

ทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน
ระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
นางสาวศุภานันท์ เลี้ยงสุพงศ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ
เมษายน 2547
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน
ระหว่างยาดัชนีแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

นางสาวศุภานันท์ เลี้ยงสุพงศ์

21.11.0.2547

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ
เมษายน 2547

ศุภานันท์ เลี้ยงสุพงศ์. (2547). ทักษะคิดและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : รศ.สุพาดา สิริกุดตา.

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวาน ชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ ประกอบด้วย อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล ทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านคุณภาพยา ด้านราคา ยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ด้านการประกันสุขภาพของผู้ป่วย และยังคงศึกษาพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ กลุ่มตัวอย่างคือ แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 314 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานประกอบด้วย การวิเคราะห์ความแตกต่างของประชากรตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป หากผลการทดสอบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแล้ว ต้องทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) การวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่าง 2 ชุดจาก 2 ประชากรอย่างเป็นอิสระกัน โดยมีปัจจัยร่วมอยู่ด้วย นอกจากนั้น การทดสอบความสัมพันธ์จะใช้สถิติของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแพทย์อายุอยู่ในช่วง 25-35 ปี เป็นแพทย์ชำนาญเฉพาะทางด้านอายุรแพทย์และทำการรักษาผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลรัฐบาล ด้านทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบมีทัศนคติดีมากต่อรายด้านคุณภาพยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาและมีทัศนคติดีต่อรายด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ด้านประกันสุขภาพและด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย ด้านทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญมีทัศนคติดีต่อรายด้านคุณภาพยา ด้านราคา ยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านระบบประกันสุขภาพและด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่มีต่อยาต้นแบบ พบว่า แพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุดกับรายด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ด้านพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่มีต่อยาสามัญ พบว่า แพทย์ให้ความสำคัญมากกับรายด้านราคา ถูกกว่า ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล ประสิทธิภาพในการใช้ยา ความถี่ในการบันทึกการจ่ายยาโดยเฉลี่ยให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า แพทย์ได้บันทึกการจ่ายยาที่เป็นยาสามัญมากกว่ายาต้นแบบ แนวโน้มในการจ่ายยาของแพทย์ที่มีต่อยาต้นแบบ พบว่า แพทย์ยังคงจ่ายยาต้นแบบให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและแนวโน้มในการจ่ายยาของแพทย์ที่เป็นยาสามัญ พบว่า แพทย์เปลี่ยนเป็นจ่ายยาต้นแบบให้กับผู้ป่วยเบาหวาน

นอกจากนี้ผลการทดสอบสมมติฐานจำนวน 3 ข้อ พบว่า

1. อายุแตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านคุณภาพยา ด้านราคา ยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ และด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุแตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการ

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยา ที่เป็นยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านผลการศึกษายาวนานเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ด้านประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ด้านความเชื่อถือของผลการศึกษายาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ด้านประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ และด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทที่เป็นอาสาสมัครมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ด้านการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากบริษัท และด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพเบาหวานที่เป็นอาสาสมัครในด้านด้านความเชื่อถือของผลการศึกษาของอาสาสมัครนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ด้านประสิทธิผลการใช้ยาของแพทย์ ด้านราคาถูกกว่าด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทและด้านนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่เป็นยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยและด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ด้านความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ด้านประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์และด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบทัศนคติของแพทย์โดยรวมที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้รักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาดัชนแบบกับยาสามัญ พบว่า แพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้รักษาเบา

หวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านการสนับสนุนจาก
บริษัทฯและด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่ายาสามัญ แต่แพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจ
เลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคาจะน้อยกว่ายาสามัญอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ATTITUDES AND BEHAVIOR TOWARD THE DECISION MAKING IN CONSUMING
ORIGINAL AND GENERIC ORAL HYPOGLYCEMIC DRUGS
IN BANGKOK METROPOLITAN AREA

AN ABSTRACT
BY
MISS SUPANUN LEANGSUPONG

Presented in Partial Fulfillment of the requirements
for the Master of Business Administration degree in Management
at Srinakharinwirot University
April 2004

Supanun Leangsupong. (2004). *Attitudes and Behavior toward the Decision Making in Consuming Original and Generic Oral Hypoglycemic Drugs in Bangkok Metropolitan Area*. Master Project, M.B.A. (Management). Bangkok : Graduate School , Srinakarinwirot University. Project Advisor : Assoc.Prof. Supada Sirikudta.

The purpose of this research is to study attitude and behavior toward the decision making in consuming original and generic oral hypoglycemic drugs in Bangkok Metropolitan area. In this study, the factor of demography of doctor which consisted of age, specialty, type of hospital. There are 6 aspect of doctor's attitude comprising of quality of medicine, price, prescription experience, medical company sponsorship, patient health insurance and patient income. It also study prescription behavior of doctor between original and generic drug. Study groups are 314 people who treat the patient in Bangkok Metropolitan area. The tool for collection data is questionnaire which analyzed via the statistical methods: frequency, percentage mean and standard deviation. The statistic to be test the hypothesis is consist of Independent Sample t-test in order to test the differences of 2 people groups and One-way ANOVA is to test the difference of up to 3 people groups. If the result is different with statistical significant and then to test in pair comparison via Least Significant Difference(LSD) and Paired Sample t-test in order to test the differences of 2 people groups with cofactor. Moreover, the Correlation test is with Statistic of Pearson Product Moment Correlation.

The result of research finds that most of study groups are aged between 25-35 years, specialty in internal medicine, work in government hospital. In term of doctor's attitude towards decision making for original drug, it finds that they have very good attitude in quality of medicine, prescription experience and good attitude in medical company sponsorship, patient health insurance and patient income. Doctor's attitude towards decision making for generic drug, it finds that they have good attitude in quality of medicine, price, prescription experience, patient health insurance and patient income. In term of doctor's behavior towards decision making for original drug, it finds that they most concern in effective efficacy and good standard, scientific evidence base and worldwide. Doctor's behavior towards decision making for generic drug, it finds that they very concern in lower price, effective outcome, hospital policy and prescription experience. In term of the frequency of prescription, it finds that they mostly prescribe generic more than original. Tendency of original prescription still the same way in next visit whereas tendency of generic prescription change to original in next visit.

Moreover, the test result of 3 hypothesis are revealed as the following:

1. Hypothesis which is age differences impact on doctor's attitude for original drug in quality of medicine, price, prescription experience, medical company sponsorship and patient income with differences as statistical significant at .05 level. Age differences impact on doctor's attitude for generic drug in quality of medicine, prescription experience, medical company sponsorship and patient health insurance with differences as statistical significant at .05 level.

The specialty differences impact on doctor's attitude for original drug in quality of medicine, price, prescription experience, patient health insurance and patient income with differences as statistical significant at .05 level. The specialty differences impact on doctor's attitude for generic drug in quality of medicine, price, prescription experience, medical company sponsorship and patient health insurance with differences as statistical significant at .05 level.

The type of hospital differences impact on doctor's attitude for original drug in quality of medicine, prescription experience, medical company sponsorship and patient income with differences as statistical significant at .05 level. The type of hospital differences impact on doctor's attitude for generic drug in quality of medicine, prescription experience and patient health insurance with differences as statistical significant at .05 level.

2. Hypothesis which is the attitude of quality of medicine for original drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in effective efficacy and good standard with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of quality of medicine for original drug is related to behavior in decision making to prescribe generic drug in hospital policy with differences as statistical significant at .05 level.

The attitude of prescription experience for original drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in patient medical benefit scheme coverage, medical company sponsorship and doctor vs. company relationship with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of prescription experience for original drug is related to behavior in decision making to prescribe generic drug in effective outcome, generic bioequivalence, prescription experience, lower price and hospital policy with differences as statistical significant at .05 level.

The attitude of medical company sponsorship for original drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in medical company sponsorship and doctor vs. company relationship with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of medical company sponsorship for original drug is related to behavior in decision making to prescribe generic drug in effective outcome, lower price and medical company sponsorship with differences as statistical significant at .05 level.

The attitude of patient health insurance for original drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in prescription experience with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of patient health insurance for original drug is related to behavior in decision making to prescribe generic drug in effective outcome, generic bioequivalence, lower price and hospital policy with differences as statistical significant at .05 level.

The attitude of patient income for original drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in effective efficacy and good standard, prescription experience, patient medical benefit scheme coverage and doctor vs. company relationship with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of patient income for original drug is related to behavior in

decision making to prescribe generic drug in effective outcome, generic bioequivalence, prescription experience and medical company sponsorship with differences as statistical significant at .05 level.

The attitude of quality of medicine for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in scientific evidence base and worldwide, prescription experience, medical company sponsorship and doctor vs. company relationship with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of quality of medicine for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe generic drug in effective outcome, generic bioequivalence, prescription experience and medical company sponsorship with differences as statistical significant at .05 level.

The attitude of prescription experience for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in scientific evidence base and worldwide and doctor vs. company relationship with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of prescription experience for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe generic drug in generic bioequivalence, medical company sponsorship and hospital policy with differences as statistical significant at .05 level.

The attitude of medical company sponsorship for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in scientific evidence base and worldwide, patient medical benefit scheme coverage, medical company sponsorship and doctor vs. company relationship with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of medical company sponsorship for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe generic drug in generic bioequivalence, prescription experience, lower price, medical company sponsorship and hospital policy with differences as statistical significant at .05 level.

The attitude of patient health insurance for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in medical company sponsorship with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of patient health insurance for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe generic drug in effective outcome and hospital policy with differences as statistical significant at .05 level.

The attitude of patient income for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe original drug in patient medical benefit scheme coverage and doctor vs. company relationship with differences as statistical significant at .05 level. The attitude of patient income for generic drug is related to behavior in decision making to prescribe generic drug in effective outcome, generic bioequivalence, prescription experience and medical company sponsorship with differences as statistical significant at .05 level.

3. The attitude comparison in decision making to prescribe hypoglycemic drug between original and generic : prescription of original in quality of medicine, prescription experience, medical company sponsorship and patient health insurance are favored whereas decision making to prescribe hypoglycemic drug of generic in price is favored with differences as statistical significant at .05 level.

อาจารย์ที่ปรึกษา ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบได้พิจารณา
สารนิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์ สุพาดา สิริกุตตา)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....
(รองศาสตราจารย์ ศิริวรรณ เสรีรัตน์)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สุพาดา สิริกุตตา)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ศิริวรรณ เสรีรัตน์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. วรางคณา อติศรประเสริฐ)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจ
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะสังคมศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติมา สังข์เกษม)
วันที่ 14 เดือน 11 พ.ศ. 2547

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยการอนุเคราะห์จาก รองศาสตราจารย์สุพาดา สิริกุดตา อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และ อาจารย์ ดร. วรางคณา อติศรประเสริฐ ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตลอดจนการแก้ไขให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสังคมศาสตร์ทุกท่านที่ได้มอบความรู้อันเป็นทุนชีวิตแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ และคุณพ่อผู้ให้การสนับสนุนทั้งร่างกาย แรงใจ และทุนทรัพย์ ให้ผู้วิจัยก้าวมาถึงจุดนี้

ขอขอบคุณ นายมานะ ตั้งจิตเสริมสุข ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการทำงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือและแนะนำในการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ภาควิชาบริหารธุรกิจ คณะสังคมศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัยทุกท่าน ตลอดจนผู้มีส่วนต่อความสำเร็จในงานวิจัยนี้ทุกท่าน

ท้ายสุดนี้คุณงามความดีและประโยชน์อันเกิดจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอน้อมบูชาคุณบิดามารดา และบูรพาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา อบรมสั่งสอน จนกระทั่งประสบผลสำเร็จในวันนี้

ศุภานันท์ เลี้ยงสุพงศ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	7
สมมติฐานในการวิจัย.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดกับทัศนคติ.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม.....	18
ประวัติความเป็นมาและธุรกิจของยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในประเทศไทย	22
การคัดเลือกและการส่งใช้ยาต้นแบบและยาสามัญ.....	41
ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการเลือกใช้ยา.....	42
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	54
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
สรุปการทดสอบสมมติฐาน.....	119
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	125
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	125
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	127
อภิปรายผล.....	139
ข้อเสนอแนะ.....	150

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม.....	151
ภาคผนวก.....	154
ภาคผนวก ก.....	155
แบบสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัย.....	156
ภาคผนวก ข.....	161
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม.....	162
ภาคผนวก ค.....	163
หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ.....	164
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	165

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลส่วนแบ่งตลาดยาระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญ.....	1
2 ข้อมูลส่วนแบ่งตลาดยาระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญ.....	2
3 เปรียบเทียบความแตกต่างของโรคเบาหวาน.....	23
4 ภาพรวมของตลาดยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานช่วงปี ค.ศ. 1998-2002.....	26
5 การแบ่งแยกลักษณะโครงสร้างตลาด.....	31
6 การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสัดส่วนโดยตรง.....	49
7 แสดงข้อมูลส่วนตัวของแพทย์.....	61
8 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านคุณภาพยา	62
9 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านราคา	62
10 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านประสิทธิภาพ ในการใช้ยา.....	63
11 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการสนับสนุน ของบริษัทฯ.....	63
12 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านระบบ ประกันสุขภาพ.....	64
13 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านฐานะ/รายได้ ของผู้ป่วย.....	64
14 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านคุณภาพยา	64
15 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านราคา	65
16 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านประสิทธิภาพ ในการใช้ยา.....	66
17 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการสนับสนุน ของบริษัทฯ.....	66

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
18 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านระบบ ประกันสุขภาพ.....	67
19 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านฐานะ/รายได้ ของผู้ป่วย.....	67
20 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร.....	68
21 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือก ใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร.....	69
22 แสดงความถี่ในการบันทึกการจ่ายยาโดยเฉลี่ยให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขต กรุงเทพมหานคร.....	69
23 แสดงแนวโน้มในการเลือกจ่ายยาของแพทย์ที่เป็นยาต้นแบบในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	70
24 แสดงแนวโน้มในการเลือกจ่ายยาของแพทย์ที่เป็นยาสามัญในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	70
25 แสดงผลการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้นแบบ รักษาเบาหวานชนิดรับประทานจำแนกตามอายุ.....	72
26 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวม ในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยา....	73
27 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวม ในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคา.....	73
28 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวม ในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพ ในการใช้ยา.....	74
29 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวม ในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการสนับสนุน จากบริษัทฯ.....	75
30 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวม ในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ ของผู้ป่วย.....	76

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
31	แสดงผลการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาสามัญ รักษาเบาหวานชนิดรับประทานจำแนกตามอายุ.....	77
32	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวม ในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยา.....	78
33	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวม ในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพ ในการใช้ยา.....	78
34	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวม ในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุน จากบริษัทยา.....	79
35	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวม ในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพ ของผู้ป่วย.....	80
36	แสดงผลการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้นแบบ รักษาเบาหวานชนิดรับประทานจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทาง.....	81
37	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบ ในด้านคุณภาพยา.....	82
38	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบ ในด้านราคา.....	83
39	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบ ในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา.....	84
40	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบ ในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย.....	85
41	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบ ในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย.....	87

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
42	แสดงผลการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาสามัญ รักษาเบาหวานชนิดรับประทานจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทาง.....	88
43	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญ ในด้านคุณภาพยา.....	89
44	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญ ในด้านราคา.....	90
45	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็น ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา.....	91
46	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญ ในด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ.....	92
47	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ ทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญ ในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย.....	93
48	แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่ เป็นยาต้นแบบจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล.....	94
49	แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่ เป็นยาสามัญจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล.....	95
50	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านคุณภาพยา.....	97
51	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา.....	99
52	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ในด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ.....	101

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

53	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย.....	103
54	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย.....	105
55	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านคุณภาพยา.....	107
56	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านประสบการณ์ในการใช้ยา.....	109
57	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ.....	111
58	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย.....	113
59	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย.....	115
60	แสดงการวิเคราะห์ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ.....	117
61	แสดงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่ต่างกัน.....	119
62	แสดงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ.....	122
63	แสดงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญ.....	123
64	แสดงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ.....	124

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2	แสดงรูปแบบของพัฒนาการทางด้านความรู้สึกลตามแนวคิดของ Bloom.....	12
3	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการปฏิบัติ.....	16
4	แสดงทัศนคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม.....	17
5	แสดงวัฏจักรชีวิตของสินค้าทั่วไปและยา.....	34

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคเบาหวานนับวันยังเป็นปัญหาเรื้อรังและรักษาให้หายขาดได้ยากมากขึ้นสำหรับคนไทย เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปเลียนแบบคัลลัษวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้นทุกทีโดยเฉพาะเรื่อง การรับประทานอาหาร ส่งผลให้อัตราการระบาดของโรคเบาหวานของประเทศไทยสูงขึ้น 2.3% และไม่เพียงแต่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลงเท่านั้นยังเป็นสาเหตุในการเกิดโรคหัวใจและโรคสมองขาดเลือดถึง 2 เท่า รวมถึงทำให้เกิดตาบอดและต้องตัดเท้าในที่สุด (Microvascular and Acute Complications in IDDM Patients, Abstract 1997, :76) ซึ่งจากสภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นอย่างมาก ทำให้ในปีหนึ่ง ๆ รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณให้กับค่ายาที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามแนวโน้มของโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาเนื่องจากยาที่ใช้รักษาส่วนใหญ่เป็นยานำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งมีราคาค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับยาที่ผลิตจากในประเทศ ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงอุตสาหกรรมการผลิตยารักษาเบาหวานในประเทศไทยพบว่ามี 2 ลักษณะคือลักษณะที่เป็นยาสำเร็จรูปผลิตและจำหน่ายโดยบริษัทเจ้าของสิทธิบัตร เรียกว่า "Original drug" และอีกลักษณะหนึ่งคือ การนำเข้าเภสัชภัณฑ์ที่เป็นวัตถุดิบ แล้วจึงนำวัตถุดิบนั้นมาผลิตขึ้นเป็นยาสำเร็จรูปแผนปัจจุบัน ซึ่งยาที่ผลิตในประเทศตามกระบวนการดังกล่าว เรียกว่า "Generic drug" อย่างไรก็ตามการที่จะสามารถผลิตยา Generic drug ได้นั้นจะต้องให้อายุของสิทธิบัตรของ Original drug หมดลงเสียก่อน

จากการศึกษาลักษณะโครงสร้างตลาดยาในประเทศไทยเป็นแบบตลาดกึ่งแข่งขันกึ่งผูกขาดโดยมีบริษัทผู้ผลิตยารักษาเบาหวานในประเทศไทยทั้งสิ้น 60 บริษัทโดยประกอบด้วยบริษัทที่เป็นยา Original จำนวน 10 บริษัทและบริษัทที่เป็นยา Generic 50 บริษัทจากข้อมูลส่วนแบ่งการตลาดระหว่าง ยาต้นแบบ (Original) และยาสามัญ (Generic) ของยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในประเทศไทยช่วงระหว่าง ปี ค.ศ. 1998-2002 เป็นดังนี้ (ข้อมูลการสำรวจของ TAKEDA IMS THAILAND) ดังตาราง

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนแบ่งตลาดยาระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญ

ปีพ.ศ.	ส่วนแบ่งตลาด Generic	ส่วนแบ่งตลาด Original
ปี 1998	47.63%	52.37%
ปี 1999	52.56%	47.43%
ปี 2000	51.14%	48.85%
ปี 2001	54.70%	45.29%
ปี 2002	49.39%	50.61%

จะเห็นว่าแนวโน้มของยาต้นแบบ (Original) ในเรื่องของส่วนแบ่งตลาดเป็นไปในทางลดลงตั้งแต่ปี 1998-2001 ขณะที่ยาสามัญ (Generic) มีแนวโน้มส่วนแบ่งตลาดเพิ่มขึ้นทุกปี ในกรณีที่หากมีการค้นพบหรือขึ้นทะเบียนยาใหม่ของยาต้นแบบ (Original) อาจทำให้ส่วนแบ่งตลาดยาสามัญ (Generic) น้อยลง โดยถ้าหากบริษัทที่เป็นยาต้นแบบ (Original) ไม่มีการคิดค้นยาใหม่เข้าสู่ตลาดยารักษาเบาหวาน ส่วนแบ่งการตลาดก็จะน้อยลงกว่านี้และจะเห็นได้ว่าในปี 2002 ส่วนแบ่งตลาดของยาต้นแบบ (Original) เริ่มฟื้นตัวขึ้นเนื่องจากมียาที่ได้ขึ้นทะเบียนออกมาใหม่ ในช่วงนั้น 2 บริษัทซึ่งมีการพัฒนาประสิทธิภาพที่ดีกว่า ทำให้มูลค่าในตลาดยาต้นแบบ (Original) สูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาได้อย่างชัดเจน และยาทั้ง 2 ตัวยังไม่มียาสามัญ (Generic) เนื่องจากยังมีสิทธิบัตรยาคุ้มครองอยู่แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะตลาดยาเบาหวานที่มียาสามัญ (Generic) ออกตามมาแล้วพบว่าส่วนแบ่งตลาดจะมีการเปลี่ยนแปลงไป ดังตาราง

ตาราง 2 แสดงข้อมูลส่วนแบ่งตลาดยาระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญ

ปีค.ศ.	ส่วนแบ่งตลาด Generic (%)	ส่วนแบ่งตลาด Original (%)
ปี 1998	51.08%	48.9%
ปี 1999	58.50%	41.5%
ปี 2000	62.30%	37.71%
ปี 2001	68.55%	31.45%
ปี 2002	70.34%	29.66%

เนื่องจากแนวโน้มของตลาดยาสามัญ (Generic) เบาหวานชนิดรับประทานควรจะเป็นดังตาราง 2 แต่ในปี 2002 มียาที่เพิ่งขึ้นทะเบียนใหม่และยังไม่มียาสามัญ (Generic) ออกตามมา ทำให้มูลค่าตลาดยาเพิ่มขึ้น ซึ่งในปีต่อ ๆ ไปถ้ามีเหตุการณ์เช่น มีการขึ้นทะเบียนยาใหม่ หรือมียาสามัญ (Generic) ตัวใหม่ออกมาส่วนแบ่งการตลาดก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่โดยรวมแล้ว แนวโน้มของยาสามัญ (Generic) ทว่าไปจะโตขึ้นเรื่อย ๆ

สำหรับพฤติกรรมการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบและยาสามัญนั้น โดยแพทย์จะสั่งจ่ายยาต้นแบบ (Original) ให้กับข้าราชการที่มีสวัสดิการรักษายาบาล หรือผู้ป่วย ที่มีระบบประกันสุขภาพที่มีวงเงินคุ้มครองสูง ในส่วนของผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่จ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวหรืองบประมาณก้อนรวม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสังคม, บัตรประกันสุขภาพ และผู้มีรายได้น้อย ก็มีโอกาสสูงที่จะได้รับยาสามัญ (Generic) รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษายาบาลได้หรือจ่ายได้เพียงบางส่วนในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีสวัสดิการข้าราชการและในแง่ของบริษัทผู้ผลิตยารักษาเบาหวานพบว่า ยาต้นแบบ (Original) จะไม่ใช้กลยุทธ์ราคาเป็นหลัก แต่จะใช้ในแง่ของการสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องคุณภาพยาที่เหนือกว่ายาสามัญแก่แพทย์ และมีการใช้การส่งเสริมการขายในรูปแบบต่าง ๆ เช่นการสนับสนุนแพทย์เข้าร่วมประชุมวิชาการต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงจัดการตั้งทีมขายโดยใช้พนักงานขายที่มีคุณภาพ อีกทั้งมีการสนับสนุนข้อมูลยาพร้อมการจัดเลี้ยงอาหาร เป็นต้น ในขณะที่ยาสามัญ (Generic) จะเน้นกลยุทธ์ในเรื่องของราคาเป็นหลักโดยจะใช้การตั้งราคาขายที่ถูกกว่ายาต้นแบบ โดยที่การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษาถึงทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานเพื่อที่จะเป็นข้อมูลให้กับบริษัทยาในการพัฒนาปรับปรุงกลยุทธ์ทางการตลาดและวางแผนงานให้เหมาะสมโดยสามารถตอบสนองความต้องการของแพทย์ให้ได้มากขึ้น

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ผู้วิจัยตั้งความมุ่งหมายในการศึกษาไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาถึงลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ที่มีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน
2. เพื่อศึกษาถึงทัศนคติของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic)

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางกลยุทธ์ของบริษัทฯ และตอบสนองความต้องการของแพทย์ให้ได้มากที่สุดในการเลือกใช้อาหารเบาหวานชนิดรับประทาน
2. เพื่อให้ทราบถึงภาพรวมของอุตสาหกรรมยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในประเทศไทยเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาลักษณะอื่น ๆ ได้

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิบัติงานอยู่เฉพาะโรงพยาบาลในที่นี่หมายถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Medicine), แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrinologist), แพทย์โรคหัวใจ (Cardiologist), อายุรแพทย์ (Internal Medicine), แพทย์โรคไต (Nephrologist) จำนวน 1,460 คน
(พ.ศ. 2545; อ้างอิงจาก รายงานสมาคมราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานคร มีขนาดตัวอย่างจำนวน 314 คน โดยเปิดจากตารางทาร์ยามาเน่ (Taro Yamane) หรือคำนวณโดยใช้สูตร โดยยอมให้เกิดความผิดพลาดร้อยละ 5 และต้องการความเชื่อถือได้ร้อยละ 95 โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นที่ 1

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยจะเลือกสุ่มจากโรงพยาบาลรัฐบาลจำนวน 22 โรง และโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 25 โรง (คัดเลือกจากจำนวนเตียงที่มากกว่า 300 เตียงขึ้นไป) ในเขตกรุงเทพมหานคร

ขั้นที่ 2

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มโดยการจับฉลาก แบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล 3 โรง ดังนี้คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลรามาธิบดี, โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลเอกชน 3 โรง คือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, โรงพยาบาลพญาไท1, โรงพยาบาลกรุงเทพ

ขั้นที่ 3

ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสัดส่วนโดยตรง (Proportional Sampling) จากจำนวนโรงพยาบาล 6 โรง เพื่อหาสัดส่วนจำนวนแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 314 คน ดังตาราง (ข้อมูลจากเวชระเบียนของแต่ละโรงพยาบาลที่ได้ทำการสำรวจ : 2546)

โรงพยาบาล	จำนวนแพทย์ (คน)	สัดส่วน	จำนวนแพทย์ 314 คน
จุฬาลงกรณ์	160	30.9%	97 คน
ภูมิพล	84	16.2%	51 คน
รามาธิบดี	153	29.3%	92 คน
บำรุงราษฎร์	56	10.8%	34 คน
กรุงเทพ	28	5.7%	18 คน
พญาไท 1	36	7.0%	22 คน
จำนวนทั้งหมด	517	100%	314 คน

ขั้นที่ 4

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความสะดวก (Convenience Sampling) จากจำนวนแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 314 คน จะทำการสุ่มแบบสะดวก โดยไม่ระบุรายชื่อจนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้งหมดจาก 6 โรงพยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ

1.1. ข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ

1.1.1. อายุ

1.1.1.1. อายุ 25-35 ปี

1.1.1.2. อายุ 36-45 ปี

1.1.1.3. อายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป

1.1.2. แพทย์เฉพาะทางด้าน

1.1.2.1. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

1.1.2.2. อายุรแพทย์

1.1.2.3. แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ

1.1.2.4. แพทย์โรคไต

1.1.2.5. แพทย์โรคหัวใจ

- 1.1.2.6. แพทย์โรคอื่น ๆ
- 1.1.3. ประเภทของโรงพยาบาล
 - 1.1.3.1. รัฐบาล
 - 1.1.3.2. เอกชน
- 1.2. ทศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน
 - 1.2.1. คุณภาพยา
 - 1.2.1.1. ประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดที่น่าพอใจของแพทย์
 - 1.2.1.2. มีผลการศึกษาของข้อมูลยาที่น่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์
 - 1.2.1.3. ความปลอดภัยของยา (Safety profile)
 - 1.2.1.4. ความเชื่อมั่นต่อบริษัทฯ
 - 1.2.1.5. การนำเสนอข้อมูลของผู้แทนยา
 - 1.2.2. ราคา
 - 1.2.3. ประสบการณ์ในการใช้ยา
 - 1.2.4. การสนับสนุนจากบริษัทฯ
 - 1.2.5. ระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย
 - 1.2.5.1. ประกันสุขภาพนโยบาย 30 บาท
 - 1.2.5.2. ประกันสังคม
 - 1.2.5.3.สวัสดิการรักษายาโรงพยาบาลข้าราชการ
 - 1.2.5.4. ประกันสุขภาพส่วนตัว
 - 1.2.6. ฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาดั้งเดิม (Original) กับยาสามัญ (Generic) ของแพทย์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ยาดั้งเดิม (Original Drug) คือ ยาสำเร็จรูปที่ผลิตและจำหน่ายโดยบริษัทเจ้าของสิทธิบัตร
2. ยาสามัญ (Generic Drug) คือ การนำเข้าเภสัชภัณฑ์ที่เป็นวัตถุดิบ(สารเคมี) แล้วจึงนำมาผลิตเป็นยาสำเร็จรูปแผนปัจจุบันที่ผลิตในประเทศ
3. ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ หมายถึง อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล
4. พฤติกรรมการตัดสินใจเลือกใช้ยา หมายถึง การกระทำของแพทย์ที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำงานส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกให้ยาให้กับคนไข้
5. แพทย์ หมายถึง แพทย์ที่สามารถทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวานได้ในที่นี้หมายถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Medicine) แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrinologist) แพทย์โรคหัวใจ (Cardiologist) อายุรแพทย์ (Internal Medicine) แพทย์โรคไต (Nephrologist)
6. ทศนคติของแพทย์ด้านคุณภาพยา หมายถึง แนวโน้มของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาดั้งเดิมกับยาสามัญโดยจะคำนึงถึงประสิทธิภาพของยา, ข้อมูลยาที่น่าเชื่อถือ

ถือ,ความปลอดภัยของยา, ความเชื่อมั่นต่อบริษัทฯและการนำเสนอข้อมูลของผู้แทนยาเป็นเกณฑ์พิจารณาในการเลือกใช้

7. ทศนคติของแพทย์ด้านราคายา หมายถึง แพทย์จะพิจารณาราคายาเป็นส่วนประกอบในการเลือกจ่ายให้กับผู้ป่วยแต่ละราย

8. ทศนคติของแพทย์ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา หมายถึง แพทย์จะพิจารณาเลือกจ่ายยาในกรณีที่ตนเองมีประสบการณ์หรือจากประสบการณ์ของแพทย์ท่านอื่นซึ่งเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์

9. ทศนคติของแพทย์ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ หมายถึง แพทย์จะพิจารณาเลือกจ่ายรักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยพิจารณาจากการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบริษัทฯด้วย เช่น การได้รับตัวอย่างยา ข้อมูลสนับสนุนในการประชุมวิชาการ เป็นต้น

10. ทศนคติของแพทย์ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย หมายถึง แพทย์จะพิจารณาในการเลือกจ่ายให้กับผู้ป่วยจากระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสุขภาพส่วนตัว เป็นต้น

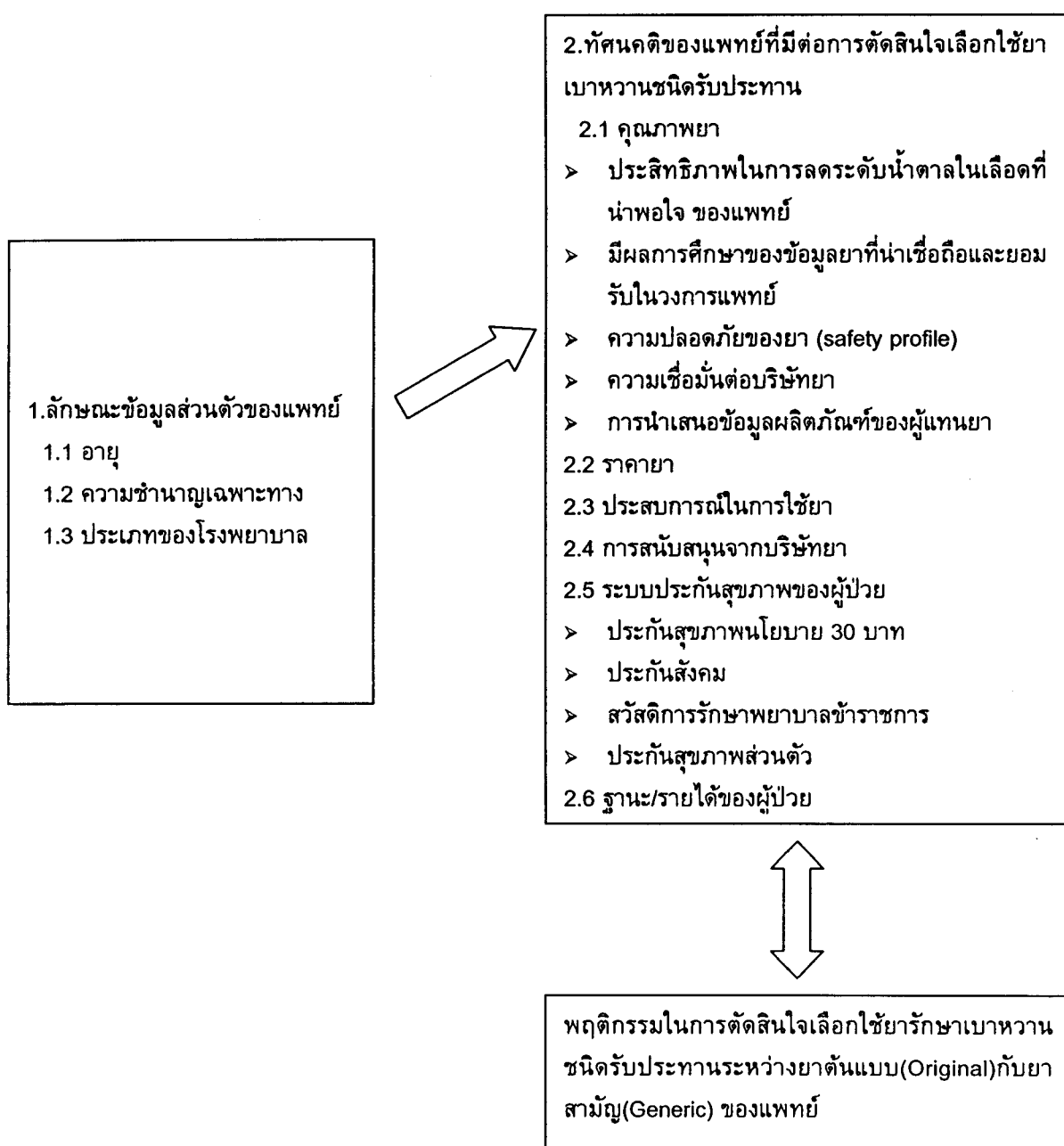
11. ทศนคติของแพทย์ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย หมายถึง แพทย์จะเลือกจ่ายรักษาเบาหวานโดยพิจารณาจากฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเลือกจ่ายยาแต่ละบุคคลไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "ทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ในเขตกรุงเทพมหานคร" มีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

ตัวแปรอิสระ
(Independent Variables)

ตัวแปรตาม
(Dependent Variables)



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกจ่ายยาเบาหวานชนิดรับประทานของแพทย์ที่ต่างกัน
2. ทัศนคติของแพทย์ด้านคุณภาพยา ด้านประสิทธิภาพในการจ่ายยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย (ยกเว้นด้านราคายา) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกจ่ายยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic)
3. ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกจ่ายยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบ (Original) แตกต่างจากยาสามัญ (Generic)

บทที่ 2

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาและวิจัยเรื่อง ทักษะคิดและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาทฤษฎีแนวความคิดตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อมาสนับสนุนเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจ
3. องค์ประกอบของผลิตภัณฑ์
4. ภาพรวมของอุตสาหกรรมยาและตลาดยารักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย
5. การคัดเลือกและการสั่งใช้ยาต้นแบบ (Original) และยาสามัญ (Generic)
6. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการเลือกใช้ยา
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

ความหมายของทัศนคติ (Attitude defined)

ความหมายของทัศนคติได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายมากโดยแต่ละความหมายเป็นการมองทัศนคติแตกต่างกันและคล้ายคลึงกันดังต่อไปนี้

ซิลเวอร์แมน (Silverman. 1974 : 518) ได้กล่าวว่า ทัศนคติ คือ “ ความโน้มเอียงที่จะตอบสนองต่อลักษณะใดๆโดยเฉพาะสำหรับตัวกระตุ้น อันได้แก่ บุคคล วัตถุ และสถานการณ์ ”

บาร์อน และ บีบีร์น (Baron and Bbyrne.1975 : 95) ได้กล่าวว่า ทัศนคติ คือ “ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเชื่อที่ประมวลขึ้นอย่างมั่นคงและแนวโน้มของพฤติกรรมที่มีต่อบุคคลอื่น กลุ่มคน ความคิด หรือสิ่งใดๆ ”

ฟิชไบน์ และ ไอเซน (Fishbein and Ajzen.1975 : 6) ได้กล่าวว่า ทัศนคติ คือ “ แนวโน้มของการรับรู้และการกระทำที่เกิดจากการเรียนรู้ที่ตรงกับลักษณะของความชอบหรือความไม่ชอบของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดๆที่เกิดขึ้น หรือความคิด เช่นผลิตภัณฑ์ บริการ ตราสินค้า บริษัท ห้างร้าน หรือผู้เป็นโฆษก ”

ลอยด์ดอน (Loudon.1988:504) ได้กล่าวว่า นอกจากนี้แนวความคิดอันหนึ่งของทัศนคติก็คือ “ การพิจารณาทัศนคติในแง่บวกกับแง่ลบ หรือความชอบหรือความไม่ชอบ หรือการมองในแง่ดีเป็นการมองทัศนคติในแง่ความรู้สึกหรือการประเมินปฏิกิริยาการตอบโต้ต่อสิ่งใดๆ ”

พัชณี วรรณ (2526 : 78) ได้กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความ รู้สึก ความคิด ความเชื่อ หรือแนวโน้มที่พร้อมจะกระทำต่อสิ่งแวดล้อมในการตอบสนองต่อลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

เทพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ (2529 : 7) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นสภาพความพร้อมทางด้านจิตของบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อ ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น สิ่งนั้นในที่นี้อาจเป็นบุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ (2533 : 12) ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึงศักยภาพภายในของบุคคลที่มีแนวโน้มแสดงออกทางกรรมในทิศทางบวก ทิศทางลบ หรือเป็นกลางๆ

สุชา จันทรเฒ (2536 : 242) กล่าวว่า โดยทั่วไปทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ เป็นไปทางนองที่พึงพอใจหรือไม่พอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

เซฟเวอร์ (Shaver.1997 : 796) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาพความพร้อมของจิตใจและประสาท ซึ่งเกิดจากได้รับประสบการณ์อันมีผลโดยตรงต่อการตอบสนองของบุคคลต่อสรรพสิ่งที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบก็ได้

องค์ประกอบของทัศนคติ

องค์ประกอบของทัศนคติมีความเกี่ยวข้องกับนิยามของทัศนคติและตัวแปรอื่นๆ นักจิตวิทยาจึงได้เสนอองค์ประกอบของทัศนคติไว้ 3 แนวทาง ดังนี้ (รวีวรรณ.2533 : 11-12)

1.ทัศนคติ มีสามองค์ประกอบ นักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติออกเป็นสามองค์ประกอบ คือ เครทซ์ และคณะ (Kretch ,et al. , 1962) และทริแอนด์ (Triandis. 1971) ดังนี้

1.1 องค์ประกอบด้านสติปัญญา (Cognitive Component) หมายถึง องค์ประกอบด้านความเชื่อ ความรู้ และความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อเป้าหมายของทัศนคติ

1.2 องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ-ไม่ชอบ หรือท่าทีดี-ไม่ดี ที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของทัศนคติ

1.3 องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง ความพร้อมหรือแนวโน้มที่บุคคลจะปฏิบัติต่อเป้าหมายของทัศนคติ

2.ทัศนคติมีสององค์ประกอบ นักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติออกเป็นสององค์ประกอบ คือ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg.1965) และแคทซ์ (Katz.1960)

2.1 องค์ประกอบทางด้านสติปัญญา หมายถึง กลุ่มของความเชื่อที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของทัศนคติ จะเป็นตัวส่งเสริมหรือขัดขวางการบรรลุถึงค่านิยมต่างๆของบุคคล

2.2 องค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลที่มีต่อเป้าหมายของทัศนคติ และกระตุ้นโดยเป้าหมายของทัศนคติ

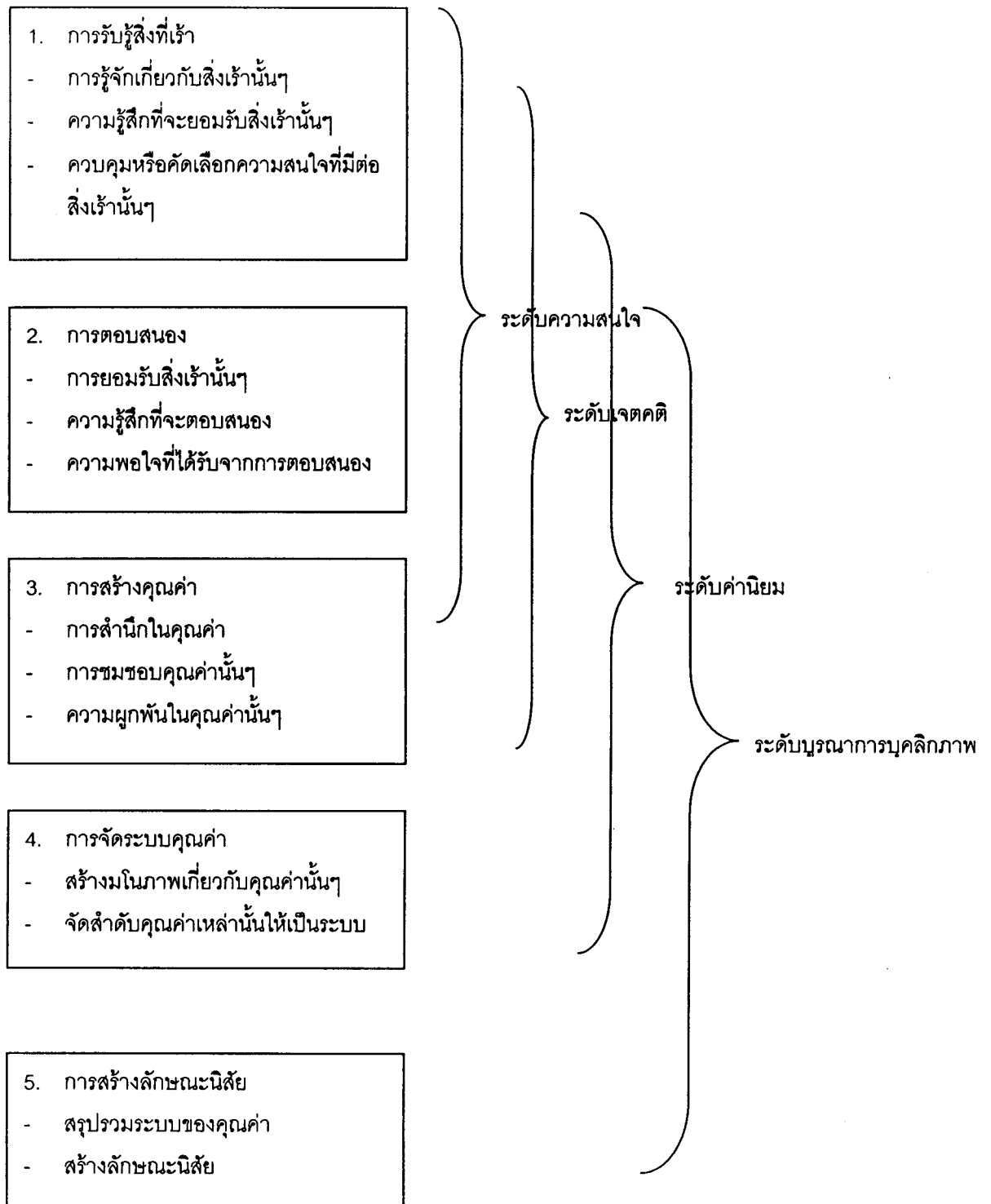
3. ทัศนคติที่มีองค์ประกอบเดียว นักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติออกเป็นองค์ประกอบเดียว คือ เทอร์สโตน (Thurstone.1959) อินสโค (Insko.1967) เบม (Bem.1970) ฟิชบายน์ และ ไอเซน (Fishbein and Aizen.1975) ได้ระบุว่าทัศนคติมีองค์ประกอบเดียวคือ อารมณ์ ความรู้สึกในทางชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของทัศนคติ

แนวทางการแบ่งองค์ประกอบของทัศนคติ 3 แนวทางดังกล่าว ปรากฏว่า แนวทางที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน คือ แนวทางที่เห็นว่าทัศนคติมีองค์ประกอบเดียว เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกัน เช่นองค์ประกอบอื่นๆ

ลำดับขั้นตอนของทัศนคติ

บลูม (กมลรัตน์.2527 : 170-171; อ้างอิงจาก Bloom.n.d.) ได้เสนอแนะว่า ทัศนคติของบุคคลควรมีรูปแบบการพัฒนาตามลำดับขั้นดังนี้

- 1.มีการรับรู้สิ่งเร้าและทำการรู้จัก ตลอดจนมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเร้านั้นๆ
- 2.มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าไปในทิศทางที่บุคคลนั้นยอมรับ และจัดเรียงลำดับของพฤติกรรม หรือจัดประเภทของลักษณะการตอบสนองนั้นตามลักษณะของการพอใจหรือค่านิยมในการตอบสนองนั้นมากน้อยเพียงใด
- 3.จัดสร้างคุณค่าหรือค่านิยมในการตอบสนอง โดยมีเงื่อนไขหรือข้อตกลงของสภาวะของสิ่งเร้าเป็นตัวกำหนดลำดับขั้นตอนแบบแผนในการสร้างคุณค่านั้น
- 4.จัดระเบียบค่านิยมเหล่านั้นให้อยู่ในระบบของมโนภาพแห่งตนหรืออัตมโนภาพ
- 5.เจ็ดนำค่านิยมเหล่านั้นมาสร้างเป็นปรัชญาชีวิต หรืออุดมคติแห่งตน ซึ่งภายหลังจะก่อรูปมาเป็นอุปนิสัยหรือคุณลักษณะของแต่ละบุคคล และจะรวมตัวเป็นบุคลิกภาพอันเป็นเอกลักษณ์ของบุคคลนั้น ซึ่งพัฒนาการตามลำดับขั้นของทัศนคติทั้ง 5 ขั้น สามารถเขียนเป็นภาพได้ดังนี้



