
ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน	82	21.03	83	21.28	6	1.54	2.34	0.32
5,001-10,000 บาท/เดือน	85	21.79	53	13.59	-	-	2.42	0.28
10,001-15,000 บาท/เดือน	29	7.44	11	2.82	1	0.26	2.48	0.28
15,001-20,000 บาท/เดือน	18	4.62	3	0.77	-	-	2.58	0.27
20,001บาท/เดือน ขึ้นไป	18	4.62	1	0.26	-	-	2.68	0.23
รวม	232	59.49	151	38.72	7	1.79	2.42	0.31

ตาราง 4 (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมด้านเจตคติ จำแนกตามตัวแปร	ดี		ปานกลาง		ต่ำ		$\bar{X}$	S
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
แหล่งที่ให้ข้อมูล								
เพื่อนบ้าน	76	19.49	51	13.08	4	1.03	2.40	0.33
ญาติพี่น้อง	49	12.56	25	6.41	-	-	2.46	0.26
บิดามารดา	22	5.64	12	3.08	-	-	2.47	0.28
ร้านขายยา/ร้านขายของชำ	78	20.00	61	15.64	1	0.26	2.38	0.29
ครู อาจารย์	7	1.79	2	0.51	2	0.51	2.42	0.56
รวม	232	59.49	151	38.72	7	1.79	2.42	0.31
ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย								
ขนาดเล็ก	73	18.72	45	11.54	2	0.51	2.44	0.31
ขนาดกลาง	110	28.21	78	20.00	5	1.28	2.38	0.30
ขนาดใหญ่	49	12.56	28	7.18	-	-	2.46	0.32
รวม	232	59.49	151	38.72	7	1.79	2.42	0.31

จากตาราง 4 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.42 ($\bar{X} = 2.42$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 ($S = 0.31$) เมื่อเปรียบเทียบกับตามเกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติถือว่าประชาชนในชุมชนแออัดเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติอยู่ในระดับดีมีจำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 59.49 ระดับปานกลาง มีจำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 38.72 ระดับต่ำ มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.79

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมด้านการ ปฏิบัติจำแนกตามตัวแปร	ดี		พอใช้		ปรับปรุง		$\bar{X}$	S
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	74	18.97	84	21.54	6	1.54	1.27	0.31
หญิง	93	23.85	118	30.26	15	3.85	1.26	0.39
รวม	167	42.82	202	51.79	21	5.38	1.27	0.37
อายุ								
ต่ำกว่า 21 ปี	21	5.38	16	4.10	1	0.26	1.39	0.37
21 - 30 ปี	47	12.05	42	10.77	2	0.51	1.36	0.33
31 - 40 ปี	45	11.54	59	15.13	5	1.28	1.27	0.35
41 - 50 ปี	35	8.97	51	13.08	10	2.56	1.18	0.35
มากกว่า 50 ปี	19	4.87	34	8.72	3	0.77	1.20	0.40
รวม	167	42.82	202	51.79	21	5.38	1.27	0.37
ระดับการศึกษา								
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2	0.51	22	5.64	4	1.03	1.02	0.25
ประถมศึกษา	64	16.41	108	27.69	14	3.59	1.17	0.35
มัธยมศึกษา	65	16.67	63	16.15	3	0.77	1.34	0.32
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	26	6.67	9	2.31	-	-	1.52	0.34
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	10	2.56	-	-	-	-	1.83	0.17
รวม	167	42.82	202	51.79	21	5.38	1.27	0.37
สถานภาพสมรส								
โสด	53	13.59	43	11.03	2	0.51	1.38	0.35
คู่	96	24.62	125	32.05	14	3.59	1.25	0.35
หม้าย	9	2.31	24	6.15	3	0.77	1.12	0.34
หย่า	4	1.03	6	1.54	2	0.51	1.08	0.40
แยกกันอยู่	5	1.28	4	1.03	-	-	1.33	0.40
รวม	167	42.82	202	51.79	21	5.38	1.27	0.37

ตาราง 5 (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมด้านการ ปฏิบัติจำแนกตามตัวแปร	ดี		พอใช้		ปรับปรุง		$\bar{X}$	S
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ								
ธุรกิจส่วนตัว	22	5.64	23	5.90	2	0.51	1.33	0.35
รับจ้าง	69	17.69	110	28.21	11	2.82	1.20	0.33
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	18	4.62	5	1.28	-	-	1.58	0.36
ทำงานบ้านโดยไม่ได้รับ ค่าจ้าง	8	2.05	20	5.13	7	1.79	1.08	0.41
ว่างงาน/กำลังสมัครงาน	11	2.82	12	3.08	-	-	1.29	0.31
แม่บ้าน	19	4.87	19	4.87	1	0.26	1.35	0.34
นักเรียน นักศึกษา	20	5.13	13	3.33	-	-	1.48	0.33
รวม	167	42.82	202	51.79	21	5.38	1.27	0.37
รายได้ครอบครัว								
ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน	58	14.87	102	26.15	11	2.82	1.18	0.34
5,001-10,000 บาท/เดือน	60	15.38	70	17.95	8	2.05	1.26	0.35
10,001-15,000 บาท/เดือน	17	4.36	22	5.64	2	0.51	1.35	0.36
15,001-20,000 บาท/เดือน	16	4.10	5	1.28	-	-	1.62	0.29
20,001 บาท/เดือน ขึ้นไป	16	4.10	3	0.77	-	-	1.59	0.31
รวม	167	42.82	202	51.79	21	5.38	1.27	0.37
แหล่งที่ให้ข้อมูล								
เพื่อนบ้าน	61	15.64	62	15.90	8	2.05	1.30	0.36
ญาติพี่น้อง	33	8.46	38	9.74	3	0.77	1.26	0.35
บิดามารดา	10	2.56	24	6.15	-	-	1.19	0.29
ร้านขายยา/ร้านขายของชำ	56	14.36	74	18.97	10	2.56	1.25	0.38
ครู อาจารย์	7	1.79	4	1.03	-	-	1.45	0.32
รวม	167	42.82	202	51.79	21	5.38	1.27	0.37
ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย								
ขนาดเล็ก	55	14.10	57	14.62	8	2.05	1.26	0.37
ขนาดกลาง	76	19.49	107	27.44	10	2.56	1.25	0.35
ขนาดใหญ่	36	9.23	38	9.74	3	0.77	1.32	0.38
รวม	167	42.82	202	51.79	21	5.38	1.27	0.37

จากตาราง 5 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.27 ($\bar{X} = 1.27$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37 ($S = 0.37$) เมื่อเปรียบเทียบกับตามเกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ ถือว่าประชาชนในชุมชนแออัดเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับดี มีจำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 42.82 ระดับพอใช้ มีจำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 51.79 ระดับต้องปรับปรุง มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38

ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐานแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

3.1 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน ดังปรากฏในตาราง ที่ 6

ตาราง 6 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S	t	p-value
ความรู้					
ชาย	164	68.21	19.8	.21	.837
หญิง	226	68.61	18.3		
รวม	390	68.44	18.98		
เจตคติ					
ชาย	164	2.39	.33	1.24	.218
หญิง	226	2.43	.29		
รวม	390	2.41	.31		
การปฏิบัติ					
ชาย	164	1.27	.31	.26	.794
หญิง	226	1.26	.39		
รวม	390	1.27	.36		

จากตาราง 6 แสดงว่าประชาชนในชุมชนแออัด เพศชาย และเพศหญิงมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 2 และ 3 ที่ว่า ประชาชนในชุมชนแออัด เพศชาย และเพศหญิงมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน

3.2 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม

ตาราง 7 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	4	5093.33	1273.33	3.62*	.006
ภายในกลุ่ม	385	135096.29	350.89		
รวม	389	140189.62			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.7182	.4295	4.57*	.001
ภายในกลุ่ม	385	36.1852	.0940		
รวม	389	37.9034			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	2.3701	.5925	4.60*	.001
ภายในกลุ่ม	385	49.5550	.1287		
รวม	389	57.9251			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 5 และข้อที่ 6 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's) ดังปรากฏในตาราง 8 9 และตาราง 10

ตาราง 8 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ จำแนกตามอายุ

อายุ		ต่ำกว่า 21 ปี	21-30 ปี	31 - 40 ปี	41 - 50 ปี	มากกว่า 50 ปี
	$\bar{X}$	71.22	73.77	68.25	64.16	65.59
ต่ำกว่า 21 ปี	71.22	-	2.55	2.97	7.06	5.63
21 - 30 ปี	73.77		-	5.52	9.61*	8.18
31 - 40 ปี	68.25			-	4.09	2.66
41 - 50 ปี	64.16				-	1.43
มากกว่า 50 ปี	65.59					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี มีความรู้เกี่ยวกับยาชุดแตกต่างจากประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีอายุ 21 - 30 มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 41 - 50 ปี

ตาราง 9 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านเจตคติ จำแนกตามอายุ

อายุ		ต่ำกว่า 21 ปี	21-30 ปี	31 - 40 ปี	41 - 50 ปี	มากกว่า 50 ปี
	$\bar{X}$	2.4596	2.5143	2.4171	2.3701	2.3155
ต่ำกว่า 21 ปี	2.4596	-	.0547	.0425	.0895	.1441
21 - 30 ปี	2.5143		-	.0972	.1442*	.1988*
31 - 40 ปี	2.4171			-	.047	.1016
41 - 50 ปี	2.3701				-	.0546
มากกว่า 50 ปี	2.3155					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 21 - 30 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับขยะแตกต่างจากประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีอายุ 41 - 50 ปี และประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 21 - 30 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ขยะดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 41 - 50 ปี และประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 21 - 30 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ขยะดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