ภาพประกอบ 2 รูปแบบของพัฒนาการทางด้านความรู้สึกตามแนวคิดของ Bloom
ที่มา: กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. (2527).จิตวิทยาสังคม.หน้า171.กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

ลักษณะของทัศนคติ

ชาร์กัตต์ หมิ่นจักร และ ศรีสง่า กรรณสูต (2525 : 151-152) ได้แบ่งลักษณะทัศนคติออกเป็นหัวข้อดังนี้

1.ทัศนคติเป็นสิ่งที่บุคคลเรียนรู้ และสร้างให้เกิดขึ้นในตัวเองไม่ว่าจะเป็นทางในทางบวกหรือทางลบก็ตาม ดังนั้น หากบุคคลมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการใช้ผลิตภัณฑ์บางชนิดเขาก็อาจจะเกิดความรู้สึกในทางลบต่อผลิตภัณฑ์นั้น อันเป็นทัศนคติที่ติดอยู่กับตัวเขาเป็นเวลานานทีเดียว

2.ทัศนคติเป็นสิ่งที่คงที่ยาวยิ่ง และเป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนหากมีบุคคลมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งใดหรือคนใดแล้ว ความรู้สึกหรือความเชื่อที่เขาถืออยู่ต่อสิ่งเรานั้นจะฝังติดแน่นกับคนนั้น จะเป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของเขา

3.ทัศนคติของบุคคลมีแนวโน้มที่จะต่อต้านสิ่งที่เปลี่ยนแปลงทัศนคตินั้นไม่ว่าจะเป็นหลักฐานข้อมูลใดๆก็ตามหากเกิดความขัดแย้งกันระหว่างข้อมูลและเหตุผลกับทัศนคติของบุคคลที่ค่อนข้างจะรุนแรงไปในแนวใดแนวหนึ่งแล้วทัศนคติของบุคคลนั้นมักจะเป็นฝ่ายชนะซึ่งหมายความว่า บุคคลนั้นจะพยายามยึดแน่นอยู่กับทัศนคติความเชื่อของตนโดยไม่พยายามรับรู้ถึงเหตุผลข้อมูล หรือข้อพิสูจน์ใดๆทั้งสิ้น แต่จะพยายามปิดสิ่งที่ตรงข้ามกับความเชื่อถือของตนออกไปเสีย

4.ทัศนคติอาจจะมีความเข้มแตกต่างกันเป็นอย่างมาก และบางคนอาจมีทัศนคติที่ขัดแย้งหรือตรงข้ามอยู่ในตัวของเขาเอง เช่น คนบางคนอาจมีทัศนคติว่าการหลอกลวงเป็นสิ่งที่ไม่ดี ไม่ควรกระทำ แต่ตัวเขาเองอาจพร้อมและเต็มใจที่จะหลอกลวง แม้กระทั่งคนใกล้ชิดกับเขาหากเขามีความเชื่อว่าการหลอกลวงนั้นจะเกิดผลดีแก่ผู้ที่ถูกหลอกลวงได้

5.ทัศนคติเป็นรากฐานของการจูงใจ และเป็นตัวกำหนดความสามารถหรือแนวทางในการรับรู้ของบุคคล ดังกล่าวที่ว่า หากเราไม่ชอบสิ่งใดหรือสิ่งใดหรือคนใดแล้ว เราก็มักจะมองไม่เห็นข้อดีของสิ่งนั้นหรือคนนั้นเลย แม้ว่าที่จริงแล้ว เขามีข้อดีอยู่มากก็ตาม เราก็มักจะมองข้ามไปเสีย

6.ทัศนคติอาจจะ เป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเป็นจริง เช่น ทัศนคติของบุคคลอาจก่อตัวขึ้นจากฐานที่อ้างอิงได้ พิสูจน์ได้และสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงก็ได้

7.ทัศนคติเป็นสิ่งที่บุคคลอาจยอมรับ หรือสร้างขึ้นโดยการดำเนินตามแนวทางของบุคคลสำคัญๆที่มีอิทธิพลต่อแนวความคิดของบุคคลนั้นหรือการรับแนวทางของกลุ่มซึ่งตนเป็นสมาชิกได้วางมาเป็นทัศนคติของตน

8.ทัศนคติดีๆมักจะถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆเสมอไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม ซึ่งลักษณะ ข้อนี้สอดคล้องกับความเข้าใจในเรื่ององค์ประกอบของทัศนคติซึ่งถือว่าพฤติกรรมเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบนั่นเอง

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ (2533 : 14-15) ได้กล่าวถึงลักษณะทั่วไปของทัศนคติเป็น 5 ประการ

1. ทัศนคติเป็นเรื่องของอารมณ์ (Feeling) อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคคลจะมีการกระทำเสแสร้งโดยแสดงออกไม่ให้ตรงกับความรู้สึกของตนเมื่อเขาารู้ตัวหรือว่ามีคนสังเกต

2.ทัศนคติเป็นเรื่องเฉพาะตัว (Typical) ความรู้สึกของคนอาจเหมือนกันแต่รูปแบบการแสดงออกแตกต่างกันไป หรืออาจมีการแสดงออกที่เหมือนกัน แต่ความรู้สึกต่างกัน

3.ทัศนคติมีทิศทาง (Direction) การแสดงออกของความรู้สึก สามารถแสดงออกได้สองทิศทางเช่น ทิศทางบวกเป็นทิศทางที่สังคมปรารถนา และทิศทางลบเป็นทิศทางที่สังคมไม่ปรารถนา ได้แก่ ซื่อสัตย์-คดโกง, รัก-เกลียด, ชอบ-ไม่ชอบ, ยิน-ขี้เกียจ เป็นต้น

4.ทัศนคติมีความเข้ม (Intensity) ความรู้สึกของคนอาจเหมือนกันในสถานการณ์เดียวกัน แต่อาจแตกต่างกันในเรื่องความเข้มที่บุคคลรู้สึกมากน้อยต่างกัน

5.ทัศนคติต้องมีเป้า(Target) ความรู้สึกเกิดขึ้นลอยๆไม่ได้ เช่น รักพ่อแม่, ยินเข้าเรียน, ขี้เกียจทำการบ้าน เป็นต้น

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ

ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล Allport (สุชา.2524 : 80) เสนอความคิดเห็นว่า ทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นจะเกิดตามเงื่อนไข 4 ประการ คือ

1.เกิดจากการเรียนรู้ เด็กที่เกิดมาใหม่จะได้รับการอบรมสั่งสอนเกี่ยวกับวัฒนธรรมและประเพณีจากบิดามารดาทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม ตลอดจนได้เห็นแนวการปฏิบัติของพ่อแม่แล้วรับมาปฏิบัติตามต่อไป

2.เกิดจากความสามารถในการแยกแยะความแตกต่าง นั่นคือ แยกสิ่งใดดีสิ่งใดไม่ดี

3.เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันออกไป

4.เกิดจากการเลียนแบบหรือรับเอาทัศนคติของผู้อื่นมาเป็นของตน

ถวิล ธาราโภชน (2526 : 65-67) ได้กล่าวถึงการเกิดทัศนคติไว้ว่าจะเกิดมาจากการประสบการณ์ การอบรมเลี้ยงดู อิทธิพลของสื่อมวลชน เหตุการณ์ที่ประทับใจบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ความต้องการที่จะบรรลุผลตามที่ปรารถนาและอื่นๆหลายประการ ซึ่งมนุษย์จะเรียนรู้หลังจากมนุษย์เกิดสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง 4 ประการ คือ

1.ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) เป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้พบกับเหตุการณ์นั้นมาด้วยตัวเอง และการไปพบนั้นทำให้เกิดความฝังใจ กลายเป็นทัศนคติของเขาตัวอย่างเช่น เมื่อเราได้รับรางวัลจากบุคคลหนึ่งเราอาจจะชอบบุคคลคนนั้นและเกิดทัศนคติที่ดีต่อเขา ในทางตรงกันข้าม ถ้าเราได้รับการลงโทษหรือได้รับการคับข้องใจ เราก็จะไม่ชอบเขาและอาจมีทัศนคติไปในทางไม่ดีต่อเขาได้

2.การสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication from Others) โดยปกติในชีวิตประจำวันของคนเราจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลคนอื่นในสังคมอยู่แล้ว จากที่ต้องติดกันทำให้เรารับเอาทัศนคติหลายๆอย่างเข้าไว้โดยไม่ตั้งใจทั้งนี้เพราะการเกี่ยวข้องกันนั้นจะอยู่ในลักษณะที่ไม่มีแบบแผน โดยมากจะเป็นกลุ่มในครอบครัว วงศ์เครือญาติ หรือผู้ที่สนิทสนมกันตัวอย่างเช่น เรามักได้ยินพ่อแม่หรือผู้ปกครองจะพูดกับลูกเสมอว่า อย่าไปรังแกสัตว์หรือทำร้ายสัตว์มันเป็นบาป ตายแล้วจะไม่มีความสุข เมื่อถูกอบรมสั่งสอนบ่อยๆความรู้สึกอันดีจะกลายเป็นทัศนคติได้ (ธรรมชาติของเด็กชอบสุนัข แมว หรือสัตว์ตัวเล็กซึ่งเด็กทำไปโดยไม่รู้ผิด-ชอบชั่ว-ดี)

ตัวกลางที่เป็นสื่อสำคัญและอิทธิพลในการสร้างทัศนคติ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หนังสือวารสารต่างๆ ซึ่งบางครั้งผู้รายงานข่าวหรือผู้ทำหน้าที่สื่อสารเกิดความลำเอียงในการให้ข่าวตัวอย่างเช่น พ่อแม่ผู้ปกครองมักมีความลำเอียงในการมองพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่น เพราะเคยได้ยินการรายงานข่าววัยรุ่นมักเป็นในทางไม่ดีเสมอ

3.รูปแบบ (Models) มีบ่อยครั้งที่ทัศนคติของเราพัฒนาขึ้นมาจากการเลียนรูปแบบกล่าวคือการมองดูบุคคลอื่นว่าเขากระทำหรือปฏิบัติต่อสิ่งต่าง ๆ อย่างไรแล้วก็จะเอารูปแบบนั้นมาปฏิบัติ ซึ่งรูปแบบอันนั้นจะก่อให้เกิดทัศนคติได้มากน้อยเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับว่าผู้เป็นรูปแบบนั้นเป็นบุคคลที่เขายอมรับและนับถือเพียงใด ตัวอย่างเช่น ในครอบครัวหนึ่งผู้เป็นพ่อชอบเล่นกับสัตว์เลี้ยง หลังจากนั้นจะต้องไปล้างมือ จากการที่ลูกสังเกตเห็นเป็นประจำ อาจทำให้ลูกแปลความหมายได้ว่า สัตว์อาจจะติดมือหรือสัตว์นอนกับพื้นมันสกปรก ฉะนั้นเมื่อเด็กเห็นบ่อย ๆ ประกอบกับพ่อเป็นผู้ที่เคารพรักลักษณะดังกล่าวจะกลายเป็นทัศนคติของเด็กเพราะมีพ่อเป็นผู้ให้เลียนรูปแบบ

4.องค์ประกอบของสถาบัน (Institutional Factors) ได้แก่ โรงเรียน วัด ครอบครัว หน่วยงาน สมาคม องค์กรต่าง ๆ เป็นต้น สถาบันเหล่านี้มีส่วนในการสร้างทัศนคติให้แก่บุคคลได้อย่างมาก เช่น โรงเรียนเป็นสถานที่ให้ความรู้และอบรมสั่งสอนเด็กได้ประพฤติดี ดังนั้นบุคคลทั่วไปจึงมองว่าโรงเรียนเป็นสิ่งที่ดีต้องมีอยู่ในสังคม เพื่อช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคลในสังคม

หน้าที่ของทัศนคติ

ลัดดา กิติวิภาต (2525 : 9-10) กล่าวถึงทัศนคติมีหน้าที่ 4 ประการ คือ

1.ทัศนคติช่วยให้บุคคลเข้าใจโลกรอบตัวเรา (Knowing Function) ทำให้เกิดความรู้โดยสร้างทัศนคติอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อจัดระบบสิ่งแวดล้อมที่สับสนวุ่นวายให้ง่ายแก่การเข้าใจ เพื่อทำนายเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อบอกให้ทราบถึงสาเหตุการณนั้น ๆ อาจถูกหรือผิดก็ได้ เช่น สินค้าราคาแพง เราก็คิดว่าเป็นเพราะพ่อค้าคนกลาง

2.ทัศนคติช่วยป้องกันตัวเอง (Self-defensive Function) ทำให้บุคคลไม่ดูถูกตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ โดยการสร้างทัศนคติตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงความจริงต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเองไม่พอใจ เช่น บอกใคร ๆ ว่าไม่อยากเรียนต่อ เพราะต้องการออกมาทำงานช่วยเหลือสังคมมากกว่า คนที่เอาแต่เรียนเป็นคนที่เป็นขี้ขลาดขี้ขลาด (ซึ่งตามความจริงเป็นจริงแล้ว บุคคลผู้นั้นประสบความสำเร็จในการเรียนมาตลอด)จากตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นว่าบุคคลสร้างต่อบุคคลอื่นเพื่อจะได้รู้สึกว่าคุณเองดีกว่าคนอื่น

3.ทัศนคติเป็นเครื่องมือทำให้บุคคลได้รับประโยชน์และช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม (Instrumental or Social Adjustive Function) สิ่งใดที่ทำให้เราได้รับประโยชน์เราก็มีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น สิ่งใดที่ขัดขวางความต้องการของเรา เราก็มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้นหนีห่างจากสิ่งนั้น

4.ทัศนคติช่วยให้บุคคลแสดงตนเองออกมา (Self-expressive Function)บุคคลอื่นจะทราบว่าเรามีค่านิยมอย่างไร มีความคิดอย่างไร ยึดถืออะไร บุคคลมักจะมีทัศนคติที่สอดคล้องกับความคิดหรือค่านิยมของตนเองการแสดงทัศนคติอย่างหนึ่งอย่างใดออกมานั้น เป็นการสร้างความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) ของบุคคลด้วย

ประโยชน์ของการวัดทัศนคติ

เรณู เจริญศรี (2525 : 18-19) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการวัดทัศนคติไว้ดังนี้

1.วัดเพื่อกำหนดพฤติกรรมการมีทัศนคติดีสิ่งหนึ่งของบุคคลย่อมเป็นเครื่องแสดงว่า เขามีความรู้ทางด้านดีหรือไม่ดีกับสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด และเขามีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นเพียงใด ทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งนั้นไปทางทำนองใด ฉะนั้นการทราบทัศนคติของบุคคลย่อมช่วยให้สามารถทราบการกระทำของบุคคลนั้นได้

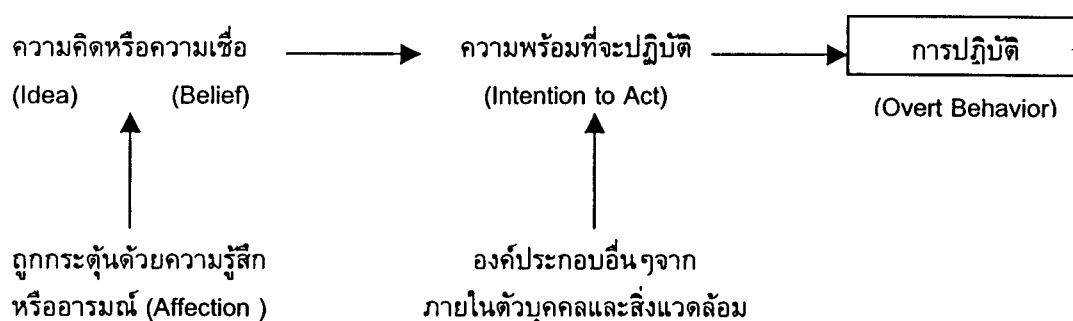
2.วัดเพื่อหาทางป้องกันและแก้ไข โดยทั่วไปการที่บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งใดอย่างใดเป็นสิทธิของเขา แต่บุคคลมีทัศนคติต่อเรื่องหนึ่งเรื่องใดแตกต่างกันไปในบางเรื่อง จึงจำเป็นต้องให้กลุ่มมีความคิดเห็นและทัศนคติสอดคล้องกันเพื่อป้องกันปัญหาข้อขัดแย้งในเรื่องต่างๆที่จะเกิดขึ้น เพื่อการอยู่ร่วมด้วยกันความสงบสุขของสังคมและยอมเป็นไปได้เมื่อพลเมืองมีทัศนคติต่อสิ่งต่างๆคล้ายคลึงกันจะเป็นทางก่อให้เกิดความร่วมมือใจกัน

3.วัดเพื่อความเข้าใจสาเหตุและผล ทัศนคติเปรียบเทียบสาเหตุภายหลังที่ผลักดันให้บุคคลกระทำในสิ่งต่างๆแตกต่างกันและสาเหตุภายในหรือทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลนี้อาจได้รับผลกระทบมาจากสาเหตุภายนอกอีกส่วนหนึ่ง ฉะนั้นการเข้าใจอิทธิพลของสาเหตุภายนอกที่มีต่อการกระทำของบุคคลต่างๆได้อย่างชัดเจน บางกรณีอาจจำเป็นต้องวัดทัศนคติของบุคคลต่อสาเหตุภายนอกนั้นด้วย

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า ถ้าเราทราบทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วเราสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ สามารถจะหาทางป้องกันและแก้ไข หรือลดข้อขัดแย้งในเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเข้าใจสาเหตุและผลของพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

ทัศนคติและการปฏิบัติ

การปฏิบัติหรือพฤติกรรมการแสดงออกที่สังเกตได้กับทัศนคติ ต่างก็มีความสัมพันธ์และมีผลซึ่งกันและกัน เป็นที่เชื่อกันว่า ทัศนคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลและขณะเดียวกัน การแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคลนั้นด้วย (ประภาเพ็ญ.2526 : 6)



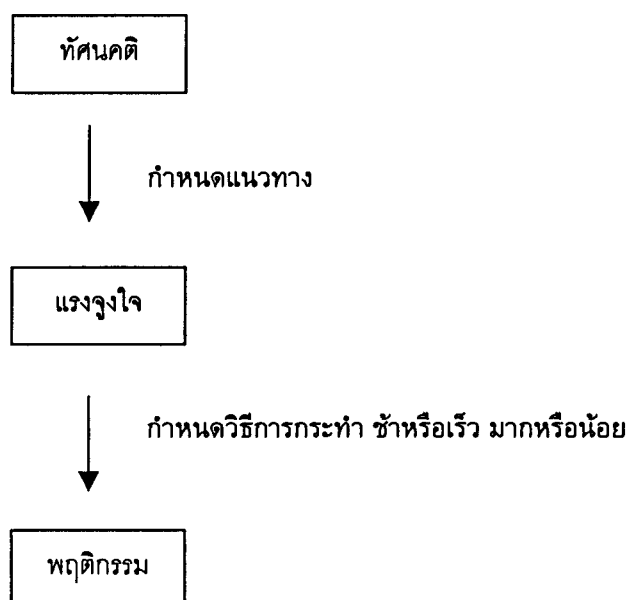
ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการปฏิบัติ

ที่มา: ฉลอง ภิมยรัตน์. (2521). จิตวิทยาสังคม. หน้า 43. กรุงเทพฯ: ประจักษ์การพิมพ์.

อิทธิพลของทัศนคติต่อพฤติกรรม

ฉลอง ภิมย์รัตน์ (2521 : 45-47) ได้เสนอว่า ทัศนคติมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตร่วมกันในสังคมเป็นอย่างมาก เพราะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สังคมสงบราบรื่นหรือก่อเหตุวุ่นวายได้สมมติว่าสังคมหนึ่งทุกคนมี ทัศนคติที่ดีต่อกัน ก็มีผลให้สังคมนั้นสงบราบรื่น ไม่ค่อยมีเหตุแห่งความยุ่งยากทั้งนี้ก็เพราะว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกไปนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับทัศนคติ นั่นคือ ทัศนคติก่อให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งหมายถึงภาวะในจิตใจ

ของบุคคลที่พร้อมจะกระตุ้นนำทางให้พฤติกรรมดำเนินไปตามเป้าหมาย และแรงจูงใจเป็นผู้กำหนดให้พฤติกรรมที่จะให้ทำหรือละเว้นสิ่งต่างๆดังภาพ



ภาพประกอบ 4 แสดงทัศนคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

ที่มา: ฉลอง ภิมย์รัตน์. (2521). จิตวิทยาสังคม. หน้า 46. กรุงเทพฯ: ประจักษ์การพิมพ์.