ตาราง 10 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ขยะ ด้านการปฏิบัติ จำแนกตามอายุ

อายุ		ต่ำกว่า 21 ปี	21-30 ปี	31 - 40 ปี	41 - 50 ปี	มากกว่า 50 ปี
	$\bar{X}$	1.3900	1.3659	1.2744	1.1828	1.2013
ต่ำกว่า 21 ปี	1.3900	-	.0241	.1156	.2072	.1887
21 - 30 ปี	1.3659		-	.0915	.1831*	.1646
31 - 40 ปี	1.2744			-	.0916	.0731
41 - 50 ปี	1.1828				-	.0185
มากกว่า 50 ปี	1.213					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 21 - 30 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ขยะแตกต่างจากประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 41 - 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีอายุ 21 - 30 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ขยะดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 41 - 50 ปี

ตาราง 11 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้
ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	4	13720.79	3430.19	10.44*	.000
ภายในกลุ่ม	385	126468.83	328.49		
รวม	389	140189.62			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	6.4706	1.6176	19.81*	.000
ภายในกลุ่ม	385	31.4329	.0816		
รวม	389	37.9034			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	9.6219	2.40	21.89*	.000
ภายในกลุ่ม	385	42.3032	.109		
รวม	389	51.9251			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 8 และข้อ 9 ที่ว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's) ดังปรากฏในตาราง 12 13 และ 14

ตาราง 12 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ
การใช้ยาชุด ด้านความรู้ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่าประถม ศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
	$\bar{X}$	58.33	65.51	70.07	80.19	88.66
ต่ำกว่าประถมศึกษา	58.66	-	7.18	11.74*	21.86*	30.33*
ประถมศึกษา	65.51		-	4.56	14.68*	23.15*
มัธยมศึกษา	70.07			-	10.12	18.59*
อนุปริญญา/เทียบเท่า	80.19				-	8.47
ปริญญาตรี/ สูงกว่า	88.66					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างจากประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา และประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

ตาราง 13 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านเจตคติ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่าประถม ศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
	$\bar{X}$	2.1881	2.3416	2.4885	2.6190	2.8467
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.1881	-	.1535	.3004*	.4309*	.6586*
ประถมศึกษา	2.3416		-	.2469*	.2774*	.5051*
มัธยมศึกษา	2.4885			-	.1305	.3582*
อนุปริญญา/เทียบเท่า	2.6190				-	.2277
ปริญญาตรี/สูงกว่า	2.8670					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา

ตาราง 14 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านการปฏิบัติ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่าประถม ศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
	$\bar{X}$	1.0227	1.1799	1.3498	1.5299	1.8364
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.0227	-	.1572	.3271*	.5072*	.8137*
ประถมศึกษา	1.1799		-	.1699*	.35*	.6565*
มัธยมศึกษา	1.3498			-	.1801	.4866*
อนุปริญญา/เทียบเท่า	1.5299				-	.3065
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1.8364					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษาและระดับประถมศึกษา และประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา

ตาราง 15 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	4	1854.49	463.62	1.29	.273
ภายในกลุ่ม	385	138335.13	359.31		
รวม	389	140189.62			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	.6080	.1520	1.56	.181
ภายในกลุ่ม	385	37.2954	.0969		
รวม	389	37.9034			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	2.6179	.6545	5.11*	.000
ภายในกลุ่ม	385	49.3072	.1281		
รวม	389	51.9251			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 และข้อ 11 ที่ว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน แต่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 จึงนำไปทดสอบรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's) ดังตาราง 16

ตาราง 16 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านการปฏิบัติ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	$\bar{X}$	โสด	คู่	หม้าย	หย่า	แยกกันอยู่
		1.3887	1.2561	1.1263	1.0833	1.3333
โสด	1.3887	-	.1326	.2624*	.3054	.0554
คู่	1.2561		-	.1298	.1728	.0772
หม้าย	1.1263			-	.043	.207
หย่า	1.0833				-	.25
แยกกันอยู่	1.3333					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 16 แสดงว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสโสด จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสโสดจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสหม้าย

ตาราง 17 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	6	10522.801	1753.80	5.18*	.000
ภายในกลุ่ม	383	129666.82	338.55		
รวม	389	140189.62			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	6	2.6517	.4419	4.80*	.000
ภายในกลุ่ม	383	35.2517	.0920		
รวม	389	37.9034			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	6	6.2941	1.0490	8.80*	.000
ภายในกลุ่ม	383	45.6310	.1191		
รวม	389	51.9251			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพแตกต่างกันมี ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 14 และข้อ 15 กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบรายคู่โดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's) ดังตาราง 18 19 และตาราง 20

ตาราง 18 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ธุรกิจ	รับจ้าง	รับราชการ	ทำงานที่บ้าน	ว่างงาน	แม่บ้าน	นักเรียนนักศึกษา
	$\bar{X}$	67.37	66.38	85.21	62.47	64.92	73.50	72.92
ธุรกิจส่วนตัว	67.37	-	.99	.17.84*	4.9	2.45	6.13	5.56
รับจ้าง	66.38		-	18.83*	3.91	1.46	7.12	6.55
รับราชการ	85.21			-	22.74*	20.29*	11.71	12.28
ทำงานที่บ้าน	62.47				-	2.45	11.03	10.46
ว่างงาน	64.92					-	8.58	8.01
แม่บ้าน	73.50						-	.57
นักเรียนนักศึกษา	72.92							-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 18 แสดงว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ ประกอบธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง ทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และว่างงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความรู้เกี่ยวกับยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ ประกอบธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง ทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และว่างงาน

ตาราง 19 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านเจตคติ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ธุรกิจ	รับจ้าง	รับราชการ	ทำงาน ที่บ้าน	ว่างงาน	แม่ บ้าน	นักเรียน นักศึกษา
	X	2.4610	2.3758	2.6841	2.3162	2.4029	2.4479	2.4949
ธุรกิจส่วนตัว	2.4610	-	.0852	.2231	.1448	.0581	.0131	.0339
รับจ้าง	2.3758		-	.3083*	.0596	.0271	.0721	.1191
รับราชการ	2.6841			-	.3679*	.2812	.2363	.1892
ทำงานที่บ้าน	2.3162				-	.0867	.1317	.1787
ว่างงาน	2.4029					-	.045	.092
แม่บ้าน	2.4479						-	.047
นักเรียน นักศึกษา	2.4949							-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 19 แสดงว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติเกี่ยวกับยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

ตาราง 20 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านการปฏิบัติ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ธุรกิจ	รับจ้าง	รับราชการฯ	ทำงานที่บ้าน	ว่างงาน	แม่บ้าน	นักเรียนนักศึกษา
	X	1.3327	1.2005	1.5810	1.0883	1.2964	1.3543	1.4848
ธุรกิจส่วนตัว	1.3327	-	.1322	.2483	.2444	.0363	.0216	.1521
รับจ้าง	1.2005		-	.3805*	.1122	.0959	.1538	.2843*
รับราชการฯ	1.5810			-	.4927*	.2846	.2267	.0962
ทำงานที่บ้าน	1.0883				-	.2081	.266	.3965*
ว่างงาน	1.2964					-	.0579	.1884
แม่บ้าน	1.3543						-	.1300
นักเรียนนักศึกษา	1.4848							-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 20 แสดงว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่เป็นนักเรียน นักศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และประชาชนในชุมชนแออัดที่เป็นนักเรียน นักศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

ตาราง 21 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามรายได้ครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	4	9831.45	2457.86	7.25*	.000
ภายในกลุ่ม	385	130358.17	338.59		
รวม	389	140189.62			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	3.0551	.7638	8.34*	.000
ภายในกลุ่ม	385	34.8483	.0905		
รวม	389	37.9034			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	6.0927	1.5232	12.79*	.000
ภายในกลุ่ม	385	45.8324	.1190		
รวม	389	51.9251			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมี ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 17 และข้อ 18 กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe's) ดังตาราง 22 23 และตาราง 24

ตาราง 22 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ จำแนกตามรายได้ครอบครัว

รายได้ครอบครัว (บาท)		ต่ำกว่า 5,001	5,001- 10,000	10,001- 15,000	15,001- 20,000	20,001 ขึ้น ไป
	$\bar{X}$	64.67	68.01	73.49	78.73	83.15
ต่ำกว่า 5,001	64.67	-	3.34	8.82	14.06*	18.48*
5,001-10,000	68.01		-	5.48	10.72	15.14*
10,001-15,000	73.49			-	5.24	9.66
15,001-20,000	78.73				-	4.42
20,001 ขึ้นไป	83.15					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือนลงมา

ตาราง 23 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านเจตคติ จำแนกตามรายได้ครอบครัว

รายได้ครอบครัว (บาท)		ต่ำกว่า 5,001	5,001- 10,000	10,001- 15,000	15,001- 20,000	20,001 ขึ้น ไป
$\bar{X}$		2.3454	2.4242	2.4894	2.5810	2.6877
ต่ำกว่า 5,001	2.3454	-	.0788	.144	.2356*	.3423*
5,001-10,000	2.4242		-	.0652	.1568	.2635*
10,001-15,000	2.4894			-	.0916	.1983
15,001-20,000	2.5810				-	.1067
20,001 ขึ้นไป	2.6877					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 23 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือนลงมา

ตาราง 24 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านการปฏิบัติ จำแนกตามรายได้ครอบครัว

รายได้ครอบครัว (บาท)		ต่ำกว่า 5,001	5,001 - 10,000	10,001 - 15,000	15,001 - 20,000	20,001 ขึ้นไป
$\bar{X}$		1.1855	1.2635	1.3503	1.5933	1.6234
ต่ำกว่า 5,001	1.1855	-	.078	.1646	.4379*	.4078*
5,001-10,000	1.2635		-	.0868	.3599*	.3298*
10,001-15,000	1.3503			-	.2731	.243
15,001-20,000	1.5933				-	.0301
20,001 ขึ้นไป	1.6234					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 24 แสดงว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกับประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กล่าวคือ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัว ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือนลงมา และรายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน

ตาราง 25 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามแหล่งที่ให้ข้อมูล

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	4	1069.76	267.44	.74	.565
ภายในกลุ่ม	385	139119.86	361.35		
รวม	389	140189.62			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	.4378	.1094	1.12	.344
ภายในกลุ่ม	385	37.4656	.0973		
รวม	389	37.9034			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	.7444	.1861	1.39	.233
ภายในกลุ่ม	385	51.1807	.1329		
รวม	389	51.9251			

จากตาราง 25 แสดงว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 ข้อ 20 และข้อ 21 ที่ว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีแหล่งข้อมูลต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน

ตาราง 26 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	2	550.06	275.03	.76	.467
ภายในกลุ่ม	387	139639.56	360.82		
รวม	389	140189.62			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	.4798	.2399	2.48	.085
ภายในกลุ่ม	387	37.4236	.0967		
รวม	389	37.9034			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	.2365	.1183	.88	.413
ภายในกลุ่ม	387	51.6886	.1336		
รวม	389	51.9251			

จากตาราง 26 แสดงว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่อาศัยในชุมชนที่มีขนาดต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 22 23 และข้อ 24 ที่ว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่อาศัยในชุมชนที่มีขนาดต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน

3.3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ตาราง 27 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยระหว่าง ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ
เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	1.0000	.5839**	.4517**
เจตคติ		1.0000	.5704**
การปฏิบัติ			1.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จากตาราง 27 แสดงว่า ความรู้ของประชาชนในชุมชนแออัดเกี่ยวกับการใช้ยาชุด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเจตคติ ของประชาชนในชุมชนแออัดเกี่ยวกับการใช้ยาชุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 25

ความรู้ของประชาชนในชุมชนแออัด เกี่ยวกับการใช้ยาชุดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนแออัดเกี่ยวกับการใช้ยาชุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 26

เจตคติของประชาชนในชุมชนแออัดเกี่ยวกับการใช้ยาชุดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนแออัดเกี่ยวกับ การใช้ยาชุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 27

บทที่ 5

บทย่อ บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษากันคว่า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร แยกตามตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็น ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวน 390 คน ซึ่งได้โดยการใช้สูตรคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของยามานะ และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด ลักษณะแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอนคือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปร

ที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ

การสมรส รายได้ของครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย

ซึ่งมี ลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับยาสูบ มีลักษณะเป็นแบบทดสอบ

แบบถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่าโดย
ปรับให้มี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่มี
ลักษณะทางบวก จำนวน 8 ข้อ และทางลบ จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด
จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด โดยใช้แบบสำรวจ
พฤติกรรม (Checklist) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อความที่มีลักษณะทางลบ
ทั้งหมด จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาชุด
ในปัจจุบัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
SPSS/PC+(Statistical Package for the Social Science/Personal Computer Plus Version 4) ตามขั้น
ตอนต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม แต่ละชุดตามเกณฑ์ที่
กำหนดไว้
3. แยกกรองรหัสข้อมูลออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา
4. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาแจกแจงหาความถี่ หาค่าร้อยละ ค่า
เฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
5. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ นำ
มาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทางด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการใช้ยาชุด จำแนกตามเพศ โดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 2 และ 3
7. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทางด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการใช้ยาชุด จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว
แหล่งที่ให้ข้อมูล และขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-
way Analysis of Variance) ถ้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่าง
ของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 4 5 6 7 8
9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 และ 24

8. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ กับ เจตคติ ความรู้ กับการปฏิบัติ และ เจตคติ กับการปฏิบัติ โดยวิธีของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบนัยสำคัญโดยใช้ค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบ สมมติฐานข้อ 25 26 และ 27

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวน 390 คน จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว แหล่งที่ให้ ข้อมูล และขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย

1.1 จำแนกตามเพศ พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด เพศหญิง จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 57.95 และเพศชายมีจำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 42.05

1.2 จำแนกตามอายุ พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด มีอายุต่ำกว่า 21 ปี มีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 9.74 อายุ 21-30 ปี มีจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 อายุ 31-40 ปี มีจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 27.95 อายุ 41-50 ปี มีจำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24.62 และอายุมากกว่า 50 ปี มีจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.36

1.3 จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.18 ระดับประถมศึกษา มีจำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 47.69 ระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 33.59 ระดับอนุ ปรริญญาหรือเทียบเท่า มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 8.97 และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.57

1.4 จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพ โสด มีจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 25.13 ที่สถานภาพคู่ มีจำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 60.26 สถานภาพหย่า มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9.23 สถานภาพหย่า มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.08 และสถานภาพแยกกันอยู่ มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.30

1.5 จำแนกตามอาชีพ พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 12.05 รับจ้าง มีจำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 48.72 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90 ทำงานบ้านโดยไม่ได้ รับค่าจ้าง มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 8.97 ว่างานหรือกำลังสมัครงาน มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90 แม่บ้าน มีจำนวน 39 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.00 และนักเรียน นักศึกษา มีจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 8.46

1.6 จำแนกตามรายได้ครอบครัว พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน มีจำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 43.84 รายได้ครอบครัว 5,001-10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 35.38 รายได้ครอบครัว 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.51 รายได้ครอบครัว 15,001-20,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38 และรายได้ครอบครัว 20,001 บาทขึ้นไป มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.87

1.7 จำแนกตามแหล่งที่ให้ข้อมูล พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลในการแนะนำให้ใช้ยาชุด เป็นเพื่อนบ้าน มีจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 33.58 ญาติพี่น้อง มีจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 18.97 บิดามารดา มีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 8.71 ร้านขายยาหรือร้านขายของชำ มีจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.89 และครู อาจารย์ มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.82

1.8 จำแนกตามขนาดของชุมชนที่อยู่อาศัย พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ขนาดเล็ก มีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 30.76 ขนาดกลาง มีจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 49.23 และขนาดใหญ่ มีจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

2. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด

2.1 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย 68.44 ($\bar{X} = 68.44$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.98 ($S = 18.98$) เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลความรู้เกี่ยวกับยาชุด พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ในระดับดีมาก มีจำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 37.69 มีความรู้ในระดับดี มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 13.85 มีความรู้ระดับปานกลาง มีจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.82 มีความรู้ระดับผ่านเกณฑ์ มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 มีความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์ มีจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 17.95

2.2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.42 ($\bar{X} = 2.42$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 ($S = 0.31$) เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ ถือว่า ประชาชนในชุมชนแออัดเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดอยู่ในระดับดีมีจำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 59.49 ระดับปานกลาง มีจำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 38.72 ระดับต่ำ มีจำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.79

2.3 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.27 ($\bar{X} = 1.27$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 ($S = 0.36$) เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ ถือว่า

ประชาชนในชุมชนแออัดเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดอยู่ในระดับดี มีจำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 42.82 ระดับพอใช้ มีจำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 51.79 ระดับที่ต้องปรับปรุง มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38

3. การทดสอบสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้

3.1 ประชาชนในชุมชนแออัด เพศชาย กับเพศหญิง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

3.2 ประชาชนในชุมชนแออัด เพศชาย กับเพศหญิง มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

3.3 ประชาชนในชุมชนแออัด เพศชาย กับเพศหญิง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

3.4 ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีอายุต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 21-30 ปี จะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 41-50 ปี

3.5 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 21-30 ปี จะมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 41-50 ปี และอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

3.6 ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 21-30 ปี จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 41-50 ปี

3.7 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ดีกว่าระดับประถมศึกษา และดีกว่าระดับมัธยมศึกษา ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ดีกว่าระดับประถมศึกษา และประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

3.8 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ดีกว่าระดับประถมศึกษา และดีกว่าระดับมัธยมศึกษา ประชาชนใน

ชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ดีกว่าระดับประถมศึกษา และ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และดีกว่าระดับประถมศึกษา

3.9 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ดีกว่าระดับประถมศึกษา และดีกว่าระดับมัธยมศึกษา ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ดีกว่าระดับประถมศึกษา และ ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และดีกว่าระดับประถมศึกษา

3.10 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

3.11 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

3.12 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสโสด มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสหม้าย

3.13 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับราชการ หรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับจ้าง ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และว่างงาน