จากภาพจะสังเกตได้ว่าเมื่อบุคคลมีทัศนคติไปในทางใดก็เกิดแรงจูงใจในแนวนั้นและจะต้องแสดงออกในด้านพฤติกรรมในแนวเดียวกัน ฉะนั้นการเปลี่ยนทัศนคติไปในทิศทางอื่นก็อาจทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วย

นักวิจัยเชื่อกันว่า ทัศนคติเป็นตัวการที่จะกำหนดทิศทางของพฤติกรรมแต่ทัศนคติมิได้กำหนดเวลาหรือปริมาณให้บุคคลแสดงพฤติกรรมว่าจะต้องทำให้เร็วหรือช้า มากหรือน้อยแค่ไหน เวลาและปริมาณของพฤติกรรมจะถูกกำหนดโดยแรงจูงใจ เช่น โดยปกติทัศนคติต่อการรับประทานอาหาร คือ ข้าวเป็นหลัก เมื่อหิวมากก็กำหนดให้รีบไปหาอาหารจะรับประทานมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับความหิวซึ่งเป็นแรงจูงใจ

สรุปได้ว่าทัศนคติเป็นอารมณ์และความรู้สึกที่สำคัญต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ สถานการณ์ หรือบุคคลอื่น ในทิศทางใดทิศทางหนึ่งอาจเป็นในทางที่ชอบหรือไม่ชอบก็ได้ หากเราเข้าใจทัศนคติของบุคคลใดแล้ว เราก็อาจคาดเดาพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลนั้นได้ ทั้งนี้ก็เพราะว่า ทัศนคติเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติ

แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม

นิยะดา ชุณหวงษ์ และ นินนาท พารวรุณ (2520 : 78) ให้ความหมายว่าพฤติกรรม หมายถึง อากัปกริยาของคนที่แสดงออกบ่งบอกถึงความชอบและไม่ชอบต่อกิจกรรมบางอย่างที่สามารถสังเกตได้ พฤติกรรมจึงเป็นกิจกรรมต่างๆ ซึ่งบุคคลแสดงออกมาโดยผู้อื่นมองเห็นได้ เช่น การยิ้ม การเดิน หรือผู้อื่นเห็นได้ยากต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น การเต้นของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น

ลิขิต กาญจนภรณ์ (2525 : 3) ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมใดๆก็ตามของอินทรีย์ที่สังเกตได้โดยคนอื่น หรือโดยเครื่องมือของผู้ทดลอง เช่น เด็กรับประทานอาหาร ชี้อวัยวะ พูด หัวเราะ และร้องไห้ กิจกรรมเหล่านี้กล่าวถึงพฤติกรรมทั้งสิ้น การสังเกตพฤติกรรมอาจทำได้โดยใช้เครื่องมือเข้าช่วย เช่น การใช้เครื่องตรวจคลื่นสมอง

ไพบุลย์ เทวรักษ์ (2528 : 1-2) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง อากัปกริยาทั้งหมดของบุคคลทั้งที่เราสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสโดยตรง หรือโดยอ้อม และทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ได้แก่ การนั่ง เดิน นอน ยืน อารมณ์โกรธ เกลียด รัก และฝัน เป็นต้น

สุชาดา สุธรรมรักษ์ (2531 : 6-7) ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ซึ่งในที่นี้จะเน้นการกระทำของมนุษย์ไม่ว่ากระทำนั้น ผู้กระทำจะกระทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม และไม่ว่าการกระทำนั้นผู้อื่นจะสังเกตเห็นได้หรือไม่ก็ตาม เช่น การเดิน การพูด หรือการคิด การรับรู้ เป็นต้น

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึงกิจกรรมทั้งหมดของบุคคลที่แสดงออกโดยที่ผู้อื่นมองเห็นได้ เช่น การยิ้ม การนั่ง และที่มองเห็นไม่ได้ที่ต้องใช้เครื่องมือเข้าช่วยในการวัดการสังเกต ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงกิจกรรมที่แสดงออกมาโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวด้วย

นักจิตวิทยาเชื่อว่าพฤติกรรมเป็นผลที่เกิดจากปฏิกิริยาของมนุษย์หรืออินทรีย์ (Organism) กับสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งเขียนเป็นสูตรได้ดังนี้ (ประภาเพ็ญ.2526 : 15)

$$B = f(O, E)$$

เมื่อ

B = พฤติกรรม

F = ผลที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ

O = อินทรีย์ (Organism)

E = สิ่งแวดล้อม (Environment)

พฤติกรรมของอินทรีย์ที่ได้จากการมีปฏิกริยากับสิ่งแวดล้อมนั้น จะมีผลออกมาในรูปทั้งที่สังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น และที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวินิจฉัยว่ามีหรือไม่มีโดยวิธีการหรือเครื่องมือทางด้านจิตวิทยา

นิยามความหมายของคำว่า “การตัดสินใจ”

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 บัญญัติไว้ว่า “ตัดสินใจ เป็นคำกริยา หมายถึง ตกลงใจ” ในส่วนของ “การตัดสินใจ หมายถึง การตกลงใจ” ตามนัยของศัพท์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การตัดสินใจเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตกลงใจของในเรื่องต่างๆไม่ว่าจะเป็นการตกลงใจเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัว หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ของส่วนรวม

การตัดสินใจ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Decision-Making” โดยที่ Wedster Encyclopedic Dicttonary ได้บัญญัติคำว่า “Decision” เป็นคำที่มาจากรากศัพท์ใน “ภาษาลาติน”ว่า “Decisio, Decisionis” แปลว่า “ตกลงใจ (Decide)” และ “การตัดสินใจ (decision)” หมายถึง การตกลงใจ (the act of deciding) สำหรับในทางบริหารจะใช้คำว่า “การตัดสินใจ” ตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “Decision-Making” ซึ่งนักวิชาการต่างให้ความหมายไว้ดังนี้

กริกอรี มัวร์เฮด (Gregory Moorhead) และ ริคกี ดิบบลิว.กริฟฟิน (Ricky W Griffin) นิยามไว้ว่า “การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกทางเลือกเพียงทางเลือกเดียวจากทางเลือกที่มีอยู่ทั้งหมด”

เคน เบอร์ตัน (Gene Burton) และมานับ ธาร์เกอร์ (Manab Thakur) นิยามว่า “การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการที่รวมเอาการวิเคราะห์และการนิยามสถานการณ์ของปัญหาการวิเคราะห์เพื่อกำหนดทางเลือก การเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดหนึ่งทางเลือก และกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติ” โดยเขาพิจารณาว่า “ทางเลือกที่ดีที่สุดหนึ่งทางเลือก” หมายถึง ทางเลือกที่มีประสิทธิผลมากที่สุด

ธรรมชาติของการตัดสินใจ (Nature of Decision Making)

การตัดสินใจนั้นเป็นกระบวนการเลือกในระหว่างทางเลือกต่างๆ ซึ่งเป็นคำจำกัดความที่สั้น ง่าย และดูเหมือนว่าจะเข้าใจทั่วๆไป แต่จริงๆ แล้วภายในกระบวนการเลือกทางเลือกต่างๆนั้นก็มีสิ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้องบางประการ เป็นต้นว่า Chester I, Barnard (1938 : 48) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจว่าเป็นเทคนิควิธีที่จะลดจำนวนทางเลือกการเลือกลงมาเพราะฉะนั้น การเลือกทางเลือกนั้นจะใช้เทคนิควิธีใดก็ตามที่จะเลือกทางเลือกเหล่านั้นลงมาเหลือทางเดียว นั่นก็หมายความว่าเลือกทางเลือกทางใดทางหนึ่งขึ้นมานั่นเอง ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวนั้น Herbert A. Simmom (1960 : 154) ก็ให้ความเห็นว่ามึระดับขั้นตอนความสำคัญอยู่หลายประการ คือ

ในประการแรก เป็นกิจกรรมออกแบบ (intelligence activity) ซึ่งความหมายนี้เป็นการยืมความหมายทางด้านการทหารมา หมายถึงบรรดาเซนาริการที่ต้องไปสืบเสาะหาข่าวสารสภาพการทางสิ่งแวดล้อมสำหรับที่จะใช้ในการตัดสินใจ

ในประการที่สองนั้น เป็นกิจกรรมออกแบบ (design actiity) หมายถึงว่าเป็นการสร้าง พัฒนา วิเคราะห์ แนวทางต่างๆ ที่น่าจะนำไปปฏิบัติได้

ในแง่สุดท้ายคือกิจกรรมคัดเลือกคือ (choice activity) คือการเลือกทางเลือกอันเหมาะสมที่จะนำไปปฏิบัติได้จริง

ในขั้นตอนทั้ง ๓ ประการนี้เองที่สะท้อนให้เห็นถึงธรรมชาติที่สำคัญของการตัดสินใจว่าเป็นกระบวนการตามลำดับขั้นตอนที่เลือกทางเลือกทางใดทางหนึ่งออกมาสำหรับใช้ในการปฏิบัติ

ขั้นตอนการตัดสินใจแบ่งออกเป็น 6 อย่างคือ

1.การแยกแยะตัวปัญหา (Problem Identifcatlon)

ในขั้นตอนแรกของการตัดสินใจนั้นเป็นเรื่องของการสร้างความแน่ใจมั่นใจการค้นหา ทำความเข้าใจกับตัวปัญหาที่แท้จริง การแยกแยะตัวปัญหาออกมาแน่ชัดหรือตัวปัญหาที่แน่นอนโดยกระบวนการตัดสินใจจะเริ่มต้นตามขั้นตอนแรกเมื่อผู้ทำการตัดสินใจหรือผู้จัดการโดยทั่วไปมีความรู้สึกว่าได้เกิดปัญหาขึ้นมา นั่นคือเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในของผู้จัดการว่าได้มีปรากฏการณ์บางสิ่งบางอย่างมิได้เป็นไปตามที่คาดคิด หมายถึงได้ว่าได้มีตัวปัญหาทั่วไปแล้ว ซึ่งโดยทั่วไปแล้วก็จะเรียกร้องความสนใจหรือความตั้งใจในอันที่จะแก้ปัญหาเหล่านั้น แต่ความตั้งใจที่แท้จริงเป็นเรื่องของการวิเคราะห์ซึ่งตามแนวความคิดข้อเสนอของ Charles H. Kepner and Benjamin B. Tregoe (1965) ก็ได้เสนอว่า การตัดสินใจนั้นอยู่ที่การแยกแยะตัวปัญหาที่แท้จริงออกมาให้ได้นั่นเอง

2.การหาข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตัวปัญหานั้น (Information Search)

ขั้นตอนการตัดสินใจประการที่สองนี้เป็นเรื่องของการเสาะหาตัวข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหามากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ทั้งนี้การเสาะหาข่าวสารควรจะเป็นไปตามแนวคิดที่ว่าข่าวสารที่สรรหานั้น จำเป็นจะต้องมีความเกี่ยวข้องและจำเป็นกับตัวปัญหา ตลอดจนมีความเพียงพอในการแก้ปัญหา (relevant, necessary and sufficient information)

3.การประเมินค่าข่าวสาร (Evaluation of Information)

ในบรรดาข่าวสารที่เสาะแสวงหานั้น มิได้หมายความว่าข่าวสารทุกชนิดที่หานั้นเกี่ยวข้องกับตัวปัญหาและมีคุณค่ากับตัวปัญหานั้นอย่างแท้จริงเสมอไป ทั้งๆที่ขณะทำการเสาะหา ก็ได้ตั้งใจเช่นกันเพราะฉะนั้น ก็จำเป็นต้องมีการประเมินค่าข่าวสารที่ได้มานั้นถูกต้องเหมาะสมเพียงพอตรงกับเวลาสามารถที่จะนำไปวิเคราะห์ปัญหาได้หรือไม่ ซึ่งจะมีการเสาะหาข่าวสารเพิ่มเติมหลังจากประเมินค่าข่าวสารแล้วว่าไม่เพียงพอหรือไม่เกี่ยวข้องเท่าที่ควร หรือจำเป็นต้องตัดข่าวสารบางอย่างออกไป ถ้าเห็นว่าไม่เกี่ยวข้องกับตัวปัญหาที่จะทำการแก้ปัญหาหรือตัดสินใจนั้น

4.การกำหนดทางเลือก (Listing of Alternatives)

ในขั้นนี้เองเห็นว่าเป็นขั้นตอนสำคัญมากของการตัดสินใจคือการกำหนดทางเลือกมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ กระบวนการพยายามจะครอบคลุมวิถีทางที่จะแก้ปัญหาได้ในหลายวิธี

5.การเลือกทางเลือก (Selection of Alternative)

เมื่อได้กำหนดทางเลือกต่าง ๆ ออกมาแล้วพร้อมกำหนดลำดับความสำคัญและเหมาะสมในการแก้ปัญหาแล้ว ขั้นต่อไปก็คือการเลือกทางเลือกที่จะปฏิบัติการต่อไป (selection of a course of action) และขั้นนี้เองที่เป็นเพียงอีกขั้นหนึ่งที่อยู่ในขั้นตอนของการตัดสินใจ ซึ่งยังไม่สามารถที่จะกล่าวได้ว่าสมบูรณ์ให้กับการตัดสินใจตามขั้นตอนเหล่านี้ได้

6.การปฏิบัติตามการตัดสินใจ (Implement of Decision)

เราจะทราบได้ว่าการตัดสินใจนั้นถูกต้องเหมาะสมเพียงใดหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับผลของการตัดสินใจนั้นหมายความว่าสามารถที่จะแก้ปัญหาที่ได้แยกแยะออกมาได้ตามขั้นตอนแรกได้หรือไม่ ซึ่งในหลายกรณีมีการสอดแทรกขั้นตอนออกมาว่าเมื่อเริ่มปฏิบัติการตามผลของการตัดสินใจนั้นแล้ว จะมีวิธีการประเมินผลของการตัดสินใจได้อย่างไรในการที่จะตรวจสอบดูว่าผลของการตัดสินใจที่ได้ถูกปฏิบัติว่าเหมาะสมกับการแก้ปัญหาที่ต้องการจะแก้หรือไม่

อย่างไรก็ตามทั้งหมดนั้นเป็นขั้นตอนของการตัดสินใจที่จำเป็นต้องมีดังที่กล่าวแล้วว่าจะโดยรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม เพื่อที่จะได้ดำเนินการตั้งแต่เกิดความรู้สึกในตัวอย่างเหตุการณ์การปฏิบัติการแก้ปัญหาตามผลของการตัดสินใจ คือการเลือกทางเลือกนั่นเอง และในหลายกรณีอาจมีการแบ่งขั้นตอนละเอียดลงไปกว่านี้ก็ได้ (Alexis and Wilson. 1976 ; Moore and Thomas. 1976)

องค์ประกอบของผลิตภัณฑ์

1. ผลิตภัณฑ์หลัก(Core product) หมายถึง ผลประโยชน์ที่สำคัญของผลิตภัณฑ์ที่ผู้ผลิตเสนอขายให้กับผู้บริโภค ซึ่งอาจเป็นเรื่องของผลประโยชน์ใช้สอย การแก้ปัญหาให้ลูกค้า การขายความปลอดภัย ความสะดวกสบาย การประหยัด เป็นต้น

2. รูปลักษณ์ของผลิตภัณฑ์หรือผลิตภัณฑ์ส่วนที่มีตัวตน (Formal or tangible product) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ผู้บริโภคสัมผัสหรือรับรู้ได้ เป็นส่วนที่ทำให้ผลิตภัณฑ์หลักทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ขึ้น หรือเชิญชวนให้ใช้มากขึ้น ประกอบด้วย (1) ระดับคุณภาพ (2) รูปร่างลักษณะ (3) รูปแบบ (4) การบรรจุภัณฑ์ (5) ตราสินค้า (6) ลักษณะทางกายภาพอื่นๆ

3. ผลิตภัณฑ์ที่คาดหวัง (Expected product) เป็นกลุ่มของคุณสมบัติและเงื่อนไขที่ผู้ซื้อคาดหวังว่าจะได้รับและใช้เป็นข้อตกลงจากการซื้อสินค้าการเสนอผลิตภัณฑ์ที่คาดหวังจะคำนึงถึงความพึงพอใจของลูกค้าเป็นหลัก (Customer's satisfaction)

4. ผลิตภัณฑ์ควบ (Augmented product) หมายถึง ผลประโยชน์ที่ผู้ซื้อได้รับเพิ่มเติมนอกเหนือจากผลิตภัณฑ์หลักและผลิตภัณฑ์ที่มีตัวตน ประกอบด้วย (1) การขนส่ง (2) การให้สินเชื่อ (3) การรับประกัน (4) การบริการหลังการขาย (5) การติดตั้ง (6) การให้บริการอื่นๆ

5. ศักยภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ (Potential product) หมายถึง คุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปเพื่อสนองความต้องการของลูกค้าในอนาคต

ประวัติความเป็นมาและธุรกิจของยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในประเทศไทย

เบาหวาน คือ สภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงเป็นเวลานานจนกระทั่งไตสกัดกั้นน้ำตาลไว้ไม่ได้ และขับน้ำตาลออกมา(อรพรรณ มาตังคสมบัติ.2544:24)

สาเหตุ

โรคเบาหวานเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถเผาผลาญน้ำตาลให้เป็นประโยชน์ต่อร่างกายได้ดังเช่นคนปกติ จึงเป็นเหตุให้มีจำนวนน้ำตาลในโลหิตสูง จนล้นออกมาทางปัสสาวะ

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM) หรือ Type 1 Diabetes Mellitus

2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) หรือ Type 2 Diabetes Mellitus

เพื่อให้ภาพได้ชัดเจนขึ้นเราสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคเบาหวานทั้งสองแบบได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของโรคเบาหวานชนิด Type 1 และ Type 2

	Type 1 Diabetes Mellitus	Type 2 Diabetes Mellitus
อุบัติการณ์เกิด	พบ 5 %	พบ 95 %
เริ่มเป็นเมื่ออายุ	น้อยกว่า 35 ปี	มากกว่า 35 ปี
ลักษณะรูปร่างของผู้ป่วย	ผอม	อ้วน
อาการผิดปกติที่พบ	ปกติกระหายน้ำบ่อย กินจุ ถ่ายปัสสาวะบ่อย	60-90%ของผู้ป่วย มักไม่มีอาการ
ระดับน้ำตาลในเลือด	สูงมากและไม่คงที่	สูง
การรักษาด้วยยา	ฉีดอินซูลิน	ใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน ก่อน ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จึงฉีดอินซูลิน
การส่งต่อทางกรรมพันธุ์	น้อยกว่า 10%	มากกว่า 20%

แม้ว่าโรคเบาหวานจะมี 2 ชนิด คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus) และ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) แต่คนไข้ที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการศึกษาว่าประชากรไทยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 95-96.3% ส่วนโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบเพียง 1.5-4% เท่านั้น ซึ่งการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำเป็นต้องใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ขณะที่โรคเบาหวานชนิดที่ 1 จะรักษาโดยการฉีดอินซูลินเท่านั้น โดยจากการศึกษาการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยพบว่ามีเพียง 3.2% ที่ใช้การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร ใช้การรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน 12% ใช้การรักษาโดยยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานถึง 81% และใช้อินซูลินร่วมกับยารับประทาน 3.8% โดยแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อายุรแพทย์ แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ แพทย์โรคไต แพทย์โรคหัวใจ เนื่องจากเป็นแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมและปฏิบัติงานจนเกิดทักษะความชำนาญในการรักษาผู้ป่วยและสามารถเลือกใช้ยารักษาเบาหวานตลอดจนวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง

ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานคืออะไร

ยาเบาหวานชนิดเม็ดไม่ใช่อินซูลิน จะมีประสิทธิภาพเมื่อตับอ่อนยังผลิตอินซูลินได้บ้าง การใช้ยารักษาควรร่วมไปกับการคุมอาหารและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นไม่มากบางรายหลังจากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อาจสามารถหยุดยาในภายหลังแต่ยังต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายต่อไป และตรวจเช็คระดับน้ำตาลตามคำแนะนำของแพทย์ ในทางกลับกันผู้ป่วยบางรายที่เป็นเบาหวานมานาน อาจจำเป็นต้องใช้ยาลดระดับน้ำตาลหลายประเภทร่วมกันจึงจะคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ที่ต้องการ และบางรายตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพมาก จำเป็นต้องฉีดอินซูลิน

ยารักษาโรคเบาหวานจะแบ่งออกเป็น 4 ประเภท

1. ซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylureas) และเมกกลิทินิด (meglitinide)
2. ไบแกวนิด (biguanides)
3. อัลฟา กลูโคซิเดส อินฮิบิเตอร์ (alpha-glucosidase inhibitor)
4. ไธอะโซลิดินไดโอน หรือกลิทาโซน (thiazolidinediones or glitazones)

ประวัติความเป็นมาของยารักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย (อรพรรณ มาตังคสมบัติ. 2528 :38-63) ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานตัวแรกที่เข้ามาในประเทศไทยก็คือยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ซึ่งยาที่เข้ามาในช่วงนั้น ถือเป็นยาในรุ่นที่ 1 (First generation sulfonyl urea) ได้แก่ Tolbutamide, Chlorpropamide, Tolazamide และ Acetohexamide ซึ่งยาต่างๆเหล่านี้ ปัจจุบันเลิกใช้ไปหมดแล้ว เนื่องจากการออกฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดยาวนานเกินไป ทำให้มีผลในเรื่องของน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งคนไข้จะมีอาการหน้ามืด บางรายหมดสติ จึงทำให้เกิดเป็นอันตรายได้ จนกระทั่งมาในช่วงของยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียรุ่นที่ 2 (Second generation sulfonylurea) ได้แก่ Glibenclamide, Glipizide, Gliclazide และ Glimipiride การเข้ามาในเมืองไทยนั้นเรียงตามลำดับข้างต้น โดยยาที่เข้ามาตัวแรกก็คือ ยา Daonil ของบริษัทเฮิร์กซ์ (ซึ่งต่อมามีการควบรวมธุรกิจกับบริษัทยาอีกหลายบริษัท และเปลี่ยนชื่อเป็น บริษัทอเวนดิส ฟาร์มา ในปัจจุบัน) ซึ่งเข้ามาในปี พ.ศ.2516 โดยในช่วงนั้น ยังไม่มีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับเรื่องของสิทธิบัตรยา แต่อย่างไรก็ตาม บริษัทที่เป็นยา Generic ก็เพิ่งจะเริ่มมีเมื่อปี พ.ศ.2527 เนื่องจากมีความจำเป็นของการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับช่วงนั้นยังไม่มีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับสิทธิบัตรยา ทำให้มีผู้ผลิตในประเทศทำการสั่งซื้อวัตถุดิบที่เป็นตัวยาจากต่างประเทศแล้วนำมาทำเป็นเม็ดยาสำเร็จรูปเพื่อวางจำหน่ายในท้องตลาดแข่งกับยา Original นอกเหนือจากยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียแล้ว ช่วงระหว่างนั้น คือในปี พ.ศ.2525 ก็ยังมียาในกลุ่มไบแกวนิด เข้ามาในเมืองไทยด้วยคือยา Metformin และเริ่มมียา Generic ในปี พ.ศ.2528 ซึ่งแท้จริงแล้วยาในกลุ่มนี้มีอีกหนึ่งตัวคือ Buformin แต่เนื่องจากยาดังกล่าวเกิดผลข้างเคียงในการใช้ที่อันตรายมาก จึงเลิกใช้ไปและเหลือยาในกลุ่มนี้เพียงตัวเดียวคือ Metformin หลังจากนั้นยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานก็ไม่มีเกิดการเกิดยาใหม่ๆ ขึ้นเป็นเวลานาน แม้ว่าจะมีการคิดค้นยาออกมาบ้างในระหว่างปี พ.ศ.2525-2537 แต่เมื่อทำการศึกษาถึงความปลอดภัยแล้วก็พบว่าไม่มีความปลอดภัยเพียงพอต่อร่างกายมนุษย์ จึงทำให้การคิดค้นยารักษาเบาหวานไม่เกิดขึ้นเลยเป็นระยะเวลานานกว่า 10 ปี จนกระทั่งในปี พ.ศ.2538 ก็เกิดยาใหม่ๆ คือ ยาในกลุ่มอัลฟา กลูโคซิเดสอินฮิบิเตอร์ ซึ่งตัวแรกของกลุ่มคือ ยา Glucobay ซึ่งเป็นของบริษัท ไบเออร์(ประเทศไทย) จำกัด หลังจากนั้นอีก 3 ปี ก็มียาในกลุ่มนี้เกิดขึ้นอีกหนึ่งตัว คือ ยา Basen ซึ่งเป็นของบริษัท ทาเคดา(ประเทศไทย) จำกัด หลังจากนั้น ในปีพ.ศ.2542 ก็เกิดยาในกลุ่มใหม่ขึ้นมาอีก คือยาในกลุ่ม เมกกลิทินิด ตัวอย่างยา คือ เรพากลิไนด์ ของบริษัท โนวโนร์ดิส และปีพ.ศ. 2543 ก็เกิดยาเบาหวานกลุ่มใหม่ล่าสุดออกมาวางขายในตลาด คือยาในกลุ่มไธอะโซลิดินไดโอน ซึ่งตัวอย่างยาในกลุ่มนี้มีอยู่ 2 ตัว คือ ยา Avandia ของบริษัท Glaxosmithkline (GSK) และยา Actos ของบริษัททาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด

ในปัจจุบัน สามารถสรุปสถานการณ์ของยา Original แต่ละตัวในส่วนของการที่มียา Generic ได้ดังนี้ คือ

1. ยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ซึ่งจากข้อมูลในปี ค.ศ.1998-2001 พบว่ายาที่มี Generic ในกลุ่มนี้มีอยู่ 3 ตัวคือ ยาDaonil ซึ่งมียาที่เป็น Generic คือ Glibenclamide ยาMinidiab ซึ่งมียาที่เป็น Generic คือ Glipizide และยา Diamicron ซึ่งมียาที่เป็น Generic คือ Gliclazide

2. ยาในกลุ่มไบกัวไนด์ ยาในกลุ่มนี้มีเพียงตัวเดียวก็คือยาGlucophage ซึ่งจากข้อมูลในปี ค.ศ.1998-2001พบว่ายาในกลุ่มนี้มี Generic คือ Metformin

3. ยาในกลุ่มอัลฟาไกลูโคซิเดสอินฮิบิเตอร์ ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้มี 2 ตัวคือยา Glucobay และยา Basen ซึ่งยาในกลุ่มนี้ไม่มียา Generic แม้สิทธิบัตรยาจะหมดอายุแล้วก็ตาม เหตุผลที่ยาในกลุ่มนี้ยังไม่มียา Generic เนื่องจาก มูลค่าตลาดของยาในกลุ่มนี้ยังไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับยาใน 2 กลุ่มแรก จึงทำให้ผู้ผลิตยังไม่สนใจที่จะลงทุนทำการผลิต หรืออาจพูดได้ว่าไม่มี Economy of scale นั้นเอง อีกเหตุผลหนึ่งที่ยาในกลุ่มนี้ไม่มียา Generic ก็เนื่องจาก การที่ยาในกลุ่มนี้ จำเป็นต้องใช้การสังเคราะห์วัตถุดิบที่เป็นตัวยาจากการเพาะเชื้อ (Biosynthesis) ซึ่งต้องใช้การลงทุนที่สูงมาก ซึ่งก็ถือเป็น Barrier to entry สำหรับการผลิตยาในกลุ่มนี้ด้วย

4. ยาในกลุ่มเมติกลิโนด์ ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ คือ เรพากลิโนด์ ยากลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกับยาในกลุ่มที่ 3 คือเป็นกลุ่มที่ไม่มียา Generic เนื่องจาก มูลค่าตลาดของยาในกลุ่มนี้ยังไม่สูงมากนัก จึงทำให้ผู้ผลิตยังไม่สนใจที่จะลงทุนทำการผลิต

5. ยาในกลุ่มไซอะโซลิดีนไดโอน ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ คือ Avandia และ Actos ซึ่งจากข้อมูลในปี ค.ศ.1998-2001 ยาในกลุ่มนี้แม้จะมีมูลค่าตลาดสูงขึ้นเรื่อยๆตั้งแต่ยาออกวางขายในตลาด แต่ที่ยังไม่มียา Generic เนื่องจากยายังมีสิทธิบัตรยาคุ้มครองอยู่ ตราบใดที่ยาหมดจากความคุ้มครองของสิทธิบัตรเมื่อใด เชื่อว่าคงจะมีหลายบริษัทเตรียมผลิตยา Generic ออกมาขายแข่งด้วยแน่นอน

ภาพรวมของตลาดยาเบาหวานชนิดรับประทานช่วงปี ค.ศ. 1998-2002

ข้อมูลภาพรวมของตลาดยาเบาหวานชนิดรับประทานในประเทศไทยตั้งแต่ปีค.ศ.1998-2002 สามารถแสดงดังตาราง

ตาราง 4 แสดงภาพรวมของตลาดยาเบาหวานชนิดรับประทานช่วงปี ค.ศ. 1998-2002

ปี ค.ศ.	บริษัท Original	บริษัท Generic
1998	มีจำนวน 8 บริษัท คือ SVR,LPH,PHA,AVS,BAY ROC,PFZ,TAK	มีจำนวน 50 บริษัท คือ GPO,SBJ,PHA,GET,PMS,PP.,FS O,UON,SRV,R.X,TOC,BLB,MSL, GGG,NID,BNK,WFA,TNK,TUM,A PH,YSN,PON,HKP,TME,MEN,P. A,SE,NLF,UTP,MDO,PGM,SVD, TMN,CBR,L-B,PM6,BUR,USO, HA,S.D,LSG,CHA,V&P,FSP,BMD PYP,TFT,PDI,CMP,BSU
1999	มีจำนวน 8 บริษัท คือ SVR,LPH,PHA,AVS,BAY ROC,PFZ,TAK	มีจำนวน 50 บริษัท คือ GPO,SBJ,PHA,GET,PMS,PP.,FS O,UON,SRV,R.X,TOC,BLB,MSL, GGG,NID,BNK,WFA,TNK,TUM,A PH,YSN,PON,HKP,TME,MEN,P. A,SE,NLF,UTP,MDO,PGM,SVD, TMN,CBR,L-B,PM6,BUR,USO, HA,S.D,LSG,CHA,V&P,FSP,BMD PYP,TFT,PDI,CMP,BSU
2000	มีจำนวน 10 บริษัท คือ SVR,LPH,PHA,AVS,BAY ROC,PFZ,TAK,GSK,N-N	มีจำนวน 50 บริษัท คือ GPO,SBJ,PHA,GET,PMS,PP.,FS O,UON,SRV,R.X,TOC,BLB,MSL, GGG,NID,BNK,WFA,TNK,TUM,A PH,YSN,PON,HKP,TME,MEN,P. A,SE,NLF,UTP,MDO,PGM,SVD, TMN,CBR,L-B,PM6,BUR,USO,- HA,S.D,LSG,CHA,V&P,FSP,BMD PYP,TFT,PDI,CMP,BSU

ตาราง 4 (ต่อ)

ปี ค.ศ.	บริษัท Original	บริษัท Generic
2001	มีจำนวน 10 บริษัท คือ SVR,LPH,PHA,AVS,BAY ROC,PFZ,TAK,GSK,N-N	มีจำนวน 50 บริษัท คือ GPO,SBJ,PHA,GET,PMS,PP.,FS O,UON,SRV,R.X,TOC,BLB,MSL, GGG,NID,BNK,WFA,TNK,TUM,A PH,YSN,PON,HKP,TME,MEN,P. A,SE,NLF,UTP,MDO,PGM,SVD, TMN,CBR,L-B,PM6,BUR,USO, HA,S.D,LSG,CHA,V&P,FSP,BMD PYP,TFT,PDI,CMP,BSU
2002	มีจำนวน 10 บริษัท คือ SVR,LPH,PHA,AVS,BAY ROC,PFZ,TAK,GSK,N-N	มีจำนวน 50 บริษัท คือ GPO,SBJ,PHA,GET,PMS,PP.,FS O,UON,SRV,R.X,TOC,BLB,MSL, GGG,NID,BNK,WFA,TNK,TUM,A PH,YSN,PON,HKP,TME,MEN,P. A,SE,NLF,UTP,MDO,PGM,SVD, TMN,CBR,L-B,PM6,BUR,USO, MHA,S.D,LSG,CHA,V&P,FSP,B MD, PYP,TFT,PDI,CMP,BSU

ที่มา: ดัดแปลงข้อมูลจาก Takeda (IMS(Thailand))

จากข้อมูลของตลาดยาเบาหวานชนิดรับประทานในประเทศไทย ตั้งแต่ปี ค.ศ.1998 – 2002สามารถสรุปได้ดังนี้ (ข้อมูลจาก Takeda(Thailand) : 2545)

1.ปัจจุบันบริษัทผู้ผลิตยาเบาหวานชนิดรับประทานในประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 94 บริษัท โดยแบ่งเป็นบริษัทที่เป็นยาต้นแบบ (Original) จำนวน 10 บริษัท ในจำนวน 10 บริษัทที่ผลิตยาต้นแบบ มีอยู่ 2 บริษัทที่ผลิตยาต้นแบบ 2 ตัว คือ AVENTIS PHARMAและTAKEDA THAILAND ส่วนบริษัทที่เป็นยาสามัญ (Generic) มีจำนวน 84 บริษัท อย่างไรก็ตาม ในจำนวน 84 บริษัทที่เป็นยา Generic นั้น พบว่าบริษัทที่มียอดขายจำหน่ายยาเบาหวานจริงๆมีอยู่เพียง 50 บริษัทเท่านั้น อีก 34 บริษัทเป็นเพียงการขอขึ้นทะเบียนตำรับยาเอาไว้เท่านั้น แต่ยังไม่ได้มีการจำหน่ายจริงในท้องตลาด จึงยังไม่มียอดขายดังกล่าว ฉะนั้น บริษัทที่มียอดขายจำหน่ายจริงๆในตลาดยาเบาหวานจึงมีเพียง 60 บริษัท ซึ่งบริษัททั้ง60 บริษัทในตลาดยาเบาหวานในประเทศไทยมีดังนี้

GPO	GPO
AVS	AVENTIS PHARMA
SBJ	SIAM BHAESAJ CO
SVR	SERVIER
LPH	LIPHA FRANCE
TAK	TAKEDA LTD
PHA	PHARMACIA
GSK	GLAXOSMITHKLINE
GET	GREATER PHARM
BAY	BAYER
PMS	PHARMASANT LABS
PP.	POLIPHARM
FSO	FASCINO
UON	UNISON
R.X	R.X COMPANY
TOC	T.O.CHEMICAL
ROC	ROCHE
BLB	BIOLAB
N-N	NOVO NORDISK PHARM
MSL	MASA LAB
GGG	GENERIC LAB
NID	NIDA PHARMA
SRV	SERVIPHARM
BNK	BANGKOK LAB
PFZ	PFIZER INTER. CORP
WFA	WIFA AS
TNK	THAI NAKORN PATANA
TUM	TRUSTMAN PHARMA
APH	ALPHAPHARM
YSN	YUNG SHIN PHARM
PON	PONDS CHEMICAL
HKP	H.K PHARMACEUTICAL
TME	THE MEDIC PHARM
MEN	A MENARINI
P.A	PHARMACEUT ASSOC.
SE-	SEA PHARM CO
CBR	CHEW BROTHERS

L-B	L.B.S LAB
PM6	PHARMALAND
BUR	BURAPHA OSOTH
USO	UPSON
MHA	MACROPHAR
NLF	NEW LIFE PHARMA
UTP	UTOPIAN
MDO	MEDOCHEMIE
PGM	PROGRESS MED.
SVD	SEVEN STAR DISPENS
TMN	T.M.N.IMPEX
S.D	SRIPRASIT PHARMA
LSG	LERT SING PHARM
CHA	CHAROON PHARMACY
V&P	V&P LABORATORIES
FSP	FRIENDSHIP
BMD	BEMED
PYP	PINYO PHARM
TFT	THE FORTY TWO LAB
PDI	PHARMADICA
CMP	CHEMEPHAND MED
BSU	THE B.S UNITRADE
ATC	ATLANTIC LAB

2.ส่วนแบ่งตลาดของยา Original เทียบกับยา Generic ตั้งแต่ปี คศ.1998 – 2002เป็นดังนี้ คือ

ในปี 1998 ; Original มียอดขายที่ 185,203,229 บาท โดยยอดขายทั้งตลาดเป็น 353,610,735 บาท นั่นคือ Original มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ $185,203,229/353,610,735$ ซึ่งคิดเป็นส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 52.37% นั่นหมายถึง Generic มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 47.63%

ในปี 1999 ; Original มียอดขายที่ 208,684,529 บาท โดยยอดขายทั้งตลาดเป็น 439,943,032 บาท นั่นคือ Original มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ $208,684,529/439,943,032$ ซึ่งคิดเป็นส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 47.43% นั่นหมายถึง Generic มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 52.56%

ในปี 2000 ; Original มียอดขายที่ 260,379,474 บาท โดยยอดขายทั้งตลาดเป็น 532,991,732 บาท นั่นคือ Original มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ $260,379,474/532,991,732$ ซึ่งคิดเป็นส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 48.85% นั่นหมายถึง Generic มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 51.14%

ในปี 2001 ; Original มียอดขายที่ 330,832,784 บาท โดยยอดขายทั้งตลาดเป็น 730,424,056 บาท นั่นคือ Original มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ $330,832,784/730,424,056$ ซึ่งคิดเป็นส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 45.29% นั่นหมายถึง Generic มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 54.70%

ในปี 2002 ; Original มียอดขายที่ 404,721,412 บาท โดยยอดขายทั้งตลาดเป็น 799,722,501 บาท นั่นคือ Original มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 404,721,412 /799,722,501 ซึ่งคิดเป็นส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 50.60% นั่นหมายถึง Generic มีส่วนแบ่งตลาดเท่ากับ 49.39

แสดงส่วนแบ่งตลาดระหว่างยา Original และยา Genericช่วงปี 1998-2002

	ส่วนแบ่งตลาด Original	ส่วนแบ่งตลาด Generic
ปี คศ.1998	52.37%	47.63%
ปี คศ.1999	47.43%	52.56%
ปี คศ.2000	48.85%	51.14%
ปี คศ.2001	45.29%	54.70%
ปี คศ.2002	50.61%	49.39%

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลของ Takeda(IMS(Thailand))

3.มูลค่าตลาดของยาเบาหวานชนิดรับประทานในประเทศไทยในปี 1998-2002 สูงขึ้นโดยตลอด (ปี 1998 มีมูลค่าตลาดเท่ากับ 353,610,735 บาท ,ปี 1999 มีมูลค่าตลาดเท่ากับ 439,943,032 บาท , ปี 2000 มีมูลค่าตลาดเท่ากับ 532,991,732 บาท , ปี 2001มีมูลค่าตลาดเท่ากับ 730,424,056 บาท , ปี 2002 มีมูลค่าตลาดเท่ากับ 799,722,501 บาท) โดยที่มูลค่าตลาดของทั้ง Original และ Generic ต่างก็เพิ่มขึ้นด้วยกันทั้งคู่ แต่แนวโน้มของ Original กลับลดลงในช่วง 1998-2001 ในขณะที่ Generic มีแนวโน้มส่วนแบ่งตลาดเป็นไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ในปี 2002 เมื่อพิจารณาส่วนแบ่งตลาดยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานแล้วพบว่า ในปีนั้น Original มีมูลค่าตลาดเพิ่มขึ้นและมูลค่าตลาดของ Generic ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากมียาของสองบริษัทคือ Takeda และ GSK ได้ขึ้นทะเบียนยาออกมาใหม่พร้อมกัน ซึ่งมีการพัฒนาประสิทธิภาพด้วยที่ดีกว่า และยังไม่มียา Generic ออกตามมา ทำให้มูลค่าตลาดยาในช่วงนั้นเปลี่ยนแปลงได้ นั่นหมายความว่า หากบริษัทยาที่เป็น Original ไม่มีการคิดค้นยาใหม่ๆเข้าสู่ตลาดยารักษาเบาหวาน ส่วนแบ่งการตลาดก็จะน้อยกว่านี้ค่อนข้างมาก เพราะยา Generic มีการเพิ่มขึ้นของยอดขายอย่างต่อเนื่องทุกปี และเมื่อพิจารณาข้อมูลของปีล่าสุดคือในปี 2001 ก็พบว่า ในมูลค่ายอดขายสูงสุด 12 อันดับแรก เป็นบริษัทที่เป็นยา Original อยู่ถึง 9 อันดับ และมีบริษัทที่เป็นยา Generic อยู่เพียง 3 อันดับเท่านั้น โดย 3 อันดับดังกล่าว มีองค์การเภสัชกรรมครองอันดับ1 และอันดับ 2 บริษัทสยามเภสัช ครองอันดับ 8

ในทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จะแบ่งโครงสร้างตลาดเป็น4ประเภท (วิไลวรรณ วรรณนิธิกุล.2532:382)

- 1.ตลาดแข่งขันสมบูรณ์ (Perfect competition)
- 2.ตลาดผูกขาด (Monopoly)
- 3.ตลาดกึ่งแข่งขันกึ่งผูกขาด (Monopolistic competition)
- 4.ตลาดผู้ขายน้อยราย (Oligopoly)

การแบ่งประเภทของตลาดนั้นอาศัยลักษณะโครงสร้างใหญ่ๆ ในการแบ่งแยกดังนี้

- 1.จำนวนผู้ขายในตลาด
- 2.สินค้าที่ขายในตลาด (หรือความสามารถในการใช้ทดแทนกันของสินค้าในตลาด)
- 3.ความเกี่ยวพันกันระหว่างผู้ขายในตลาด (Interdependency)
- 4.ความยากง่ายของการเข้าสู่ตลาด (Barrier to entry)

จากหลักเกณฑ์สำคัญดังกล่าวข้างต้นเราพอจะสรุปลักษณะของตลาดประเภทต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ได้ดังตาราง

ตาราง 5 แสดงการแบ่งแยกลักษณะโครงสร้างตลาด

ประเภทตลาด	จำนวนผู้ ขาย	สินค้าที่ขายมีความสามารถในการใช้ทดแทนกัน	ความขึ้นอยู่กับกัน ของผู้ขายในตลาด	ความยากง่ายของ การเข้าสู่ตลาด
1.แข่งขันสมบูรณ์	มาก	สินค้าเหมือนกันหรือสามารถใช้ทดแทนกันโดยสมบูรณ์	ไม่มี	ง่ายมาก
2.กึ่งแข่งขันกึ่งผูกขาด	มาก	สินค้าต่างกันแต่สามารถใช้ทดแทนกันได้ดี	ไม่มี	ค่อนข้างง่าย
3.ผู้ขายน้อยราย				
- ขายสินค้าเหมือนกัน	น้อย	สินค้าเหมือนกันทุกอย่าง	มี	ค่อนข้างยาก
- ขายสินค้าต่างกัน	น้อย	สินค้าแตกต่างกัน	มี	ค่อนข้างยาก
4.ผูกขาด	คนเดียว	ไม่มีสินค้าอื่นทดแทนได้	ไม่มี	ยากมาก

จากการที่บริษัทผู้ผลิตยารักษาเบาหวานในประเทศไทยมีอยู่ทั้งสิ้น 60 บริษัท โดยประกอบด้วยบริษัทที่เป็นยา Original จำนวน 10 บริษัท บริษัทที่เป็นยา Generic 50 บริษัท และการที่ยา Generic ก็คือสารเคมีที่เป็นตัวยารักษาเบาหวานตัวเดียวกันกับยา Original ย่อมเป็นลักษณะที่เป็นสินค้าต่างกัน แต่สามารถใช้ทดแทนกันได้ดี ทำให้ไม่มีความขึ้นอยู่กับกันของผู้ขายในตลาด และการเข้าสู่ตลาดค่อนข้างง่ายเนื่องจากยา Generic สามารถนำเข้าวัตถุดิบเพื่อทำการผลิตเป็นเม็ดยาและทำการวางขายในท้องตลาดได้เลย ไม่ต้องทำการค้นคว้าวิจัยอะไรมากนัก

ตลาดกึ่งแข่งขันกึ่งผูกขาดจะมีลักษณะที่คล้ายกับตลาดแข่งขันสมบูรณ์ซึ่งมีผู้ผลิตจำนวนมาก และการเข้าสู่ตลาดของผู้ผลิตรายใหม่ค่อนข้างง่าย แต่สิ่งที่แตกต่างจากตลาดแข่งขันสมบูรณ์ก็คือความแตกต่างกันในเรื่องของสินค้า โดยผู้ผลิตแต่ละรายจะขายสินค้าที่มีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ เช่น คุณภาพของสินค้านอก หรือความมีชื่อเสียง และผู้ผลิตจะขายสินค้าด้วยยี่ห้อของตัวเอง การที่จะสามารถประสบความสำเร็จในการทำธุรกิจจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการผลิตสินค้าของตนเองให้มีความแตกต่างจากผู้ผลิตรายอื่น เช่น กรณีของยา Original และ ยา Generic แม้จะเป็นยาที่เกิดจากสารเคมีหรือวัตถุดิบตัวเดียวกัน แต่ผู้บริโภคเชื่อมั่นในคุณภาพและความมีชื่อเสียงของยา Original มากกว่า ถึงแม้ว่ายา Original จะมีราคาที่สูงกว่า ก็ยังมีผู้บริโภคบางกลุ่มยอมที่จะจ่ายเงินที่แพงกว่าเพื่อให้ได้ยา Original จากลักษณะดังกล่าวข้างต้นแสดง

ให้เห็นว่า อุตสาหกรรมยารักษาโรคเบาหวานในประเทศไทยมีลักษณะโครงสร้างตลาดเป็นตลาดผู้ผูกขาด (Monopolistic competition)

ลักษณะการผลิตของอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย

อุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศไทย พัฒนาเปลี่ยนแปลงจากการเป็นตัวนำเข้ายามาเป็นการผลิตทดแทนการนำเข้าได้ส่วนหนึ่ง เนื่องจากรัฐบาลเล็งเห็นถึงความสำคัญจึงได้ส่งเสริมการลงทุนแก่ผู้ประกอบการมานับตั้งแต่ปี 2503 ซึ่งการลงทุนในระยะแรกจะเป็นบริษัทจากต่างชาติร่วมทุนกับคนไทย แต่ยังคงอาศัยการนำเข้าวัตถุดิบและตัวยาบางประเภทจากต่างประเทศเข้ามา เพื่อใช้ในการผลิตและจำหน่ายภายในประเทศรวมถึงการส่งออก (ระบบยาของประเทศไทย, 2545 : 25-27)

อุตสาหกรรมการผลิตยาโดยทั่วไปของไทย พอจะแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การผลิตยาสำเร็จรูป โดยการนำวัตถุดิบตัวยามาทำการผลิตเป็นยาสำเร็จรูป การผลิตในลักษณะนี้จะใช้เทคโนโลยีการผลิตไม่สูงนัก แต่ต้องใช้เงินลงทุนในระดับที่สูง
2. การนำเข้าตัวยาสำเร็จรูปมาบรรจุใหม่โดยการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูปแล้วมาใช้บรรจุภัณฑ์บรรจุในประเทศ ซึ่งการผลิตในลักษณะนี้จะใช้เทคโนโลยีและเงินทุนค่อนข้างต่ำ
3. การผลิตวัตถุดิบหรือตัวยาในการผลิตยาสำเร็จรูป การผลิตในลักษณะนี้ต้องใช้เทคโนโลยีการค้นคว้าวิจัยและเงินทุนสูงมาก

ธุรกิจยาในประเทศไทย

สำหรับการประกอบธุรกิจด้านยาแผนปัจจุบันในประเทศไทย สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ธุรกิจกลุ่มการนำเข้าหรือผลิตยาสำเร็จรูปสำหรับมนุษย์ประเภทยาต้นแบบ (Original) และกลุ่มการนำเข้าหรือผลิตยาสำเร็จรูปสำหรับมนุษย์ประเภทยาสามัญ (Generic หรือ Local made) นอกจากนี้ การเข้าสู่อุตสาหกรรมยานี้ ยังมี Barrier to Entry สูงมาก เพราะชาวทหนามดังกล่าว คือ เงินลงทุนทางด้าน R&D ซึ่งมีมูลค่ามหาศาล เพื่อเป็นข้อแลกเปลี่ยนกับสูตรยา หรือนวัตกรรมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม รัฐบาลก็มีความพยายามอยู่บ้าง ในการที่จะปรับข้อกำหนดการขึ้นทะเบียนยาใหม่ เพื่อลดการผูกขาดยา