3.14 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพต่างกันมี เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับราชการ หรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

3.15 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพต่างกันมี การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มี การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มี

อาชีพรับจ้าง ทำงานบ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพนักเรียน นักศึกษามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ขาดคึกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับจ้าง และทำงานบ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

3.16 ประชาชนในชุมชนแออัดที่รายได้ครอบคลุมต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม 15,001-20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน

3.17 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุมต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม 15,001-20,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน

3.18 ประชาชนในชุมชนแออัดที่รายได้ครอบคลุมต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม 15,001-20,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบคลุม ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน

3.19 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด ไม่แตกต่างกัน

3.20 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา
ชุด ไม่แตกต่างกัน

3.21 ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ไม่แตกต่างกัน

3.22 ประชาชนในชุมชนแออัดที่อาศัยในชุมชนที่มีขนาดต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับ
การใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

3.23 ประชาชนในชุมชนแออัดที่อาศัยในชุมชนที่มีขนาดต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

3.24 ประชาชนในชุมชนแออัดที่อาศัยในชุมชนที่มีขนาดต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

3.25 ความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

3.26 ความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

3.27 เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนในชุมชนแออัด ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล และขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย ผลการวิเคราะห์ปรากฏผลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของประชาชนในชุมชนแออัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จะมีอายุ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.9 รองลงมาคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.6 และ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 ซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.6 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.3 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 25.1 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 48.1 โดยมีรายได้ครอบครัว ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 35.4 และประชาชนในชุมชนแออัดจะมีแหล่งข้อมูลในการตัดสินใจใช้ยาชุด เป็นร้านขายยาหรือร้านขายของชำมากที่สุด ร้อยละ 35.9 รองลงมาคือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 33.6 และญาติพี่น้อง ร้อยละ 19.0

2. จากการศึกษาผลการวิเคราะห์ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=68.44$, $S=18.98$) พฤติกรรมสุขภาพ ด้านเจตคติ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.42$, $S=0.31$) และมีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติ อยู่ในระดับปฏิบัติพอใช้ ($\bar{X} = 1.27$, $S = 0.37$) การที่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด อยู่ในระดับปานกลาง ดี และปฏิบัติ

พอใช้ นั้น เนื่องจากในปัจจุบันประชาชนทั่วไปมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทั้งจากสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สื่อบุคคล นิทรรศการ รวมทั้งนโยบายด้านการสาธารณสุขมีการส่งเสริม สนับสนุน ให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติด้าน สุขภาพ โดยเผยแพร่ในรูปแบบเอกสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับยาสูบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ที่เผยแพร่ออกมาทั้ง เอกสาร โปสเตอร์ สปอตโฆษณา ทั้งทาง วิทยุ โทรทัศน์ อยู่เป็นประจำ จึงทำให้ประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีพื้นที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสามารถรับรู้ข่าวสาร หรือสื่อ ต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งของภาครัฐ และเอกชนกระจายอยู่ทั่วไปทำให้ประชาชนในชุมชนแออัดได้รับความรู้ และเปลี่ยนเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบถูกต้องยิ่งขึ้น

3. ผลการเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชน ในชุมชนแออัด ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล และขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย

3.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดเพศชาย กับเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ข้อ 2 และข้อ 3 ที่ว่า ประชาชนในชุมชนแออัด มีพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาสูบ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติแตกต่างกัน ซึ่งโดยทั่วไปเมื่อร่างกายเกิด การเจ็บป่วยหรือมีอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติ คนเรามักจะมีการปฏิบัติในการ แสวงหาหนทางที่จะขจัดความผิดปกติเหล่านั้น ทั้งเพศชาย และเพศหญิง หากเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น ต่างต้องการมีชีวิตอยู่ทุกคน จึงต้องขวนขวายหาทางที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนมีชีวิต รอดอยู่ได้ ซึ่งโดยทั่วไปประชาชนในเขตเมือง เพศชาย และเพศหญิง มีโอกาสเท่าเทียมกันในการ รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชนต่าง ๆ เท่ากัน ทำให้ประชาชนทั้งเพศชาย และเพศหญิง มี การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน (เพ็ญศรี เกิดนาค.2537 : 116) จึงทำให้ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด ทั้งเพศชาย และเพศหญิง เป็น ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวยพร ทิวคันษา (2534 : ไม่มีเลขหน้า) ที่ได้ทำการศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของ ประชาชน พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับ ความรู้ เจตคติ และการการปฏิบัติเกี่ยวกับ การ ใช้ยา พิสมัย พัทธกาวรากร (2536 : 92) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ ป่วยที่มาใช้บริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล แล้วพบว่า ผู้ป่วยชายที่มารับ บริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่าง กับผู้ป่วยหญิง และ จากการศึกษานี้ของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 85) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการ เจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้มารับบริการเพศ

ชาย และเพศหญิง มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยานี้ เป็นการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะจัดการความผิดปกติของร่างกาย อันได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เป็นต้น

3.2 อายุ จากการศึกษาพบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 6 ที่ว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 21-30 ปี จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 41-50 ปี และประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 21-30 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งจากการที่กลุ่มอายุ 41-50 ปี และกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่ถูกต้องมากกว่า กลุ่มอายุ 20-30 ปี อาจเนื่องมาจาก ผู้ที่สูงอายุที่อายุมากขึ้น จะมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง และอาจเนื่องมาจากความชรา ความหลงลืม หรือการเลิกใส่ใจต่อสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (อัศมิษฐ์ สิงหลกะ. 2524 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Mohler.1995) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ แจ็คสัน และโจเซฟ เดนนิส (1981 : 2790B) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การสืบสวนพฤติกรรมการใช้ยาโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ภายในครอบครัว พบว่า อายุมีส่วนสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ และพิสมัย พิทักษาวรรณ (2536 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่อยู่ในกลุ่มสูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุอื่นๆ

3.3 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ข้อ 8 และข้อ 9 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ทั้งนี้ ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2532 : 173-185) โดยที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความสามารถที่จะเรียนรู้ เพื่อช่วยเหลือตนเอง เมื่อเจ็บป่วย ซึ่งการแสวงหาความรู้ นั้น ก็จะมีโอกาสกระทำได้อ่านด้วยตนเอง และได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ด้านนั้น ๆ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาค่ำ ย่อมต้องใช้เวลาในการศึกษาหาความรู้

และต้องใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างลองผิดลองถูก ทั้งยังต้องพึ่งผู้อื่นในการอ่านให้ฟังซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ น้อยมากหรือเกิดความเข้าใจผิดพลาดได้ (เบญจพร แก้วมีศรี.2535 : 88 ; อ้างอิงมาจาก Roger.1969) และจากการศึกษาของ พิสมัย พิทักษา วรากร (2536 : 93) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่เรียน ระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา กลุ่มที่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่า กลุ่มที่เรียนจบระดับประถมศึกษา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 88) ที่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งพฤติกรรมการเจ็บป่วยนี้ เป็นการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะขจัดความผิดปกติของร่างกาย อันได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เป็นต้น

3.4 สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน ซึ่ง โอเร็ม (สาลี พิกุลทอง. 2539 : 154 ; อ้างอิงมาจาก Orem.1985 : 91-120) ได้กล่าวว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของตนโดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต นอกจากนั้น เกษมตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 80) ได้กล่าวว่า สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ และจากการที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้ายมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกับผู้ที่มิมีสถานภาพสมรสโสด อาจจะเนื่องมาจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้ายซึ่งขาดคู่ครองผู้ดูแลใกล้ชิด ทำให้คนกลุ่มนี้เกิดความเหงา ขาดความสนใจ เอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง จึงทำให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่ถูกต้อง

แต่จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุด ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 และข้อ 11 ที่ว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ และเจตคติแตกต่างกัน ซึ่งส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา ไทบแท้ (2539 : 132) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาชุดใช้ในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ และเจตคติในเรื่องการ

ใช้ยาลดไข้ในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมม์ พิทักษาวรรกร (2536 : 94-95) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงยังไม่อาจสรุปได้ว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน

3.5 อาชีพ จากการศึกษาพบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ข้อ 14 และข้อ 15 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า อาชีพรับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว ทำงานบ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และว่างงาน ส่วนด้านเจตคติ พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และในด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพรับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง นอกจากนี้ประชาชนในชุมชนแออัดที่เป็น นักเรียน นักศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพ รับจ้าง และทำงานที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง จะเห็นว่าอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการดูแลสุขภาพมากขึ้น และการที่อาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าอาชีพอื่น อาจเป็นเพราะอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ส่วนมากเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปจึงทำให้สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ทำให้มีการปรับเปลี่ยนเจตคติในทางที่ถูกต้อง ประกอบกับการที่มีรายได้แน่นอนตายตัว จึงสามารถกำหนดวิธีการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง (ทิพวัลย์ ขาวสำอาง.2535 : 163 ; อ้างอิงมาจาก Jalowice and Power. 1981 : 10-18) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 80) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ที่มาใช้บริการที่มีอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพลูกจ้าง เอกชน ค้าขาย และเกษตรกรกรรม ซึ่งพฤติกรรมการเจ็บป่วยนี้ เป็นการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะขจัดความผิดปกติของร่างกาย อันได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมม์ พิทักษาวรรกร (2536 : 89-90) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วย

ป่วย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า กลุ่มอาชีพรับจ้าง นักเรียน นักศึกษา ไม่มีอาชีพ ค่าขาย และเกษตรกรรม และผลการศึกษามนตรี กัณห์รัตนชัย (2530 : 16) ที่ทำการสำรวจการใช้ยาชุดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนวัฒนานคร พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีการใช้ยาชุดมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอาชีพรับจ้าง

3.6 รายได้ จากการศึกษพบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 ข้อ 17 และข้อ 18 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวดีกว่า มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า ซึ่งโดยทั่วไปถ้าประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็จะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ เช่น ไม่มีเงินซื้ออาหารที่จะให้ประโยชน์แก่ร่างกาย เจ็บป่วยไม่มีเงินที่จะให้ค่ารักษาพยาบาล จึงต้องไปซื้อยาชุดมาใช้ (ประภาพัณญ์ สุวรรณ.2527 : 179) ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจดี นอกจากจะนิยมไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยระยะต้น ๆ แล้ว ยังนิยมในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพด้วย ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มักไม่ค่อยสนใจในการป้องกัน หรือส่งเสริมสุขภาพ จะไปพบแพทย์เมื่อป่วยหนักจนทำงานไม่ไหว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดวิถีทางการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจมักจะไม่สามารถจัดหาสิ่งเอื้ออำนวยต่อสุขภาพได้ดีเท่ากับครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี (สุภาพร ชาติเพชร. 2531 : 59 ; อ้างอิงมาจาก เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ.2523 : 11-13) และจากการศึกษาของ พิสมัย พิทักษ์วารากร (2536 : 97) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (25434 : 90) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้มารับบริการที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้น้อยกว่า และจากการศึกษาของ เพ็ญศรี เกดนาถ (2537 : 120) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษา จังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ตั้งแต่ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อสูงกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า และจากการศึกษาของ สาริณี ลิประเสริฐ (2531 : 173) ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาแก้ปวดในประชากรวัยแรงงาน พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้มีการใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวัน

3.7 แหล่งที่ให้ข้อมูล จากการศึกษพบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้อง

กับสมมติฐานข้อ 19 ข้อ 20 และข้อ 21 ที่ว่าประชาชนในชุมชนแออัดที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบแตกต่างกัน ซึ่งโดยทั่วไปการดำเนินชีวิตในสังคม ชนบทชนบทนิยมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อทางด้านสุขภาพ มักถูกควบคุมโดยวัฒนธรรม และประชาชนในชุมชนใดก็ได้รับมรดกทางวัฒนธรรมนั้น ๆ (บุญเยี่ยม ธรรมะกุลวงษ์.2528 : 538-539) นอกจากนั้นกลุ่มบุคคลในสังคมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด แหล่งที่ให้ข้อมูลที่ได้ทำการศึกษาเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกัน จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด และจากการศึกษาของ สารภี ลีประเสริฐ (2531 : 173 - 174) ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาแก้ปวดในประชากรวัยแรงงาน พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างแพร่หลาย เช่น ความคุ้นเคยต่อการพบเห็นการใช้ยาแก้ปวดจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ซึ่งปริดา ดิสุวรรณ (2533 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม คือ ผู้ให้คำแนะนำ(สื่อโฆษณา) แหล่งข้อมูลคำแนะนำ(ผู้ขายยา) แหล่งซื้อยา(ร้านขายของชำ) นอกจากนั้น สุพัตรา ชาติบัญชาชัย (2533 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาแหล่งข้อมูลและการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : กรณีศึกษา 4 หมู่บ้าน พบว่า กระบวนการตัดสินใจในการรักษาตนเองของชาวบ้านนั้น เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เริ่มจากวินิจฉัยด้วยตนเองว่าป่วยหรือไม่ รุนแรงหรือไม่ ควรเลือกแหล่งที่รับบริการที่ไหนดี กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 13 ปี การตัดสินใจจะขึ้นอยู่กับบิดามารดา หรือญาติผู้ใหญ่ และในรายที่อายุที่อายุมากกว่า 20 ปี จะตัดสินใจเองเป็นส่วนมาก แต่ในกรณีคนชรา การตัดสินใจจะขึ้นอยู่กับลูกหลาน ส่วนผู้ป่วยอายุ 13-20 ปี จะมีการตัดสินใจเองบ้างในบางครั้ง ซึ่งครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2532 : 173-185)

3.8 ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย จากการศึกษพบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีขนาดชุมชนที่อยู่อาศัยต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 22 ข้อ 23 และข้อ 24 ที่ว่าประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีขนาดชุมชนที่อยู่อาศัยต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบแตกต่างกัน ซึ่งจากสภาพโดยทั่วไปถึงแม้ว่าจะมีการแบ่งขนาดชุมชนเป็นขนาด ใหญ่ กลาง เล็ก แล้วก็ตามแต่สภาพโดยทั่วไป ปัญหาการเจ็บป่วย พื้นฐานทางด้านการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนในชุมชนแออัด ที่อาศัยอยู่ในชุมชนขนาดต่างกันมีสภาพพื้นฐานคล้ายคลึงกัน โดยที่กลุ่มบุคคลในสังคมที่มีสภาพพื้นฐานคล้ายคลึงกันย่อมทำให้มีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมคล้ายคลึงกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2532 : 173-185) ซึ่งจาก

เหตุผลดังกล่าวจึงไม่อาจสรุปได้ว่า ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ของประชาชนในชุมชนแออัด

4. จากการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ พบว่า ความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 25 ข้อ 26 และข้อ 27 ซึ่งโดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน บุคคลที่มีความรู้ดี และเจตคติที่ดีย่อมมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติถูกต้อง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2527 : 154) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ จะเป็นส่วนประกอบที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ โดยที่ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม และเจตคติจะเป็นตัวกลางทำให้ความรู้ ซึ่งเป็นตัวนำไปสู่การปฏิบัติ นั่นคือ เจตคติทำให้เกิดการปฏิบัติ (Schwartz 1975 : 28-31) ดังนั้นจึงทำให้ พฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาชุดมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา ไทยแท้ (2539 : 142-143) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ใช้ในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ กับเจตคติ ความรู้ กับ การปฏิบัติ และเจตคติ กับ การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ใช้ในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ถาวรวงศ์ (2539 : 113-114) ที่ศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสัมพันธ์กันเชิงบวก

ข้อเสนอแนะ

จากปัญหาการใช้ยาชุด มีสาเหตุมาจากหลายองค์ประกอบ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนแออัด ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากการผลการวิจัยที่พบว่าการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนในชุมชนแออัด มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันนั้น จึงควรจัดให้มีการอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการใช้ยาชุด ให้แก่ประชาชนในชุมชนแออัด เพื่อให้ประชาชนในชุมชนแออัดมี พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีขึ้น

2. การให้ความรู้ทางสื่อมวลชน โดยมีการณรงค์เผยแพร่ความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการใช้ยาสูบ ซึ่งการนำเสนอในลักษณะ บทความ สารคดี และความบันเทิงโดยผ่านทางสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ จำทำให้ประชาชนไม่ว่าจะมีระดับการศึกษา อายุ ประกอบอาชีพแตกต่างกัน ก็สามารถรับรู้ข่าวสารได้เท่าเทียมกัน

3. จากปัญหาที่ประชาชนสามารถเลือกซื้อยามาใช้โดยไม่จำเป็นต้องมีใบสั่งแพทย์ หรือได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคก่อน ควรจะมีการป้องกันโดยขายอันตรายทุกชนิด ไม่ควรสามารถหาซื้อได้เอง ควรต้องมีใบสั่งแพทย์ก่อน และร้านขายยาควรมีเภสัชกรประจำร้านขายยาเพื่อให้คำแนะนำ และจ่ายยาให้กับประชาชน

4. จากการผลการวิจัยที่พบว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนในชุมชนแออัดต้องเลือกใช้ยาสูบนั้น ภาครัฐจึงควรจัดบริการให้กับผู้ด้อยโอกาส และมีรายได้น้อยให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อย เนื่องจากผู้ที่มีรายได้น้อยมักจะประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจอยู่แล้ว หากเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็จะไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเท่าที่ควร หากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐไม่เข้าไปดูแล

5. ภาครัฐควรจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพในชุมชนแออัด เพื่อให้ประชาชนในชุมชนแออัดมีรายได้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้นตามมาด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบอื่นๆ ในประชาชนในชุมชนแออัด เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด เป็นต้น

2. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบเฉพาะกลุ่มอาชีพ เช่น ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม

3. ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม และความทั่วถึงของระบบบริการสาธารณสุขเพื่อหารูปแบบ หรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด

4. ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชนแออัด

5. ศึกษาถึงการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กานดา พูนลาภทวี. สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซนเตอร์การพิมพ์, 2530.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. คู่มือยานับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทเมคาร์ทจำกัด, 2532.
- _____. คู่มือยานับสมบูรณ์สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : บริษัทเมคาร์ทจำกัด, 2534.
- กล้าหาญ กังคะพิลาส. ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการซื้อขายแก้ปวคลดใช้รับประทานเองใน
ต. สารเคช อ. โภกสำโรง จ.ลพบุรี. ภาคนิพนธ์สาขารณสุขศาสตร์บัณฑิต. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- กลุ่มศึกษาปัญหาบา,มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และคณะ. โครงการสัมมนาเรื่องการใช้ยาที่
เหมาะสมของประชาชน. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2528.
- กลุ่มเภสัชกรชุมชน. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนกับบริการเภสัชกรรม
ชุมชน. กรุงเทพฯ : เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2532.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ :
อรุณการพิมพ์, 2528.
- คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2535. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การ
เกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2535.
- คณะกรรมการอาหารและยา,สำนักงาน. รายงานการวิจัยและสำรวจข้อมูลเรื่องสภาวะการใช้ยา
ของประชาชน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข,
2534.
- _____. ข้อมูลสถิติอาหารและยา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- _____. คู่มือผู้บริโภคด้านสาธารณสุขสำหรับเจ้าหน้าที่. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี และคนอื่นๆ. พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดชนิดของของผู้ใช้แรงงานใน
ชนบทและบทและชุมชนแออัด. กรุงเทพฯ : แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคนอื่นๆ. รายงานการวิจัยเรื่องระบาดวิทยาการใช้ยาระงับปวดและลด
ไข้ของผู้ที่ประกอบอาชีพติดจักรยานสามล้อ ในจังหวัดนครราชสีมา. น.ป.ท., 2527.