ในด้านของตลาดยาในประเทศไทย จากข้อมูลที่ได้ทำการรวบรวมของ Takeda (Thailand) IMS data พบว่ามูลค่าตลาดรวมของธุรกิจยาของไทยปี 2544 มีประมาณ 36,000 ล้านบาท โดยที่เป็นมูลค่าตลาดของยาเบาหวานชนิดรับประทานประมาณ 730 ล้านบาท โดยตลาดยาของไทยร้อยละ 70 เป็นตลาดยาเฉพาะโรค ดังนี้

ตลาดยาเฉพาะโรค (Ethical Products) ได้แก่ โรงพยาบาล สถานพยาบาล และ คลินิกต่างๆ คือ ตลาดยาประเภทนี้เป็นยารักษาเฉพาะโรคเท่านั้น ผู้ซื้อในตลาดนี้ได้แก่ แพทย์ ซึ่งเป็นผู้สั่งจ่ายยาแก่คนไข้ ดังนั้น การส่งเสริมการจำหน่ายจึงมุ่งที่แพทย์เป็นหลัก เซลส์ขายยาหรือที่เรียกว่า ดีเทลยา จะเสนอขายของตนให้แพทย์ได้ทดลองใช้ยาและทราบถึงสรรพคุณของยานี้ นอกจากนี้ บริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายยาประเภทนี้ยังมีการใช้กลยุทธ์เทคนิคต่างๆ ทางด้านตลาดอีกมากมายเพื่อสร้างสัมพันธ์ให้เกิดขึ้น เช่น การสร้างห้องสมุดให้วิทยาลัยแพทย์ ให้อุ่นในการค้นคว้าด้านการแพทย์ การให้ทุนไปศึกษาต่อต่างประเทศ เป็นต้น บริษัทที่จะขาย

ยาให้แก่โรงพยาบาลของรัฐในลักษณะนี้ได้ในปัจจุบัน จะต้องได้รับใบรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงงาน คือ GMP แล้วเท่านั้น

การแข่งขันทางธุรกิจยา

อุตสาหกรรมยามีลักษณะที่พิเศษไปจากอุตสาหกรรมอื่นหลายประการ เป็นผลถึงการแข่งขันในทางธุรกิจและการกำหนดราคาสินค้าด้วยลักษณะพิเศษของอุตสาหกรรมยา (Pharmarketing. 2545 : 60) ได้แก่

1. ผลิตภัณฑ์ยาเป็นประเภทที่ได้รับการคุ้มครองอย่างยิ่งจากสิทธิบัตร
2. ราคาสินค้าไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการกำหนดอุปสงค์(Demand)
3. ความสำเร็จของอุตสาหกรรมโดยรวมเกิดจากการคิดค้นสิ่งใหม่ๆ และกลยุทธ์ในการส่งเสริมการขาย (Balance.1992 : 54)

นอกจากลักษณะเฉพาะของอุตสาหกรรมยาแล้วอุตสาหกรรมยายังมีลักษณะที่เอื้อต่อลักษณะกึ่งผูกขาดทางการค้า (Oligopoly) อันได้แก่

1. เป็นสินค้าที่มี Brand loyalty สูง
2. มีการสร้าง Product differentiation ได้
3. มี Barrier ในการเข้าสู่ตลาด อันได้แก่ การมีสิทธิบัตร เทคโนโลยี การผลิต การขึ้นทะเบียนตำรับ

ความชำนาญในด้านงานวิจัย ฯลฯ

4. การไม่เท่าเทียมกันในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (Asymmetry of information) เพราะผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ที่ทราบข้อมูลมากที่สุดเกี่ยวกับยาที่ใช้ รวมทั้งขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความแตกต่างของยาที่มีในท้องตลาด ทำให้โอกาสเลือกมีน้อย ขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนคนใช้นั้นก็มีข้อจำกัด เช่น ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับจากบริษัทฯ สูตรตำรับของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับส่วนลดหรือราคาพิเศษต่างๆ ฯลฯ

5. สินค้าที่ทดแทนกันได้เป็นอย่างดีมีไม่มากนัก ซึ่งเป็นผลรวมจากปัจจัยทั้งสี่ปัจจัยข้างต้น

6. การแข่งขันกันอย่างแท้จริงมีน้อยรายซึ่งหากพิจารณาเพียงจำนวนผู้ประกอบการดูเหมือนว่ามีจำนวนมาก แต่เนื่องจากเกิด segmentation ทั้งในประเภทธุรกิจและผู้ซื้อ ทำให้การแข่งขันมีไม่มากนัก (Managhan and Monaghan.1996:124) segmentation ที่เกิดขึ้นในธุรกิจยามีหลากหลาย เช่น บริษัทที่มีความเชี่ยวชาญในประเภทของยาโรคหัวใจ หรือการแบ่งธุรกิจเป็นการขายปลีกหรือขายส่ง หรือการแบ่งกลุ่มในกลุ่มผู้ซื้อ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในเขตภาคกลาง คลินิกเฉพาะโรค ฯลฯ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยลดการแข่งขันเสรีในธุรกิจยา

จากลักษณะทางธุรกิจต่างๆ ที่กล่าวมานั้น จึงเอื้อให้ยาเป็นสินค้าที่ผู้ซื้อมีความไวต่อราคาน้อย (low price sensitivity) หรืออีกนัยหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของราคาไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อการใช้ (low price elasticity) เพราะ

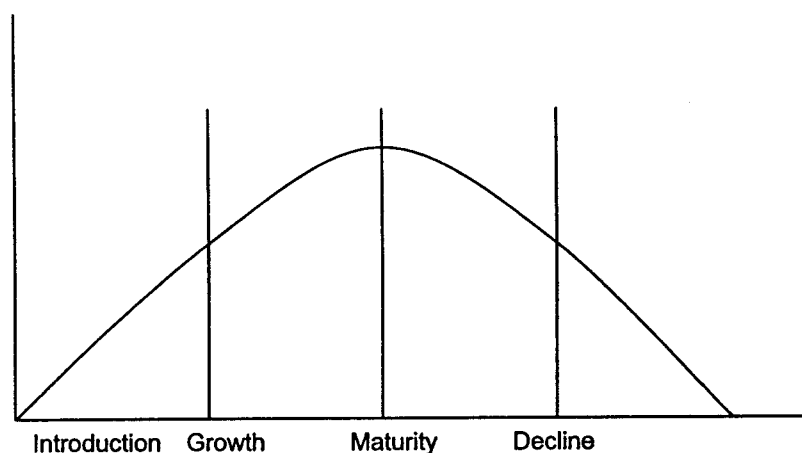
1. การทดแทนด้วยผลิตภัณฑ์อื่นทำได้ยาก
2. ผู้ใช้ไม่สามารถเปรียบเทียบคุณภาพสินค้าของหลายบริษัทได้ และถ้ารู้สึกรู้ว่า สินค้าที่ใช้อยู่นั้นมีคุณภาพดี จะยังมีความไวต่อราคาน้อย
3. มีการรับรู้ว่าการได้รับประโยชน์จากสินค้ามากกว่าเงินที่เสียไป อันเป็นปัจจัยสำคัญทำให้การแข่งขันด้านราคาไม่เหมือนสินค้าประเภทอื่น (Haaijer – Ruskamp and Dukes.1991: 73)

วัฏจักรชีวิตของสินค้าโดยทั่วไปและยา

สินค้าหลายอย่างในโลกรวมทั้งยารักษาโรคเบาหวานจะมีวัฏจักรชีวิตของมัน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ช่วง ดังภาพประกอบ 5

วัฏจักรของสินค้านำรวมทั้งยา

Sale



1. ช่วงแนะนำตัว (Introductory period) คือช่วงที่เริ่มนำสินค้าออกสู่ตลาดโดยที่เมื่อมีกิจกรรมทางการขายต่างๆ เช่น โฆษณา แจกตัวอย่าง จัดของโชว์ ก็จะส่งผลต่อยอดขายของสินค้า โดยจะค่อยๆ มีการขายครั้งแรก การซื้อซ้ำ เป็นดังนี้ไปเรื่อยๆ แต่ยอดขายก็ยังไม่ได้เติบโตเร็วนัก เพราะสินค้าจำเป็นต้องสะสมศักยภาพในตัวของมันเอง ช่วงนี้จึงจะสามารถเปลี่ยน ความต้องการของผู้บริโภคให้เริ่มยอมรับสินค้า และจะส่งผลต่อยอดขายให้เข้าสู่ช่วงที่ 2 ต่อไป

2. ช่วงการเติบโต (Growing period) ช่วงนี้เมื่อสินค้าผ่านการยอมรับของผู้บริโภคแล้ว สินค้าก็จะเติบโตในยอดขายอย่างรวดเร็ว (ถ้าสินค้าไม่สามารถผ่านการยอมรับของผู้บริโภคได้ สินค้าก็จะตายไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน คือ ตายก่อนจะเติบโต ตัวอย่างของสินค้าที่ล้มเหลวแบบนี้ เช่น ยาลดความดันโลหิตสูงที่ชื่อว่า Posicor ของบริษัท โรช (ไทยแลนด์) จำกัด ซึ่งในช่วงที่มีการแนะนำตัวของยานั้น บริษัทมีการลงทุนประชาสัมพันธ์ไปสูงมาก แต่เนื่องจากยา Posicor มีผลข้างเคียงในเรื่องของการเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อใช้ร่วมกับยาลดระดับไขมันในเลือด ทำให้ยาไม่ผ่านการยอมรับของแพทย์ ซึ่งทำให้บริษัทต้องทำการถอนทะเบียนยาออกจากตลาดไปในที่สุด เป็นต้น) มียอดขายที่ขึ้นสูงในเวลาไม่นานนักและเริ่มทำผลกำไรกลับให้กับบริษัท

3. ช่วงที่เติบโตเต็มที่ (Maturity period) สินค้าจะมียอดขายที่สูงและตลาดเริ่มมีการใช้อย่างกว้างขวาง หากแต่ในขณะเดียวกัน คู่แข่งก็เริ่มเข้ามาแข่งขันด้วยหนทางมากขึ้น เนื่องจากกำไรเป็นสิ่งดึงดูดใจให้เข้ามา ยอดขายที่เปิดออกกว้างจนถึงตัวลูกค้ากลุ่มเป้าหมายหมดแล้วก็จะเริ่มคงที่ ตัวอย่างที่เห็นชัดในข้อนี้ คือ ยารักษาเบาหวานที่เป็น Original คือ Daonil ที่เมื่อมียอดขายที่สูงขึ้นและตลาดเริ่มมีการใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น ก็จะดึงดูดบริษัทผู้ผลิตต่างๆที่เป็นยา Generic คือ Glibenclamide เข้ามาแข่งขันในตลาดมากขึ้น ทำให้ยอดขายที่เคยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆก็เริ่มที่จะคงที่

4. ช่วงถดถอย (Declining period) เมื่อสินค้าเสื่อมความนิยมลงยอดขายก็เริ่มตกลงและจะค่อยๆ ตายไปในที่สุด ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ ยา Daonil ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น หลังจากที่มียา Generic ของผู้ผลิตต่างๆ เข้ามามากขึ้น ยอดขายก็จะเริ่มตกลง ทำให้บริษัทจำเป็นต้องหากกลยุทธ์อื่นๆ เพื่อดึงยอดขายที่เคยสูงนั้นกลับคืนมา กรณีของยา Daonil นั้น บริษัท อเวนติส ฟาร์มา ซึ่งเป็นผู้ผลิตยาดังกล่าว ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนสูตรโครงสร้างทางเคมีของยา Daonil ทำให้ได้ยา Original ตัวใหม่ ที่มีชื่อทางการค้าว่า Amaryl หรือมีชื่อสามัญทางยาว่า Glimepiride ซึ่งในปัจจุบันยาดังนี้ยังได้รับความคุ้มครองทางสิทธิบัตรยาอยู่ รวมทั้งมีการอ้างสรรพคุณของยาที่ดีกว่าตัว Daonil เช่น ความปลอดภัยที่สูงกว่าและประสิทธิภาพที่เหนือกว่า

ความสำคัญของบัญชียาหลักแห่งชาติ

ภายหลังวิกฤตทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 บัญชียาหลักแห่งชาติมีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากมีการนำบัญชียาดังกล่าวไปใช้เป็นบัญชีอ้างอิงสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นเหตุให้มีการแก้ไขปรับปรุงบัญชียาหลัก ๆ ครั้งสำคัญในเวลาต่อมา บัญชียาหลัก ๆ ฉบับใหม่ซึ่งประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2542 ได้ถูกจัดทำขึ้นโดยมีปรัชญาและแนวคิดที่แตกต่างไปจากเดิม รวมทั้งมีการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชีขึ้นใหม่ โดยให้ความสำคัญครอบคลุมรายการยาที่จำเป็นในการรักษาโรคและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคของประเทศอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหมาะที่จะนำไปใช้เป็นบัญชีรายการยาที่สามารถเบิกจ่ายจากสวัสดิการสุขภาพต่าง ๆ และเน้นให้นำหลักการทางด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการคัดเลือกยาด้วยหลักการที่จะให้บัญชียาหลักฯ ฉบับใหม่มีความครอบคลุมรายการยาอย่างกว้างขวาง ทำให้รูปแบบของบัญชียาดังกล่าวซึ่งมีลักษณะเป็น minimal list มาตั้งแต่เริ่มจัดทำในปี พ.ศ. 2524 มาเป็น maximal list โดยมีรายการยาเพิ่มขึ้นจาก 408 รายการในปี พ.ศ. 2524 เป็น 933 รายการ ในปี พ.ศ. 2542

จากเหตุผลที่ยาเบาหวานที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติสามารถนำไปใช้เป็นบัญชีอ้างอิงสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตามโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐได้ บริษัทผู้ผลิตจึงพยายามที่จะผลักดันให้ยาของบริษัทตัวเองได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพราะได้กล่าวไว้ในตอนต้นแล้วว่า สัดส่วนของการกระจายยารักษาเบาหวานในประเทศไทยนั้นอยู่ในส่วนที่เป็นโรงพยาบาลภาครัฐถึง 44% ซึ่งการที่ยาสามารถเข้าไปอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้นั้น จะมีผลทำให้สามารถสร้างยอดขายที่สูงตามมาได้ เนื่องจากเหตุผลการอ้างอิงสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษายาบาลดังกล่าว โดยจะเห็นได้จากข้อมูลในปี 2001 ยาในรายการ 10 อันดับแรกที่มียอดขายสูงสุดนั้น เป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติถึง 7 รายการ โดยในปัจจุบัน ยารักษาเบาหวานที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติมีอยู่ด้วยกัน 4 ตัว ดังนี้ คือ

1. ยา Glibenclamide ซึ่งมียาที่เป็น Original คือ Daonil ของ Aventis Pharma
2. ยา Glipizide ซึ่งมียาที่เป็น Original คือ Minidiab ของ Pharmacia
3. ยา Gliclazide ซึ่งมียาที่เป็น Original คือ Diamicron ของ Servier
4. ยา Metformin ซึ่งมียาที่เป็น Original คือ Glucophage ของ Lipha France

การคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาโรงพยาบาลอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง กระบวนการดังกล่าวจึงแตกต่างกันไปในรายละเอียด แต่ก็มีหลักเกณฑ์บางประการคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การพิจารณาประสิทธิผลและความเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยา ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ความสะดวกในการใช้ยา โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับยาเดิมในกลุ่มเดียวกันที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาล ใ้รับรองการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา (Good Manufacturing Practices-GMP) เป็นหลักฐานยืนยันคุณภาพมาตรฐานของยาอย่างหนึ่ง

ที่โรงพยาบาลในสังกัดต่าง ๆ ให้ความสำคัญไม่พบว่ามีโรงพยาบาลใดนำหลักการทางเภสัชเศรษฐศาสตร์มาใช้ นอกจากนี้ สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังต้องคัดเลือกยาให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดในแผนแม่บทการพัฒนาสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) ซึ่งนำมาใช้ในการบริหารเวชภัณฑ์ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจอีกด้วย ซึ่งตรงจุดนี้ก็สามารถทำให้ยา Generic เข้ามาร่างยอดขายด้วยนโยบายนี้ได้ เนื่องจากยาของบริษัทตนเอง มีราคาที่ถูกกว่ายา Original และมีใบรับรองการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา (Good Manufacturing Practices-GMP) อยู่แล้ว (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2545 : 76)

พฤติกรรมการแข่งขันด้านใช้ราคา

วิไลวรรณ วรรณนิธิกุล.(2532 : 31-32) กลยุทธ์ที่ยาสามัญใช้เป็นหลักก็คือเรื่องของการตั้งราคาขายที่ต่ำกว่ายาต้นแบบ ซึ่งผู้ผลิตยาต้นแบบจะไม่ใช้กลยุทธ์ในการตั้งราคาต่ำตามยาสามัญเพราะจะเห็นว่า แม้จะมียาสามัญอยู่ในตลาดก็ตาม ยาต้นแบบก็มีการปรับราคาให้สูงขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ก็ยังคงมีบางช่วงที่ยาต้นแบบมีการปรับราคาให้ต่ำลง แต่ก็ปรับลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น สิ่งที่เกิดขึ้นได้อีกอย่างหนึ่งคือ ยาสามัญที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม จะสามารถสร้างส่วนแบ่งตลาดที่เหนือกว่ายาต้นแบบได้ ไม่ว่าจะเป็น Glibenclamide หรือ Metformin ซึ่งยาสามัญที่ได้ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมยังไม่สามารถที่จะสร้างส่วนแบ่งตลาดที่เหนือกว่ายาต้นแบบได้เลย จุดนี้ก็สามารถชี้ให้เห็นถึงข้อได้เปรียบขององค์การเภสัชกรรมในเรื่องของระเบียบการจัดซื้อยาและเหตุที่องค์การเภสัชกรรมไม่ได้ผลิตรายการรักษาเบาหวานทุกตัวแม้จะมีช่องทางที่จะสามารถสร้างยอดขายได้อย่างต่อเนื่องนั้น เนื่องจากทางองค์การเภสัชกรรมยังมีความจำเป็นที่จะต้องทำการผลิตยาตัวอื่น ๆ อีกหลายตัว ไม่ใช่ผลิตเฉพาะยารักษาเบาหวาน ฉะนั้น จึงเลือกทำการผลิตเฉพาะยารักษาเบาหวานที่มียอดขายในตลาดที่สูง ๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในภาพรวมจะเห็นว่า แม้ว่ายาสามัญที่ไม่ได้ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม จะมีส่วนแบ่งตลาดที่น้อยกว่ายาต้นแบบ แต่แนวโน้มของส่วนแบ่งตลาดก็เป็นไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่ยาต้นแบบมีแนวโน้มของส่วนแบ่งตลาดที่ลดลง และในปี ค.ศ. 2000 จะเห็นว่ายอดขายของยารักษาโรคเบาหวานไม่ว่าจะเป็นยาสามัญหรือยาต้นแบบต่างก็มียอดขายที่ลดลงอันเป็นผลเนื่องมาจากวิกฤตเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อมาถึงตลาดยาด้วยนั่นเอง

เนื่องจากยาสามัญเป็นยาที่มีราคาต่ำกว่ายาต้นแบบของยารายการเดียวกัน การนำยาสามัญมาใช้ทดแทนยาต้นแบบจึงเป็นมาตรการทางการเงินที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมต้นทุน (cost-containment) ของสถานพยาบาลทุกระดับ และจากการที่ยาสามัญมีราคาต่ำ การใช้ยาสามัญทดแทนยาต้นแบบ จึงช่วยให้สถานพยาบาลประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยา รวมทั้งยังส่งผลให้ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เข้าถึงยาที่จำเป็นได้เพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลจึงใช้ยาสามัญแทนยาต้นแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 ส่วนราชการและโรงพยาบาลต้องกำหนดมาตรการลดค่าใช้จ่าย มาตรการที่มีผลทำให้โรงพยาบาลใช้ยาสามัญมากขึ้น ได้แก่ การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ และระบบบริหารเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนโรงพยาบาลเอกชนก็มีการเปลี่ยนแปลงรายการยาในบัญชียาในโรงพยาบาล โดยนำยาสามัญที่ผลิตในประเทศเข้าสู่บัญชียามากขึ้นเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งกำหนดการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ก็ช่วยสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาสามัญมากขึ้น

จากการศึกษาพฤติกรรมการแข่งขันด้านการใช้ราคาระหว่างยาสามัญและยาต้นแบบจะเห็นว่าการใช้ยาต้นแบบมีส่วนแบ่งการตลาดที่ลดลงเป็นผลเนื่องมาจากการที่ไม่ยอมที่จะใช้กลยุทธ์ที่เป็นการแข่งขันด้าน

ราคา เนื่องจากหลังจากที่ยาต้นแบบหมดความคุ้มครองจากสิทธิบัตรยาจะมีผู้ผลิตยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญเข้ามาในอุตสาหกรรมมากขึ้นเรื่อยๆจนทำให้ราคาในตลาดลดลง ผู้ผลิตที่เป็นยาสามัญซึ่งขายยาในราคาตลาดและมีราคาที่ต่ำกว่ายาต้นแบบก็จะมีส่วนแบ่งตลาดมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจากผลดังกล่าวก็จะพบว่า ไม่มีการแข่งขันกันในด้านราคากระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญ การแข่งขันด้านราคาจะเกิดกับผู้ผลิตที่เป็นยาสามัญด้วยกันเองเท่านั้น

พฤติกรรมการแข่งขันด้านที่ไม่ใช้ราคา

ผู้ผลิตที่เป็นยา Original จะใช้กลยุทธ์ในลักษณะที่จะสร้างความน่าเชื่อถือของคุณภาพยาที่เหนือกว่ายา Generic ให้กับผู้บริโภค เนื่องจากต้นทุนในเรื่องของการค้นคว้าวิจัยยาของบริษัทยา Original สูงกว่ายา Generic มาก การที่จะให้ใช้กลยุทธ์ด้วยการลดราคาแข่งกับผู้ผลิตที่เป็นยา Generic จึงทำได้ยาก เพราะจะประสบภาวะขาดทุนจากการที่ช่วงที่ทำการค้นคว้าวิจัยนั้น บริษัทผู้ผลิตยาต้นแบบจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการทำ R&D ดังกล่าว ซึ่งถือเป็นต้นทุนจม(sunk cost) อย่างไรก็ตาม การทำ R&D นั้นบริษัทก็ได้ประโยชน์ในการสร้างความน่าเชื่อถือเช่นกัน เนื่องจากช่วงระหว่างนั้น จะต้องมีการทำการศึกษาวิจัยต่างๆที่จะเป็นประโยชน์ต่อยาตัวนั้นในด้านต่างๆจึงจะได้รับอนุมัติให้จำหน่ายในท้องตลาดจากองค์การอาหารและยาได้ เช่น การสร้างความมั่นใจในเรื่องของความปลอดภัยต่อคนไข้ การแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของยาในการรักษาเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งก็สามารถที่จะมาใช้อ้างอิงในคุณภาพของยาได้ หลังจากที่ยาได้รับอนุมัติให้มีการวางจำหน่ายได้แล้ว สิ่งของบริษัทผู้ผลิตยาต้นแบบให้ความสำคัญก็จะเป็นการใช้พฤติกรรมการแข่งขันที่เป็นการส่งเสริมการขายในรูปแบบต่างๆ

วิธีการส่งเสริมการขายยา(Pharmmarketing.2545:30-35)