- จิระภา ดันทยาภิรักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์แนวความคิดการดูแลสุขภาพ
ภาพตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของชุมชน อ.เมือง จ.ตาก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- เจนภา ณ ระนอง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัด
พัทลุง. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- ชนิกา พงศ์สงวนสิน และคณะ. การรักษาโรคติดเชื้อด้วยตนเองของประชาชน. กรุงเทพฯ :
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- ชัชวาลย์ ประภาลัย. การสำรวจการใช้ยาของประชาชนใน อ.ศิขรภูมิ จ.สุรินทร์. ภาคนิพนธ์
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ชูเพ็ญ วิบูลสันติ และคณะ. ขาดใช้แก้ปวดที่ขายดีในร้านขายยาในจังหวัดเชียงใหม่.
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2526.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2530.
- ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้
ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาสืบดี. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และ
สาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- _____. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ทวีเกียรติ เลหาะวลีสันต์ และคณะ. พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม 5 กลุ่มในหญิงวัยเจริญพันธุ์
ที่อยู่กินกับสามี ในอำเภอสะเตา และอำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา. สงขลา : สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2533.
- ชนวรรณ อัมสมบุญ. “การประเมินผลงานสุขภาพศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ,” วารสารสุขภาพ. 8(29) : 60 ; มกราคม - เมษายน 2528.
- _____. เอกสารประกอบการสอนวิชาพฤติกรรมศาสตร์ทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ : คณะพล
ศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ , 2535. อัดสำเนา.
- นันทวุฒิ จันทร์เจริญ. “ยาชุด,” วารสารโรงพยาบาลสงขลา. 2(1) : กันยายน-ธันวาคม
 2524.
- นิภา มนูญปิจู. การวิจัยทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.

นโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร, สำนัก. คู่มือการพัฒนาชุมชนกรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ : การศาสนา, 2535.

_____. แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี, 2540

บุญเยี่ยม ตรีภูวณ. “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข,” เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา.

หน่วยที่ 11. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.

บุตร ประดิษฐ์วิช. คนไทยหนุทดลองยา 53 ล้าน เล่ม 1. กรุงเทพฯ : เอช เอ็น สเตชั่นนารี และ
การพิมพ์, ม.ป.ป.

บุศรา ใจเชื้อสกุล. พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการ
สุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.

เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
โอเคชั่นสโตร์, 2526.

_____. “พฤติกรรมสุขภาพ,” ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.

_____. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ปราณี เหมวิมล. การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจำข่าผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน
ระหว่างปี 2528-2529. วิทยานิพนธ์ ก.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
อัดสำเนา.

ปรีดา คีสุวรรณ และสมควร รัตนสะอาด. การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของ
ประชาชน. แพทย์ : โรงพยาบาลแพย์, 2533.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :
สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.

พัชรา กาญจนรัตน์. รายงานการวิจัยเรื่องการใช้ยาแก้ปวดในเกษตรกรไทย. กรุงเทพฯ : ภาควิชา
พลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526.

พิลสมัย พัทธกาวารกร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษา
ในหมู่บ้านภาคอีสาน,” ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 156-207. นครปฐม:
ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, 2533.
- พูนทรัพย์ โสภรัตน์. หลักการใช้จ่ายทั่วไป. กรุงเทพฯ : เบลโล่การพิมพ์, 2537.
- เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. “ผลของวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพอนามัย,” เอกสารประกอบการสอน
วิชามานุษยวิทยาการแพทย์. ม.ป.ท., 2523.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษา จังหวัด
นนทบุรี. ปรียนันตพงษ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสาน
มิตร, 2537. อัดสำเนา.
- มนตรี กันทรคันชัย. “การสำรวจการใช้จ่ายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนวัฒนานคร,”
วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 4(1) : 15-19 ;
มกราคม-มีนาคม 2530.
- มหิดล, มหาวิทยาลัย. สรุปผลโครงการพัฒนาชุมชนเขตเมือง พ.ศ. 2529-2530. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2539.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2536.
- วารี ระกิติ. “หลักการสุศึกษา,” เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 2. นนทบุรี :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2530.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับวิจัย. กรุงเทพฯ : กองการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการ
การศึกษาแห่งชาติ, 2530.
- ศิริภรณ์ พึ่งวิทยา. ยาระงับปวด. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ. พฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำ
กว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก. ปรียนันตพงษ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- สมใจ บึงศักดิ์มงคล และสัญญาธิ์ ใบไพศาล. การรักษาโรคติดเชื้อด้วยตนเองของประชาชนในชุม
ชนแออัด. วิทยานิพนธ์ ภ.ม. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- สมพงษ์ พัดบุบ. สภาพสิทธิของสลัม. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์, 2527.
- สมหมาย วันสอน. “แหล่งเสื่อมโทรม,” ประชากรศึกษา. 1(10) : 95-110; เมษายน, 2527.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ. การสำรวจปัญหาทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของชาวชุมชนแออัด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สถิติสาธารณสุข, กอง. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2535.
- _____. สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
- _____. สถิติประชากรทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
- _____. สถิติรายได้ รายจ่ายของครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
- สวัสดิการสังคมกรุงเทพมหานคร, สำนัก. สรุปการสำรวจชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : โอ เอส.พรินต์ เฮาส์, 2533.
- สารภี ลีประเสริฐ. “ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาแก้ปวดในประชากรวัยแรงงาน,” วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2(3) : กันยายน-ธันวาคม 2531.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุพัตรา ชาติบัญชาชัย และคณะ. แหล่งข้อมูลและการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : กรณีศึกษา 4 หมู่บ้าน. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2533.
- สุภาพร ชาญเพชร. ความเชื่อที่ผิดด้านการดูแลสุขภาพของมารดาที่พาเด็กป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531. อดสำเนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 2530. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช, 2531.
- โสภิต ธรรมอารี. “การส่งยาอย่างมีเหตุผล,” จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 36(2) 77 - 78 ; กุมภาพันธ์ 2535. .
- สำลี ใจดี และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง ร้านขายยาในชุมชน. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2522.
- _____. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการใช้ยาชุดในเมืองไทย. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.

- อนงค์นารถ เจริญการค้า. การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับยาเสพติดของผู้ขึ้นชื่อสามล้อจ้างใน อ. เมือง จ.อุทัยธานี. ภาคนิพนธ์สาขารณสุขศาสตร์บัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- อรัญญา ไทยแท้. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี โรงพยาบาลเด็ก. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- อนิรุทธิ์ คัมภักทวี. การศึกษาความต้องการเกี่ยวกับการศึกษานอกระบบโรงเรียนของประชาชนในชุมชนแออัด เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- อนุตรา สงเคราะห์. รายงานพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในเขตชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2535.
- อัศนีชัย สิงห์ลกะ. การใช้ยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ ภ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.
- อำนวพร ทิวังศา. การศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนในเขตตำบลพระบาทวังตวง อ.แม่พริก จ.ลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- Best, John W. Research in Education. 3rd ed. New Delhi : Prentice Hall of India Inc., 1978.
- Bloom, S. Benjamin. Taxonomy of Education Objective Hand Book one : Cognitive Domain. New York : Devid Mc. Kay Company, Inc., 1975.
- Damm, John Edward. "The effects of a drug education program on drug use and drug attitudes among college athletes," Dissertation Abstracts International. 52 ; November, 1990.
- Gutierrez, Sara Elizabeth. "An Attributional Approach to Female Drug Abuse," Dissertation Abstracts International. 2038-B ; December, 1982.
- Hope, Linda Rath. "The effects of a risk status on a student's Knowledge, attitudes, and behavior concerning drugs and alcohol, selfesteem, peer pressure, and sensation seeking tendencies," Dissertation Abstracts International. 54 ; September, 1993.
- Jackson, Joseph Dennis. "An Investigation of Prescribed and Nonprescribed Medicine Use Behavior within the family Context," Dissertation Abstracts International. 43 ; January, 1982.