วิธีการส่งเสริมการขายยา จำแนกได้เป็น 2 วิธี คือ

- 1.การส่งเสริมการขายภายในบริษัท
- 2.การส่งเสริมการขายต่อลูกค้า

1. การส่งเสริมการขายภายในบริษัท

การส่งเสริมการขายภายในบริษัท ได้แก่ การเตรียมพร้อมที่จะนำยาสู่ตลาด การเตรียมเอกสารอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งเสริมการขาย โดยได้รับความร่วมมือและเห็นชอบของฝ่ายขาย และฝ่ายโฆษณา การเตรียมการส่งเสริมการขายนี้ เปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่บริษัทกำหนดให้

2. การส่งเสริมการขายต่อลูกค้า

การส่งเสริมการขายต่อลูกค้า เป็นกิจกรรมภายนอกบริษัท เป็นการส่งผู้ส่งเสริมการขายออกไปพบลูกค้า เพื่อเสนอแนะนำยาใหม่ เพื่อปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมการขายยา ในทางปฏิบัติ การส่งเสริมการขายยังประกอบไปด้วย คือ

2.1 สิ่งสนับสนุนในการส่งเสริมการขาย

สิ่งสนับสนุนในการส่งเสริมการขาย (Sale Promotion Aid) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จึงเป็นเครื่องสนับสนุน เป็น

ส่วนประกอบในการขาย ทำให้ลูกค้ามีความเข้าใจมากขึ้น เป็นการชักจูงให้เกิดความต้องการ (Demand) ที่จะใช้ยาและซื้อยาเอามาไว้ใช้ สิ่งสนับสนุนในการส่งเสริมในการขายนี้ ยังแบ่งออกเป็น

- 2.1.1 ของที่ระลึก (Gimmick) บริษัทจะผลิตของที่ระลึกไว้แจกให้ลูกค้า เป็นสิ่งที่ราคาไม่แพง มีชื่อบริษัทหรือชื่อยา หรือชื่อบ่งชี้ของยา หรือเป็นรูปลักษณะโดยเฉพาะของยา พิมพ์ไว้ที่สิ่งของนั้น สิ่งของที่แจกออก อาทิ เช่น ปฏิทิน ปากกา สมุดโน้ต แก้ว ที่ทับกระดาษ พวงกุญแจ เป็นต้น
- 2.1.2 สิ่งช่วยที่เห็นชัด (Visual Aid) เป็นการพิมพ์ข้อความที่ต้องการโฆษณาให้ลูกค้าเห็นได้ชัด ข้อความนั้นจะมีสรรพคุณยาและรายละเอียดต่างๆ ครบถ้วน ส่วนมากจะพิมพ์เป็นโปสเตอร์ขนาดต่างๆ แล้วแต่วัตถุประสงค์ที่จะไปวางเช่น ต้องการวางแผ่นโปสเตอร์นี้ตรงบอร์ดประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล ขนาดก็ต้องให้ได้สัดส่วนกับเนื้อที่ของบอร์ดประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลด้วย การส่งเสริมการขายยาประเภทนี้ ในปัจจุบันนิยมปฏิบัติกันแพร่หลาย คือ การฉายภาพยนตร์ในโรงพยาบาลให้คนไข้ที่รอรับการตรวจรักษาได้ชม เรื่องที่ภาพยนตร์ส่วนใหญ่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ และการใช้ยานั้นรักษา ซึ่งเวลาการฉายครั้งละ 10-15 นาที การฉายภาพยนตร์สุขภาพนั้นจะไม่เป็นเรื่องยาว เนื้อหาจะน่าสนใจ และในขณะเดียวกันก็มีการแนะนำวิธีปฏิบัติรักษาสุขภาพอนามัยให้ปกติด้วย
- 2.1.3 สิ่งจูงใจคนไข้ (Patient Aid) ทางบริษัทจะจัดพิมพ์เอกสารคู่มือมอบให้คนไข้ไปปฏิบัติที่บ้าน เช่น คนไข้เบาหวาน ทางบริษัทจะมอบคู่มือการตรวจหาปริมาณน้ำตาล และสมุดสำหรับจดรายงานปริมาณน้ำตาลในแต่ละวัน เพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในตนเอง และเป็นบันทึกเพื่อนำส่งแพทย์ผู้รักษาด้วย

2.2 ตัวอย่างยา (Sample) เป็นการแจกตัวอย่างให้ทดลองใช้ ซึ่งต้องแจกให้เฉพาะผู้ประกอบโรคศิลป์เท่านั้น การแจกตัวอย่างต้องคำนึงถึงปริมาณการใช้ ควรแจกให้มีจำนวนที่เพียงพอกับความต้องการของนายแพทย์ผู้ทดลองใช้ เมื่อแพทย์ผู้ทดลองใช้เกิดความแน่ใจในคุณภาพของบริษัทแล้ว ในที่สุดก็ซื้อยาเอามาไว้ใช้เพื่อรักษาคนไข้

2.3 การส่งทางไปรษณีย์ (Direct Mail) เป็นการส่งเสริมการขายที่ถึงมือผู้รับได้รวดเร็วที่สุด โดยการส่งเอกสาร ข้อมูล เกี่ยวกับยาใหม่ๆ ให้ถึงมือผู้ประกอบโรคศิลป์โดยตรงที่บ้านหรือที่ทำงาน แล้วแต่ความสะดวกและความเหมาะสม การส่งเสริมการขายโดยวิธีนี้เหมาะสมกับการแนะนำยาใหม่ๆ ยาที่ต้องการเน้นถึงความสำคัญเฉพาะเป็นพิเศษ วิธีนี้มีข้อดีคือ สามารถส่งข่าวสารให้ลูกค้าทั่วประเทศได้ทราบถึงในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งเท่ากับว่าสำคัญมากในการแนะนำยาใหม่

อย่างไรก็ตาม การส่งเอกสารส่งเสริมการขายที่ส่งตรงต่อผู้ประกอบโรคศิลป์ ไม่ว่าจะยาใดก็ตามควรส่งข้อมูลที่มีเนื้อหาสาระดังนี้

- 1.เป็นข้อมูลที่ไม่มีความลำเอียง
- 2.ไม่ซ่อนอำพราง ไม่ชักจูงให้เข้าใจผิด
- 3.มีความแม่นยำตรง

บริษัทยาจะแบ่งลูกค้าออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1.ร้านขายยา
2. คลินิก และ โพลีคลินิก

3. โรงพยาบาลเอกชน

4. โรงพยาบาลรัฐบาล

ดังนั้นกลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทที่ปฏิบัติต่อกลุ่มลูกค้าก็จะแตกต่างกันออกไป คือ

1. ร้านขายยาและโพลีคลินิก

เนื่องจากโรคเบาหวานถือเป็นโรคที่ต้องมีการวินิจฉัยด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ไต ตา เป็นต้น ดังนั้น การทำการส่งเสริมการขายในร้านขายยา และโพลีคลินิก จะไม่ต้องทำอะไรมากนัก เพียงแต่อาศัยการลงข้อมูลของรายละเอียดยาในหนังสือที่แพทย์ เกสัชกร รับเป็นสมาชิก เช่น TIMS วารสารวงการแพทย์ วารสารเมดิคอลไทย เป็นต้น

2. โรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนจะมีกำลังซื้อสูงและเป็นธุรกิจเจริญเติบโตดี (มีการขยายสาขาและเปิดเพิ่มเติมตลอดเวลา) ดังนั้นนอกจากรายการส่งเสริมการขายปกติแล้ว ยังสามารถให้ส่วนลด เป็นเปอร์เซ็นต์ จากยอดซื้อปลายปีได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม การให้ส่วนลดดังกล่าวย่อมอยู่บนพื้นฐานที่ว่า บริษัทต้องการทำตัวเลขให้ถึงเป้าที่กำหนดในปีนั้นๆ ด้วย ซึ่งหมายความว่าหากปีใดที่บริษัทพิจารณาแล้วว่าปีนั้นโอกาสที่ยอดขายจะไม่เป็นตามเป้าที่กำหนดมีสูงแน่จึงจะยอมทำการให้ส่วนลดดังกล่าว แต่ถ้าปีใดที่บริษัทไม่มีปัญหาเรื่องตัวเลขก็จะไม่จัดการทำการส่งเสริมการขายในลักษณะนี้ นอกจากนี้ ในโรงพยาบาลเอกชน ยังถือว่ามีนโยบายในการควบคุมยาเรื่องของ Generic น้อยกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมาก เนื่องจากความคิดของผู้บริโภคในปัจจุบัน เชื่อว่าการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนจะได้ยาที่มีคุณภาพดีกว่าไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐบาลทำให้ในปัจจุบันบริษัทยาที่เป็นยาต้นแบบ (Original) ให้ความสนใจมาทำการส่งเสริมการตลาดในโรงพยาบาลเอกชนไม่น้อยกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมากเหมือนแต่ก่อน ซึ่งกิจกรรมต่างๆที่ทำในโรงพยาบาลรัฐบาลก็มาทำในโรงพยาบาล เอกชนด้วย กิจกรรมต่างๆเหล่านั้นจะขอลำรวมกันในส่วนของกิจกรรมที่ทำในโรงพยาบาลรัฐบาล

3. โรงพยาบาลรัฐบาล

บริษัทยาจะพิจารณาโรงพยาบาลของรัฐเป็นอันดับหนึ่ง ในด้านกำลังซื้อ งบประมาณที่มีและการเป็นลูกหนี้ (ไม่มีหนี้สูญ หากแต่จ่ายเงินช้าได้) และบุคลากรของโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่จะทำงานทั้งที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกและโพลีคลินิก ดังนั้น กิจกรรมต่างๆ จึงเน้นหนักมาที่โรงพยาบาลของรัฐโดยกิจกรรมหลักๆ ที่มีต่อบุคลากรต่างๆ คือ

3.1 การแนะนำข้อมูลแก่แพทย์ เกสัชและบุคลากรอื่นๆ ซึ่งจะประกอบด้วยผู้ทำหน้าที่แนะนำ (คือผู้แทนยา) และเครื่องมือที่ใช้ในการแนะนำ เช่น รายละเอียดของยา เทป फिल्म แผ่นโปสเตอร์ สไลด์ และ อื่นๆ ที่มี

3.2 การโฆษณาผลิตภัณฑ์ทางวารสารทางการแพทย์ต่างๆ ทั้งในและนอกประเทศ หรือ บรรณานุกรมยา เช่น TIMS วารสารของสมาคมโรคเบาหวาน วารสารสมาคมโรคหัวใจ เป็นต้น

3.3 การออกงานนิทรรศการต่างๆ ทางทางการแพทย์ เช่น การประชุมของสมาคมโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือด ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ รวมไปถึง การประชุมระหว่างประเทศทั้งที่จัดขึ้นในประเทศและนอกประเทศ โดยที่บริษัทยาในประเทศไทยร่วมมือ

3.4 การให้สปอนเซอร์ในการประชุมต่างๆ ไม่ว่าจะให้กับตัวสมาคมแพทย์สาขาต่างๆ ให้การจัดการประชุม นิทรรศการ หรือการให้กับตัวแพทย์โดยตรง เพื่อให้เข้าร่วมประชุมที่น่าสนใจต่างๆ ทั้งการประชุมในประเทศหรือต่างประเทศ โดยเฉพาะการประชุมต่างประเทศ แม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมากในการสปอนเซอร์แพทย์ แต่บริษัทต่างๆจะเชื่อว่าจะได้รับผลตอบแทนจากแพทย์ที่สปอนเซอร์ไปงานประชุมดังกล่าวอย่างคุ้มค่า

3.5 การทำการทดลองยาใหม่ เพื่อให้แพทย์ไทยมีประสบการณ์การใช้ยาใหม่ เพื่อเผยแพร่ตีพิมพ์ และจะได้นำไปใช้ในการเผยแพร่ต่อไป

3.6 การแจกยาตัวอย่าง เพื่อให้แพทย์ทั่วๆ ไป ได้มีประสบการณ์การใช้ยาต่างๆ เพื่อความคุ้นเคย

3.7 การจัดการประชุมในหัวข้อที่น่าสนใจ หัวข้อที่เกี่ยวกับยาใหม่ของบริษัทนั้นๆ ตามโรงเรียนแพทย์ โรงแรมต่างๆ โดยแพทย์จำนวนมากจะเข้าร่วมประชุม มีการเลี้ยงอาหารและแจกของที่ระลึก

3.8 การแจกของที่ระลึกเพื่อเตือนความจำของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น สมุด ดินสอ ปากกา กระดาษทิชชู ปฏิทิน ถ้วยกาแฟ แก้วน้ำ เป็นต้น

3.9 การจัดเลี้ยงอาหารพร้อมกับการนำเสนอข้อมูลยาเป็นกลุ่ม เช่น แผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาล แผนกเภสัชกรรมของโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งถือว่าสามารถให้ข้อมูลยาของตัวเองได้หลายๆ คนภายในครั้งเดียว เพราะการที่จะพบแพทย์ให้ครบทั้งแผนก และให้รายละเอียดของยาแก่แพทย์นั้น ต้องใช้เวลาหลายครั้งและแพทย์บางคนไม่ชอบที่จะเสียเวลาฟังรายละเอียดของยาในช่วงเวลาของการทำงานปกติ

3.10 การนัดสังสรรค์กับแพทย์บางคนหรือแพทย์หลายๆคนในแผนก ที่จะเกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวานได้ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ เนื่องจากมีแพทย์บางกลุ่มที่จะใช้ยาตัวใดก็ตาม จะต้องมีความสนิทสนมกับผู้แทนยาดันั้น

กลยุทธ์เหล่านี้จะเสริมกันและมีการเลือกใช้ตามกาลเทศะและสถานการณ์ต่างๆตามแต่กรณีไป เนื่องจากกลยุทธ์บางอย่างอาจไม่สามารถใช้กับบางโรงพยาบาลได้ ซึ่งผู้แทนยาจะได้รับการแนะนำบ้างในเบื้องต้นแต่จะได้ความเข้าใจมากขึ้นเมื่อออกทำงานในตลาดจริง ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลที่เป็นลักษณะของโรงเรียนแพทย์ เช่น โรงพยาบาลจุฬา โรงพยาบาลศิริราช อาจจะต้องใช้กลยุทธ์ในลักษณะที่เป็นกิจกรรมสนับสนุนทางด้านวิชาการ ได้แก่ การสปอนเซอร์วารสารทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ การสปอนเซอร์การประชุมสมาคมแพทย์ต่อมไร้ท่อในต่างประเทศ เป็นต้น ในขณะที่การทำการส่งเสริมการขายในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้าฯ ก็จะเป็นลักษณะที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวผู้แทนยากับแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยการทำการส่งเสริมการขายก็จะเป็นลักษณะที่นัดสังสรรค์กับแพทย์บางคน หรือแพทย์หลายๆคนที่มีโอกาสใช้ยารักษาเบาหวานได้ ซึ่งไม่ว่าจะทำการส่งเสริมการขายแบบใดก็ตามจุดประสงค์ก็เพื่อให้แพทย์พิจารณาใช้ยารักษาเบาหวานของบริษัทตนเองให้ได้มากที่สุดนั่นเอง ลักษณะการทำการส่งเสริมการขายแบบนี้มักจะทำโดยบริษัทที่ผลิตยาต้นแบบ ในขณะที่บริษัทผู้ผลิตยาสามัญจะใช้กลยุทธ์ด้านการใช้ราคาคงที่กล่าวไปแล้ว ซึ่งหากพิจารณาจากข้อมูลก่อนหน้านี้ก็จะพบว่า การทำการส่งเสริมการขายแบบนี้ ในระยะยาวแล้วก็ไม่สามารถสู้กับพฤติกรรมการแข่งขันที่ใช้ราคาได้ เป็นเพียงการชะลอการครองส่วนแบ่งตลาดของยาสามัญเท่านั้น เพราะหากไม่ทำการส่งเสริมการขายเลย การครองตลาดของยาสามัญก็จะทำได้เร็วกว่านี้ สิ่งที่บริษัทที่ผลิตยาต้นแบบทำได้ก็คือ ทำการค้นคว้าวิจัยยาตัวใหม่ๆออกสู่ท้องตลาดและอาศัยช่วงเวลาที่ยังมีสิทธิบัตรยาคุ้มครองอยู่รักษามูลประโยชน์ที่เกิดขึ้นให้เต็มที่

การคัดเลือกและการสั่งใช้ยาต้นแบบ (Original) และยาสามัญ (Generic)

ในกรณีของยาที่มียาสามัญจำหน่ายในประเทศไทยแล้ว โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มีนโยบายที่จะเลือกยาต้นแบบหรือยาสามัญอย่างใดอย่างหนึ่งเข้าสู่บัญชียาของโรงพยาบาล ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ ไม่มีนโยบายกำหนดไว้ชัดเจน การที่จะเลือกยาต้นแบบ หรือยาสามัญหรือเลือกทั้งยาต้นแบบและยาสามัญของยารายการเดียวกันไว้นั้น ขึ้นอยู่กับชนิดของยา (ระบบยาของประเทศไทย.2545: 8)

ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลรัฐเลือกใช้เฉพาะยาสามัญในสัดส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลเอกชนเลือกทั้งยาต้นแบบและยาสามัญไว้ในขณะเดียวกันเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลที่มียาต้นแบบและยาสามัญของยารายการเดียวกันอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลส่วนใหญ่กำหนดหลักเกณฑ์การสั่งยาต้นแบบหรือยาสามัญโดยพิจารณาจากสวัสดิการหรือประกันสุขภาพ และ/หรือความสามารถในการจ่ายค่ายาของผู้ป่วยโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีหลักเกณฑ์ดังกล่าวจ่ายยาต้นแบบให้แก่ผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลตามรายการที่จ่ายจริง ส่วนผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่จ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว หรืองบประมาณก้อนรวม (Global budget) ได้แก่ประกันสังคม บัตรสุขภาพ และผู้มีรายได้น้อย มีโอกาสที่จะได้รับยาต้นแบบลดน้อยลงตามลำดับ บางโรงพยาบาลมีหลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่น จะจ่ายยาต้นแบบหากผู้ป่วยระบุว่าต้องการยาต้นแบบ เมื่อใช้ยาสามัญแล้วไม่ได้ผลหรือทำให้เกิดอาการข้างเคียงรุนแรงกว่าเมื่อใช้ยาต้นแบบ ในขณะที่บางโรงพยาบาลไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ไว้ว่าจะสั่งใช้ยาต้นแบบหรือยาสามัญในกรณีใด

จากหลักเกณฑ์ที่กล่าวข้างต้น จึงพบว่าในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการจะได้รับยาต้นแบบมากกว่าผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพอื่น ๆ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษายาพยาบาลได้หรือจ่ายได้เพียงบางส่วน การใช้ยาสามัญทดแทนยาต้นแบบก็เป็นไปแนวทางเดียวกัน กล่าวคือ มีการสั่งใช้หรือจ่ายยาสามัญทดแทนยาต้นแบบให้แก่ผู้ป่วยประกันสังคม บัตรสุขภาพ และผู้มีรายได้น้อย รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษายาพยาบาลได้หรือจ่ายได้เพียงบางส่วนในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีสวัสดิการ ๆ ข้าราชการที่ผู้ที่สามารถจ่ายค่ายาได้

โรงพยาบาลบางแห่งให้สิทธิแก่เภสัชกรในการจ่ายยาสามัญให้แก่ผู้ป่วย แม้ว่าแพทย์จะเขียนชื่อยาต้นแบบหรือชื่อการค้าลงในใบสั่งยา หากแพทย์ไม่ต้องการให้จ่ายยาอื่นทดแทนก็ทำเครื่องหมาย เช่น ขีดเส้นใต้ที่ชื่อยานั้น หรือเขียนตัวอักษร R แล้วมีวงกลมล้อมรอบ เป็นต้น แพทย์ที่ต้องการให้จ่ายเฉพาะยาตามชื่อที่ตนเขียนเป็นสัดส่วนที่แตกต่างกันไป เช่น จากการศึกษาในโรงพยาบาลรามธิบดีในปี 2540 พบว่าแพทย์แผนกเวชศาสตร์ทั่วไปที่ต้องการให้จ่ายเฉพาะยาตามชื่อที่ตนเขียนมามากที่สุด รองลงมา ได้แก่ แพทย์แผนกออโรโธปี ดิกส์ หู คอ จมูก อายุรกรรม จิตเวช และกุมารเวชกรรม ตามลำดับ นอกจากนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและอาจารย์แพทย์ไม่ต้องการให้เภสัชกรจ่ายยาอื่นทดแทนยาตามชื่อที่สั่งใช้มากกว่าแพทย์ประจำบ้าน(ศรีเพ็ญตันติเวช. 2545 : 32)

ความเชื่อถือในคุณภาพของยาสามัญ

สิ่งที่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดให้ความสำคัญมากที่สุดในการจัดซื้อยาสามัญ ได้แก่ คุณภาพยา บริการหลังการขายและราคา ยา ข้อมูลที่นำมาพิจารณาประกอบด้วย ใบรับรองการปฏิบัติตามวิธี

การที่ดีในการผลิตยา(Good Manufacturing Practices-GMP) ประวัติ ความน่าเชื่อถือของโรงงานผู้ผลิตยา รายงานผลการตรวจวิเคราะห์จากผู้ผลิต เป็นต้น

สำหรับความคิดเห็นของแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีต่อยาต้นแบบและยาสามัญโดยรวมนั้นแตกต่างกัน อย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ แพทย์เห็นว่ายาต้นแบบมีความคงตัวทางกายภาพ มีการให้บริการข้อมูลต่างๆโดยมีการทำการศึกษาเพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผลการรักษาที่เหนือกว่า ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ ในขณะที่ความเห็นสำหรับยาสามัญคือมีราคาถูก สามารถต่อรองราคาได้ สะดวกในการสั่งซื้อ และมีบริการหลังการขายที่ดีกว่ายาต้นแบบ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ทั้งแพทย์และเภสัชกรไม่เชื่อมั่นในคุณภาพของยาสามัญที่ผลิตในประเทศไทย ความคิดเห็นดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์นิยมสั่งใช้ยา รักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบ รวมทั้งทำให้โรงพยาบาลคัดเลือกยาต้นแบบของยาหลายรายการเข้าสู่บัญชียา โรงพยาบาล ทั้ง ๆ ที่มียาสามัญจำหน่ายในประเทศแล้ว นอกจากนี้ จากประสบการณ์การใช้ยาสามัญของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแพทย์และเภสัชกรพบว่ายาสามัญที่ผลิตในประเทศบางรายการมีปัญหาทั้งในเชิงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย คุณภาพทางกายภาพและเคมี จึงทำให้ความเชื่อมั่นในคุณภาพต่อยาสามัญมีน้อยลงไปอีก

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการเลือกใช้ยา(ระบบยาของประเทศไทย.2545:85)