Schwartz, Nancy E. "nutrition Knowledge, Attitude and Practice of High School Graduated,"

Journal of the American Dietetic Association. 66 ; January, 1975.

Steinberg, S.K. "A Rational Approach to the Use Drug in the Ederly," Can Pham J. 111 :

86-92 ; February , 1978.

WHO. Primary Health Care : Health For All (Series No.1). Alma-Ata : Geneva, 1987.

Yamane, Taro. Statistics an Introductory. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

อาจารย์ทัศน	ทองภักดี	สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
อาจารย์เชษฐ	ปรีชารัตน์	กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์จงกลณี	วิฑารุ่งเรืองศรี	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
เภสัชกรวิมล	สุวรรณเกษาวงศ์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
เภสัชกรกอบกุล	จิระกอบชัยพงศ์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644
ที่ ทม 1007/ 2541 วันที่ 16 มกราคม 2541
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องจาก นายจักรภพ จันทะวงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด
ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร" ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความควบคุมดูแลของ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธาน
อาจารย์ฉวีวรรณ ศรีโรจน กรรมการ
มีความประสงค์จะขอเชิญ อาจารย์ทัศนาก ทองภักดี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในครั้งนี้ด้วย และขอขอบคุณในความช่วยเหลือ
อนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่บัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม 1007/ 2541

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

มกราคม 2541

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

เนื่องจาก นายจักรพงษ์ ขันทะวงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด
ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร" ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธาน

อาจารย์อวีระมณ สิริธมม กรรมการ

มีความประสงค์ที่จะขอเชิญ นางจงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี นักวิชาการอาหารและยา 8 จ. และ
นางวิมล สุวรรณเกษาวงค์ เกสกร 7 วช. กองวิชาการ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านในครั้งนี้ด้วย และขอขอบคุณในความช่วยเหลือ
อนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่ผู้ศึกษา

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทม 1007/ 104

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๑ มกราคม 2541

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยการแพทย์

เนื่องจาก นายจักรกฤษณ์ จันทะวงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด
ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร" ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุทามาศ เทพชัยศรี ประธาน

อาจารย์วิวัฒน์ ศรีโกลม กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญ นางกอบกุล จิระกอบชัยพงศ์ กองวิเคราะห์ยา กรมวิทยาสาสตร์การแพทย์
เป็นผู้ให้ความรู้ตรวจสอบแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมา: คือขอความอนุเคราะห์ในครั้งนี้ด้วย และขอขอบคุณในความช่วยเหลือ
อนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่กิตติคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทม 1007/ ๑๑๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๗ มกราคม 2541

เรื่อง ขอลาออกนอกระยะที่

เรียน ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา

เนื่องจาก นายจักรพงษ์ ชันทะวงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังหาปริญญาโทเรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาชุด
ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร" ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธาน

อาจารย์ไพโรจน์ ศรีโกมล กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญ นายเชษฐา ธีระรัตน์ เป็นผู้อำนวยการแบบแผนตาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในสิ่งนี้ด้วย และขอขอบคุณล่วงหน้าไว้ด้วย
อนุเคราะห์ที่ท่านจะให้กับนิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/ 1849



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๐ พฤษภาคม 2541

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการเขตนานา

เนื่องจาก นายจักรพงษ์ จันทะวงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด
ของประชาชนในชุมชนแออัดเขตนานา กรุงเทพมหานคร" ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

อาจารย์วีวรรณ ศรีโรจน

กรรมการ

มีความประสงค์จะขอให้กลุ่มตัวอย่างประชาชนในชุมชนแออัด 6 ชุมชน คือ ชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา, ชุมชน
วัดช่องลม, ชุมชนโสมมัย-อร่ามคาง, ชุมชนเสดะพราหมณ์, ชุมชนศาลเทือก และชุมชนสามัคคีรวมใจ
ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2541 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความช่วยเหลือ
อนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่บัณฑิตผู้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/ จั ๕ ๖



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖ พฤศจิกายน

เรื่อง ขอเชิญเป็นกรรมการควบคุมการทําปริญญานิพนธ์

เรียน เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ด้วย นายจักรภพ จันทะวงศ์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา ได้ทําปริญญานิพนธ์
เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร"
บัณฑิตวิทยาลัยพิจารณาเห็นว่า อาจารย์ยลวีวรรณ ศรีโกมล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง
ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเขียนปริญญานิพนธ์เรื่องดังกล่าว จึงใคร่ขอเชิญ อาจารย์ยลวีวรรณ ศรีโกมล
เป็นกรรมการควบคุมการทําปริญญานิพนธ์ของนิสิตผู้นี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ และโปรดแจ้งให้ อาจารย์ยลวีวรรณ ศรีโกมล ทราบด้วย
ทั้งนี้หวังว่าคงได้รับความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด

เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร และนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถามไปศึกษาเปรียบเทียบ และหาความสัมพันธ์ตามตัวแปรต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในการจัดตั้งข้อมูลต่าง ๆ นำมาใช้ในการเสนอผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ แก่ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น

คำชี้แจง

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูล .

ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับยาสูรมีลักษณะเป็นแบบทดสอบแบบ

ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ โดยให้มาตราส่วนประเมินค่า โดย

ปรับให้มี 3 ตัวเลือก เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ โดยใช้แบบสำรวจ

พฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม ไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัย

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชาชุด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ

☐ ต่ำกว่า 21 ปี

☐ อายุ 41 - 50 ปี

☐ อายุ 21 - 30 ปี

☐ อายุมากกว่า 50 ปี

☐ อายุ 31 - 40 ปี

3. ระดับการศึกษา

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา

☐ อนุปริญญา หรือเทียบเท่า

☐ ประถมศึกษา

☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

☐ มัธยมศึกษา

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ หม้าย

☐ หย่า

☐ แยกกันอยู่

5. อาชีพ

☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ รับจ้าง

☐ รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ

☐ ทำงานบ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

☐ ว่างาน หรือกำลังสมัครงาน

☐ แม่บ้าน

☐ นักเรียน นักศึกษา

6. รายได้ครอบครัว

☐ ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน

☐ 15,001 - 20,000 บาท/เดือน

☐ 5,001 - 10,000 บาท/เดือน

☐ 20,001 บาทขึ้นไป

☐ 10,001 - 15,000 บาท/เดือน

7. ใครเป็นคนแนะนำท่านให้รู้จักชาชุดและการใช้ชาชุด (ตอบเพียง 1 ข้อ)

☐ เพื่อนบ้าน

☐ ร้านขายชา หรือร้านขายของชำ

☐ญาติพี่น้อง

☐ ครู อาจารย์

☐ บิดามารดา

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาชุด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้อง หรือคิดว่าไม่ถูกต้อง

คำถาม	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
1. ยาชุดกินได้ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ใช้		
2. ยาชุดประกอบประกอบด้วยยาหลายชนิด เสริมฤทธิ์กันทำให้บำบัดการเจ็บป่วยได้ทันที แต่ร่างกายได้รับยาเกินขนาด		
3. ยาชุดเป็นอันตรายต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากฤทธิ์ของยา		
4. ยาชุดแก้แอสมาติกจะทำให้เชื้อโรคคือยา เพราะได้รับยาไม่ครบตามจำนวน		
5. การกินยาชุดแก้แอสมาติกอาจทำให้เกิดการแพ้ยาได้		
6. ยาชุดแก้ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ ทำให้เกิดอาการบวม เป็นแผลในกระเพาะอาหาร		
7. การกินยาชุดแก้ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้เป็นโรคกระดูกพรุน หรือติดเชื้อรุนแรงได้ง่าย		
8. ยาชุดแก้ปวดคลายเครียด มักทำให้เกิดอาการง่วงซึม ไม่ควรขับขีรถยนต์ หรือทำงานกับเครื่องจักร		
9. การกินยาชุดแก้ปวดคลายเครียด เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้		
10. การกินยาชุดซึ่งมียาหลายชนิดทำให้ได้รับยาเกินความจำเป็น ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกาย		
11. การกินยาชุด ทำให้ได้รับยาเสื่อมคุณภาพ ยาปลอม หรือยาหมดอายุปลอมปนมาด้วย		
12. การกินยาชุดแก้ปวดเมื่อย ปวดตามข้อ ต้องลดอาหารเค็ม และไม่ควรรื่นสุรา		
13. การกินยาชุดทำให้ได้รับเท่าที่จำเป็น และได้รับยาถูกต้องกับโรค		
14. ยาชุดสามารถหาซื้อได้ตามร้านขายยาหรือร้านขายของชำ บางแห่ง		
15. ยาชุดเป็นยาอันตราย และผิดกฎหมาย		

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติในการใช้ยาชุด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ

คำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. การกินยาชุดแก้ปวดเมื่อย เป็นประจำจะช่วยให้รู้สึกสบาย ช่วยได้รับประทานอาหารได้ นอนหลับดี มีกำลังในการทำงาน			
2. ยาชุดเป็นยาครอบจักรวาล รักษาโรคได้ทุกโรค			
3. ยาชุดเป็นยาที่ใช้ยาหลายขนานมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น			
4. ยาชุดมักจะประกอบด้วยยาที่มีคุณภาพดี ไม่มียาปลอมปะปนอยู่			
5. การกินยาชุดผสมเหล้าจะช่วยให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้น			
6. หญิงมีครรภ์ และผู้สูงอายุไม่ควรกินยาชุดเพราะมีอันตรายต่อสุขภาพ			
7. ผู้ที่มีอาการป่วยคล้าย ๆ กันสามารถใช้ยาชุดชนิดเดียวกัน			
8. การกินยาชุดติดต่อกันเป็นเวลานานๆ ทำให้เกิดการติดยาได้			
9. ยาชุดสามารถใช้บำบัดการเจ็บป่วยได้ทันที และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพใด ๆ			
10. เมื่อเจ็บป่วยไม่ควรใช้ยาชุดตามคำบอกเล่าของบุคคลอื่นที่ไม่มีความรู้			
11. ถ้ามีอาการป่วยบ่อย ๆ ไม่ควรซื้อยาชุดมากินเอง ควรไปพบแพทย์			
12. เราไม่ควรใช้ยาชุดตามการโฆษณาหรือการบอกเล่าจากผู้อื่น			
13. การรับประทานยาชุด พร้อมกับดื่มสุราจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้			
14. ยาชุดเป็นยาอันตราย ผิดกฎหมาย ไม่ควรซื้อการรักษาโรค			
15. ยาชุดแก้ปวดเมื่อย บางชนิดเมื่อกินไปแล้วทำให้มีกำลังในการทำงาน			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก / ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ตามความเป็นจริง

คำถาม	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็นบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
1. ท่านเก็บตัวอย่างยาชุดไว้เป็นตัวอย่างครั้งต่อไปเมื่อเจ็บป่วย			
2. ท่านกินยาชุดตามที่เพื่อนบ้านแนะนำ			
3. ท่านกินยาชุดแก้อักเสบพออาการดีขึ้น ท่านหยุดกินยาเพราะเป็นอันตรายต่อร่างกาย			
4. ท่านซื้อยาชุดโดยบอกเล่าอาการให้แก่ผู้ขายฟังก่อน			
5. คนในครอบครัวท่านชอบซื้อยาชุดตามการโฆษณาต่าง ๆ			
6. หลังจากทำงานหนักท่านมักกินยาชุดแก้ปวดเมื่อย			
7. ท่านรู้จักยาชุดจากญาติและเพื่อนบ้านแนะนำ			
8. ถ้าท่านรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่มีกำลัง ท่านจะกินยาชุดบำรุงกำลังให้อาการดีขึ้น			
9. ท่านกินยาชุดโดยไม่คำนึงว่าจะเป็นยาที่รับประทานก่อนอาหารหรือหลังอาหาร			
10. ท่านจะซื้อยาชุดไว้ประจำบ้านไว้กินเมื่อเจ็บป่วยอยู่เสมอ			
11. ท่านจะใช้ยาชุดผ่อนคลายความเครียดเมื่อท่านมีปัญหาหรือความวิตกกังวล			

ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาชุด

ความคิดเห็นและปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาชุดในปัจจุบัน.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณ

ผู้วิจัย

เฉลยแบบสอบถามงานวิจัย
เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด
เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร

.....

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของประชาชนในชุมชนแออัด โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน โดยมีข้อเฉลยดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้กำหนดรหัสในการลงข้อมูลตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว แหล่งที่ให้ข้อมูล ขนาดชุมชนที่อยู่อาศัย

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับยาสูบมีลักษณะเป็นแบบทดสอบแบบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ โดยมีคำตอบดังนี้

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. ตอบถูกต้อง ได้ 0 คะแนน | ตอบไม่ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน |
| 2. ตอบถูกต้อง ได้ 0 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน |
| 3. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 4. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 5. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 6. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 7. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 8. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 9. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 10. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 11. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 12. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 13. ตอบถูกต้อง ได้ 0 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน |
| 14. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |
| 15. ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน | ตอบ ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน |

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่าโดยปรับให้มี 3 ตัวเลือก เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อ โดยมีคำตอบดังนี้

1. ตอบเห็นด้วยได้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 3 คะแนน
2. ตอบเห็นด้วยได้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 3 คะแนน

- [illegible]

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 15 ข้อ โดยมีคำตอบดังนี้

1. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน
2. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน
3. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน
4. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน
5. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน
6. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน
7. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน

8. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน
9. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน
10. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 1 คะแนน
11. ตอบปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน

การหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายของแบบสอบถาม

ตาราง 28 ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ
การใช้ยาชุด

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความเชื่อมั่น
1	.25	0.25	0.81
2	.33	0.33	0.81
3	.50	0.50	0.79
4	.50	0.50	0.79
5	.38	0.38	0.80
6	.61	0.61	0.78
7	.49	0.49	0.79
8	.25	0.25	0.81
9	.51	0.51	0.79
10	.58	0.58	0.79
11	.43	0.43	0.80
12	.34	0.34	0.81
13	.35	0.35	0.80
14	.40	0.40	0.80
15	.51	0.51	0.79

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ = 0.81

ตาราง 29 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความเชื่อมั่น
1	0.40	0.72
2	0.32	0.72
3	0.36	0.72
4	0.27	0.73
5	0.38	0.72
6	0.52	0.70
7	0.25	0.73
8	0.28	0.73
9	0.43	0.71
10	0.33	0.72
11	0.32	0.73
12	0.51	0.71
13	0.43	0.72
14	0.24	0.73
15	0.20	0.74

ค่าความเชื่อมั่นด้านเจตคติของแบบสอบถาม = 0.74

ตาราง 30 ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความเชื่อมั่น
1	0.43	0.83
2	0.61	0.81
3	0.35	0.84
4	0.59	0.81
5	0.51	0.82
6	0.59	0.82
7	0.55	0.82
8	0.52	0.82
9	0.53	0.82
10	0.49	0.82
11	0.55	0.82

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการปฏิบัติ = 0.83

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นายจักรภพ ชันทะวงศ์
เกิดวันที่	29 กรกฎาคม พุทธศักราช 2511
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	46/100 ซอยพหลโยธิน 52 แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	บุคลากร 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ฝ่ายการศึกษา สำนักงานเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	มัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์) โรงเรียนร้อยเอ็ดวิทยาลัย
พ.ศ. 2531	ประกาศนียบัตรเข้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
พ.ศ. 2534	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา) สถาบันราชภัฏบุรีรัมย์
พ.ศ. 2539	รัฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
พ.ศ. 2542	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

**พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด
เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร**

**บทคัดย่อ
ของ
จักรภพ ชันทะวงศ์**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤษภาคม 2542**

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส แหล่งข้อมูล และขนาดชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวน 390 คน เพศชาย 164 คน เพศหญิง 226 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติที ค่าสถิติเอฟ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ เชฟเฟ่ และวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดอยู่ใน ระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดอยู่ใน ระดับดี และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดอยู่ใน ระดับพอใช้
2. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร เพศชาย และเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ไม่แตกต่างกัน
3. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
4. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่า
5. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
6. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

7. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ประชาชนในชุมชนแออัดที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดดีกว่าประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า

8. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่มีแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

9. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีขนาดต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน

10. ประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ด้านความรู้และเจตคติ ความรู้และการปฏิบัติ เจตคติและการปฏิบัติ สัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

**HEALTH BEHAVIORS CONCERNING THE USE OF YA-CHUD OF PEOPLE
LIVING IN SLUM AREAS, KHET YAN NAWA, BANGKOK**

**AN ABSTRACT
BY
JARGAPOB KHANTAWONG**

**Presented in partial fulfillment of the requirements of the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 1999**

The objectives of this study were to determine and to compare health behaviors concerning the use of ya-chud of the people living in slum areas, Khet Yan Nawa, Bangkok with the following variables : sex, age groups, educational levels, occupations, family income, marital status, sources of information and size of the community.

The samples in this study were 390 people living in slum areas, Khet Yan Nawa, Bangkok. They were 164 males and 226 females selected from multistage random sampling. All of the data were obtained by questionnaires and analysis for percentage, arithmetic means, standard deviations, t-test, F-test (one way analysis of variance), multiple comparison by Scheffe's and Pearson product moment correlation coefficient.

The results were as follows :

1. Most of the people living in slum area had moderate knowledge and practice but had good attitude of ya-chud using
2. There were no significant difference between males and females in the knowledge, attitude and practice of ya-chud using
3. The people living in slum area who were in different age groups had significant differences in the knowledge, attitude and practice of ya-chud using at the .05 level.
4. The people living in slum area who had different educational levels had significant differences in the knowledge, attitude and practice of ya-chud using at the .05 level, i.e., the people who had higher educational levels had better knowledge, attitude and practice than the people who had lower educational levels.
5. The people living in slum area who had different marital status had significant differences in the practice of ya-chud using at the .05 level, but had no significant differences in the knowledge and attitude of ya-chud using.
6. The people living in slum area who had different occupations had significant differences in the knowledge, attitude and practice of ya-chud using at .05 level.
7. The people living in slum area who had different family incomes had significant differences in the knowledge, attitude and practice of ya-chud using at .05 level.
8. There were no significant differences in the knowledge, attitude and practice of ya-chud using among people who had different sources of ya-chud using information.
9. There were no significant differences in the knowledge, attitude and practice of ya-chud using among people who were in different sizes of communities.

10. There were positive correlations between the knowledge and the attitude, the attitude and the practice and the knowledge and the practice of ya-chud using at the .01 level of significance.