1. ราคา

จากการที่แพทย์แต่ละคนจะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในการเลือกใช้ยา โดยแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดว่าการที่จะเลือกใช้ยารักษาเบาหวานตัวใดก็ตาม เขาจะพิจารณาจากความปลอดภัยเป็นอันดับแรก รองลงมาก็จะเลือกพิจารณาที่ราคา เรื่องที่พิจารณาอันดับต่อมาก็คือเรื่องประสิทธิภาพของยาในการรักษาเบาหวาน และจากเหตุผลที่ว่าไม่ว่าจะเป็นยาสามัญหรือยาต้นแบบก็ถือว่ามีความปลอดภัยที่ไม่แตกต่างกัน เพราะถือว่าเป็นยาตัวเดียวกันและผ่านการศึกษาความปลอดภัยมาแล้ว ฉะนั้น เหตุผลที่รองลงมาคือเรื่องราคา จึงมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้ ทำให้ยาสามัญมีโอกาสที่จะทำยอดขายของตัวเองให้สูงมากขึ้นได้

2. การมีระบบการสั่งยาที่ต้องใช้ชื่อยาสามัญ

ในการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ จะให้แพทย์เขียนคำสั่งการใช้ยาในใบสั่งแพทย์ให้เป็นชื่อที่เป็นยาสามัญ เพื่อให้แพทย์ที่จบการศึกษาออกมาจ่ายยาที่เป็นชื่อสามัญไม่ใช่จ่ายชื่อที่เป็นชื่อการค้า ทำให้เอื้อประโยชน์ต่อผู้ผลิตที่เป็นยาสามัญ เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักจะกำหนดว่า หากชื่อยาในใบสั่งยาเป็นชื่อสามัญก็จะให้ห้องยาจ่ายยาที่เป็นของบริษัทยาสามัญ เพราะทางโรงพยาบาลก็จำเป็นต้องมีการควบคุมงบประมาณด้วยเช่นกัน หากมีการใช้ยาต้นแบบซึ่งมีราคาแพงกว่ายาสามัญมากเกินไป ก็จะมีผลทำให้โรงพยาบาลประสบกับภาวะที่ขาดทุน จึงมีระบบเช่นนี้ออกมาเพื่อควบคุมการใช้ยาของแพทย์ในโรงพยาบาล โดยในกรณีที่แพทย์ต้องการที่จะให้จ่ายยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบ ก็จำเป็นที่จะต้องเขียนในใบสั่งยาเป็นชื่อทางการค้าหรือให้ขีดเส้นใต้ที่ชื่อยาที่เป็นชื่อยาสามัญ ซึ่งในทางปฏิบัติแพทย์มักจะไม่ได้นึกถึงว่าจะต้องมีการขีดเส้นใต้ เพราะเป็นการเพิ่มความยุ่งยากในการสั่งใช้ยา เนื่องจากในแต่ละวันจำนวนคนไข้ที่มาทำการรักษาก็มีเป็นจำนวนมาก ประกอบกับเป็นการยากที่จะต้องมาจำแนกด้วยว่าคนไข้คนใดควรที่จะให้เป็นยาต้นแบบ นี่ก็จะเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีการใช้ยาสามัญเพิ่มมากขึ้น

3. การคัดเลือกยาที่จะมีในบัญชียาของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลของรัฐหลายโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในต่างจังหวัด มีการคัดเลือกยาที่จะมีในบัญชีของโรงพยาบาลเป็นยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญเพียงตัวเดียว โดยเฉพาะยาที่โอกาสใช้มากๆ เช่น Glibenclamide , Metformin ซึ่งยาสองตัวดังกล่าว เป็นยาที่องค์การเภสัชกรรมมีการผลิต จึงทำให้โรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้นต้องมีการคัดเลือกยาขององค์การเภสัชกรรมเพียงตัวเดียวเข้ามาอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาล ลักษณะเช่นนี้ก็เป็นทำให้แพทย์ไม่มีทางเลือกจะไปใช้ยาต้นแบบหรือยาสามัญที่เป็นของบริษัทอื่น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ก็มักจะมีการคัดเลือกยาที่จะมีในบัญชียาของโรงพยาบาลให้มีทั้งยาต้นแบบและยาสามัญ เพื่อให้เป็นทางเลือกแก่แพทย์ที่ใช้ แต่ก็จะมีกฎเกณฑ์ที่จะควบคุมการใช้ยาต้นแบบไม่ให้มีมากเกินไปในลักษณะที่กล่าวมาแล้วนั่นเอง

4. สวัสดิการหรือฐานะของผู้ป่วย

แพทย์มักจะมีการสอบถามถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยว่ามีความสามารถในการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้มากเพียงใด หากผู้ป่วยมีสวัสดิการคุ้มครองเรื่องการรักษาพยาบาลแพทย์ก็จะยินดีที่จะให้ผู้ป่วยได้รับยาต้นแบบ เพราะมีความเชื่อมั่นในคุณภาพของยาต้นแบบมากกว่าและต้องการให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ดีที่สุดรวมถึงกรณีที่แม้คนไข้ไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลคุ้มครองก็ตามแต่หากคนไข้มีความต้องการได้รับยาที่ดีที่สุดเพราะคิดว่าตนเองมีฐานะเพียงพอที่จะรองรับค่ารักษาพยาบาลได้ แพทย์ก็ยินดีที่จะให้ใช้ยาที่เป็นยาต้นแบบสำหรับกรณีที่คนไข้เป็นคนไข้ที่ไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลหรือไม่มีเงินที่รองรับค่ารักษาพยาบาล แพทย์ก็จะพิจารณาใช้ยาที่เป็นยาสามัญให้แก่ผู้ป่วยเพราะคนไข้ลักษณะนี้มีจำนวนมากกว่าคนไข้ในกรณีแรกโดยเฉพาะในโรงพยาบาลรัฐบาล จึงจำเป็นต้องมีการควบคุมการใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นต้นแบบเพื่อไม่ให้เงินหมุนเวียนในโรงพยาบาลเกิดการขาดทุนจนมีผลต่อการบริหารงานในโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์เรื่องพฤติกรรมการแข่งขันของผู้ผลิตที่เป็นยาต้นแบบและยาสามัญ พบว่าบริษัทที่เป็นยาต้นแบบจะเน้นการสร้าง ความเชื่อมั่นในคุณภาพของยาจากแพทย์โดยใช้พฤติกรรมการแข่งขันที่มีใช้ราคา ในขณะที่บริษัทผู้ผลิตยาสามัญจะมีพฤติกรรมการแข่งขันที่เน้นการใช้ราคา ซึ่งมีหลายสถานการณ์ที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้ผลิตที่เป็นยาสามัญจึงทำให้ยอดส่วนแบ่งตลาดของผู้ผลิตที่เป็นยาสามัญมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นสำหรับการพิจารณาการใช้ยาทั้งสองกลุ่มจากแพทย์ที่ทำการรักษา จะทำโดยพิจารณาจากสวัสดิการรักษาพยาบาลและฐานะทางการเงินของผู้ป่วย โดยในความคิดเห็นของแพทย์แล้วมีความเชื่อถือในคุณภาพของยาต้นแบบมากกว่าและต้องการที่จะสั่งใช้ยาต้นแบบให้แก่ผู้ป่วยมากกว่า แต่เนื่องจากมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาเรื่องของเงินหมุนเวียนในการบริหารงานในโรงพยาบาลด้วย จึงต้องพิจารณาจ่ายยาที่เป็นยาสามัญให้กับผู้ป่วยด้วย ดังนั้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับยาสามัญจะแปรผกผันกับสวัสดิการรักษาพยาบาลหรือฐานะทางการเงิน กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีสวัสดิการรักษาพยาบาลหรือมีเงินที่จะรองรับค่ารักษาพยาบาลก็จะมีโอกาสที่จะได้รับยาต้นแบบสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีสวัสดิการรองรับหรือไม่มีฐานะทางการเงินเพียงพอที่จะรองรับค่ารักษาพยาบาลได้ โอกาสที่จะได้รับยาสามัญก็มีสูงด้วย

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นุศราภรณ์ ตติยไพบูลย์ (2538) ศึกษาถึงเรื่อง “Market structure and pricing policy of antibiotic drugs in Thailand” ซึ่งเป็นการศึกษาสภาพและลักษณะทั่วไปของอุตสาหกรรมยาปฏิชีวนะในประเทศไทย โครงสร้างตลาด และทำการประเมินค่าใช้จ่ายที่สามารถประหยัดได้จากการใช้ Generic drugs แทนที่ Branded drugs โดยอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการโดยใช้แบบสอบถามและค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงอุตสาหกรรม คณะกรรมการอาหารและยา สมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์แห่งประเทศไทย เป็นต้น และจากการศึกษาพบว่า ตลาดยาปฏิชีวนะไม่ได้มีลักษณะ purely competitive ตาม static microeconomics theory ส่วนในเรื่องการแข่งขันด้านราคา ถือว่าอยู่ในระดับที่รุนแรง โดยผู้นำตลาดส่วนใหญ่จะเป็น Branded drug manufacturers และแม้ว่าสิทธิบัตรที่คุ้มครอง Branded drug จะหมดลงแล้ว ก็ยังพบว่า Branded drug นั้นยังคงสามารถรักษาส่วนแบ่งทางการตลาดในสัดส่วนที่สูงได้ ในแง่ของนโยบายด้านราคาพบว่ามีการใช้การแบ่งแยกราคา (Price discrimination) ทั้งใน Generic drug และ Branded drug

นอกจากการแข่งขันด้านราคาแล้ว การแข่งขันที่มีใช้ราคาถือเป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญในอุตสาหกรรมนี้ ผู้ศึกษาได้หาค่าความยืดหยุ่นของการทดแทนกัน (Elastic of substitution) ของ Branded drug ด้วย Generic drug ภายใต้โครงสร้างตลาดแบบ Tight oligopoly market และ Dominant market พบว่า มีการแข่งขันกันสูงในอุตสาหกรรม ในขณะที่การกระจุกตัวอยู่ในระดับต่ำ สำหรับค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ของการทดแทนกันของ Branded drug ด้วย Generic drug ใน Dominant market และกลุ่มยาปฏิชีวนะใหม่ๆ จะมีค่าความยืดหยุ่นสูง แสดงว่าตลาดนี้มีการบิดเบือนเกิดขึ้น ซึ่งถ้าหากผู้บริโภคยา Generic แทนยา Branded drug จะได้ consumer gain ในขณะที่ Tight oligopoly market และยาปฏิชีวนะเก่าๆ จะมีค่าความยืดหยุ่นที่ต่ำ ซึ่งเมื่อผู้บริโภคเลือก Generic drug แทน Branded drug จะทำให้เกิด consumer loss ขึ้น

ปวิณนุช สุทธิรัตน์ และคณะ (2540) ศึกษาเรื่อง “เครื่องมือทางการตลาดที่ใช้ในการส่งเสริมการขายในตลาดยาแพทย์ใช้” ซึ่งเป็นการศึกษาหาเครื่องมือทางการตลาดที่มีประสิทธิภาพดีในการแข่งขันเพื่อเพิ่มยอดขายของบริษัทยา ซึ่งดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกลุ่มแพทย์ในกรุงเทพฯ จำนวน 112 คน ผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือทางการตลาดที่แพทย์เห็นว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การให้ข้อมูลยาที่ชัดเจน ครบถ้วน น่าเชื่อถือ และทันสมัย รองลงมาคือ การจัดประชุมวิชาการให้แก่แพทย์ ส่งผู้แทนยาไปคุยกับแพทย์ ตามลำดับ ส่วนเหตุผลหลักที่แพทย์เลือกใช้ยาจะพิจารณาจาก คุณภาพของยาเป็นอันดับแรก ความจำเป็นต้องใช้ และราคา เป็นเหตุผลรอง สำหรับวิธีทางการตลาดที่แพทย์ได้รับจากบริษัทยามากที่สุดคือ การจัดประชุมวิชาการ การส่งผู้แทนยาไปคุยกับแพทย์ และการให้ตัวอย่างยา ตามลำดับ และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลต่างๆข้างต้นกับข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ พบว่า แพทย์มีความเห็นใกล้เคียงกันในทุกช่วงอายุ และทุกสถานภาพการทำงานยกเว้นในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จะให้ความสำคัญกับการส่งแพทย์ไปประชุมในต่างประเทศมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

พรรณี พันตะพานา (2525) ส่วนวิจัยเศรษฐกิจ ฝ่ายวิจัยและวางแผน ธนาคารไทยพาณิชย์ ทำการศึกษาเรื่อง อุตสาหกรรมเภสัชกรรมไทย โดยทำการศึกษถึง ภาพรวมของอุตสาหกรรมของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2512-2524 ซึ่งประกอบไปด้วยประวัติความเป็นมา สภาพการณ์ของตลาด โครงสร้างของอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน โครงสร้างตลาดยาแผนปัจจุบันของไทย การนำเข้าและส่งออกยาสำเร็จรูปและวัตถุดิบ

ดิพ ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงเวลาดังกล่าวอุตสาหกรรมยาของไทยมีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในระยะ
 เริ่มแรกมีนโยบายในการส่งเสริมการผลิตเพื่อทดแทนการนำเข้า ส่งผลให้เกิดโรงงานผลิตยาขนาดใหญ่ขึ้นมา
 มาก และมีความสามารถผลิตยาได้เกือบทุกชนิดที่มีการผลิตขึ้นในโลก มีกำลังการผลิตที่สามารถสนองความ
 ต้องการบริโภคภายในประเทศมากกว่าร้อยละ 70-90 ของปริมาณการบริโภคทั้งสิ้น ซึ่งลักษณะการผลิตยังคง
 เป็นเพียงอุตสาหกรรมประกอบยาในรูปแบบลักษณะต่าง ๆ กัน โดยไม่สามารถทำการผลิตตัวยาวัตถุดิบขึ้นใช้
 เอง ทำให้อุตสาหกรรมยาภายในต้องผูกพันและขึ้นอยู่กับตลาดยาต่างประเทศ โดยอาศัยวัตถุดิบในการผลิต
 จากการนำเข้าเกือบร้อยละ 90 ของปริมาณที่ต้องการใช้ทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยยังขาดดุลการค้าด้านนี้เป็น
 จำนวนมากอย่างต่อเนื่องทุกปี และผู้ทำการศึกษาก็ได้เสนอแนะว่าในช่วงเวลาดังกล่าวควรจะเปลี่ยนนโยบาย
 ส่งเสริมการผลิตเพื่อการทดแทนการนำเข้าเป็นนโยบายส่งเสริมการผลิตเพื่อการส่งออกแทน เพื่อที่จะขยายตลาด
 ได้มากขึ้น ส่งผลให้การผลิตภายในประเทศสามารถผลิตได้อย่างเต็มกำลังความสามารถโดยกระจายผลผลิต
 ส่วนเกินออกไปจำหน่ายยังต่างประเทศ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการขาดดุลการค้าในด้านนี้ได้ โดยรัฐบาลจะต้อง
 เข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาเกี่ยวกับการผลิตวัตถุดิบ รวมทั้งอาจเป็นผู้บุกเบิกในการพัฒนา
 อุตสาหกรรมนี้เอง เนื่องจากต้องใช้เงินลงทุนจำนวนมาก อาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง และใช้บุคลากรที่มีความรู้
 ความชำนาญ ซึ่งยากต่อการที่เอกชนจะเป็นผู้ลงทุนเอง

พิสุทธิ เจริญประยูร และคณะ (2536) ทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนาวิธีการหาส่วนแบ่งทางการตลาดยา” เป็นการศึกษาถึงหลักการหรือทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการหาส่วนแบ่งทางการตลาดของธุรกิจโดยทั่วไปจากหนังสือและวารสารต่างๆ จากนั้นทำการหาข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติจริงของบริษัทยา โดยการสัมภาษณ์นักการตลาดของบริษัทยาทั้งที่เป็นบริษัท Original และบริษัท Local production แล้วนำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบเทียบกันเพื่อดูว่า บริษัทมีการดำเนินแผนการตลาดอย่างไร มีการยืดหยุ่นทางทฤษฎีในการหาส่วนแบ่งทางการตลาดของธุรกิจต่างๆไปหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งผลการศึกษาพบว่า บริษัทยาส่วนใหญ่มีการดำเนินแผนการตลาดโดยยึดทฤษฎีเป็นหลัก แล้วนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่เป็นอยู่ แต่ก็มีบางบริษัทที่ไม่สามารถทำตามทฤษฎีหรือมีการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากทฤษฎี เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการ เช่น งบประมาณมีจำกัด การขาดประสบการณ์ในการดำเนินการของนักการตลาด เป็นต้น

Judith K. Hellerstein (December 1994) ทำการศึกษาเรื่อง "The demand for post-patent prescription pharmaceuticals" เป็นการศึกษาถึงเหตุผลที่แพทย์ยังมีความต้องการในการใช้ยา Original ซึ่งมีราคาแพงกว่ายา Generic ซึ่งผลที่ได้บ่งชี้ว่าแพทย์มีความต้องการใช้ยาทั้งสองกลุ่มสำหรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ราวร้อยละ 10 ของแพทย์สามารถแบ่งแพทย์ออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ชอบที่จะใช้ยา Original มากกว่า และกลุ่มที่ชอบที่จะใช้ยา Generic มากกว่า นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า เหตุผลที่แพทย์มีการเลือกปฏิบัติต่อคนไข้ในการเลือกใช้ยาที่เป็น Original แม้ว่าจะมีราคาสูงกว่ายา Generic จนทำให้เกิด Agency problems และ Moral hazard เนื่องจากเหตุผลสองประการ คือ

1. แพทย์ถือว่าไม่ได้เป็นผู้แบกรับภาระในเรื่องของค่าใช้จ่ายเรื่องยา จึงไม่สนใจที่จะประเมินในเรื่องของความคุ้มค่าของยาที่ใช้ ซึ่งเป็นผลให้ยังคงนิยมใช้ยาที่เป็น Original แม้จะมียา Generic ที่ราคาถูกกว่ามากก็ตาม

2. เนื่องจากแพทย์ถือว่าคนไข้ที่มีระบบประกันสุขภาพจากบริษัทประกันคุ้มครองอยู่ สามารถใช้ยาที่มีราคาแพงได้ แม้จะไม่มีอาการเจ็บมากก็ตาม จึงทำให้ไม่มีการประเมินในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นดังกล่าว

ผลจากการศึกษา แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวทั้งหมดจะเห็นได้ว่า เป็นเนื้อหาข้อมูลพื้นฐานสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ โดยเหตุผลหลักที่แพทย์ตัดสินใจในการเลือกใช้ยา คือคุณภาพของยา และนอกเหนือจากนั้น ยังมีปัจจัยต่างๆและเครื่องมือทางการตลาดเข้ามาเกี่ยวข้องอีกด้วย ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบถึงเรื่องคุณภาพยาระหว่างยา Original กับ Generic อันเป็นเหตุผลในการตัดสินใจเลือกใช้ยาของแพทย์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ดังนั้น งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องจึงยังไม่สามารถที่จะตอบข้อสมมติฐานในงานวิจัยครั้งนี้ได้ทั้งหมด เนื่องจากยังมีข้อแตกต่างบางประการที่สนใจศึกษาเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ผลจากงานวิจัยต่างๆเหล่านี้ ได้ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางของการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ทศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้อายุปยาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ในเขตกรุงเทพมหานครมีสาระสำคัญในการดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิบัติงานอยู่เฉพาะโรงพยาบาลในที่นี้หมายถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป(General Medicine) แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrinologist) แพทย์โรคหัวใจ(Cardiologist) อายุรแพทย์(Internal Medicine) แพทย์โรคไต(Nephrologist) จำนวน 1,460 คน

(พ.ศ. 2545; อ้างอิงจากรายงานสมาคมราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิบัติงานอยู่เฉพาะโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้คือ

1. พิจารณาจำนวนกลุ่มตัวอย่างแพทย์ โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของทาโรยามาเน(Taro yamane) หรือคำนวณโดยใช้สูตร กำหนดขนาดของประชากรตัวอย่างที่ระดับความสำคัญ 0.05 โดยคิดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ที่จำนวนประชากร 1,460 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 314 คน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 284)

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

σ = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้คือ

$$n = N / 1 + Ne^2$$

$$n = \frac{1460}{1 + (1460)(0.05)^2} = 314 \text{ คน}$$

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแพทย์จากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ขั้นที่ 1

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยจะเลือกสุ่มจากโรงพยาบาลรัฐบาลจำนวน 22 โรง และโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 25 โรง (คัดเลือกจากจำนวนเตียงที่มากกว่า 300 เตียงขึ้นไป) ในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้

โรงพยาบาลรัฐบาล

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. โรงพยาบาลศิริราช | 12. โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า |
| 2. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | 13. โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี |
| 3. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ | 14. โรงพยาบาลตำรวจ |
| 4. โรงพยาบาลรามาธิบดี | 15. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 5. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช | 16. โรงพยาบาลทหารผ่านศึก |
| 6. โรงพยาบาลวชิระ | 17. โรงพยาบาลสิรินธร |
| 7. โรงพยาบาลกลาง | 18. สถาบันประสาท |
| 8. โรงพยาบาลเลิดสิน | 19. โรงพยาบาลสงฆ์ |
| 9. โรงพยาบาลตากสิน | 20. โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ |
| 10. โรงพยาบาลราชวิถี | 21. โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ |
| 11. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ | 22. โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน |

โรงพยาบาลเอกชน

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. โรงพยาบาลธนบุรี | 14. โรงพยาบาลยันฮี |
| 2. โรงพยาบาลเจ้าพระยา | 15. โรงพยาบาลหัวเฉียว |
| 3. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ | 16. โรงพยาบาลวิชัยยุทธ |
| 4. โรงพยาบาลเปาโล | 17. โรงพยาบาลมิชชั่น |
| 5. โรงพยาบาลเมโย | 18. โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ |
| 6. โรงพยาบาลวิภาวดี | 19. โรงพยาบาลสมิติเวช |
| 7. โรงพยาบาลพญาไท 1 | 20. โรงพยาบาลสุภูมิ |
| 8. โรงพยาบาลพญาไท 2 | 21. โรงพยาบาลพระรามเก้า |
| 9. โรงพยาบาลรามคำแหง | 22. โรงพยาบาลปิยะเวท |
| 10. โรงพยาบาลกรุงเทพ | 23. โรงพยาบาลไทยนครินทร์ |
| 11. โรงพยาบาลลาดพร้าว | 24. โรงพยาบาลกรุงธน |
| 12. โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ | 25. โรงพยาบาลเทพธารินทร์ |
| 13. โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ | |

ขั้นที่ 2

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มโดยการจับฉลาก แบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล 3 โรง คิดเป็น 14% ดังนี้คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลเอกชน 3 โรง คิดเป็น 12% คือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลพญาไท 1 โรงพยาบาลกรุงเทพ

ขั้นที่ 3

ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสัดส่วนโดยตรง (Proportional Sampling) จากจำนวนโรงพยาบาล 6 โรง เพื่อหาสัดส่วนจำนวนแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 314 คน ดังตารางที่ 6 คิดเป็นสัดส่วนดังนี้ (ข้อมูลจากเวชระเบียนแพทย์แต่ละโรงพยาบาลที่ได้ทำการสำรวจ : 2546)

ตาราง 6 แสดงการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสัดส่วนโดยตรง

โรงพยาบาล	จำนวนแพทย์	สัดส่วน	จำนวนแพทย์
	(คน)		314 คน
จุฬาลงกรณ์	160	30.9%	97 คน
ภูมิพล	84	16.2%	51 คน
รามาธิบดี	153	29.3%	92 คน
บำรุงราษฎร์	56	10.8%	34 คน
กรุงเทพ	28	5.7%	18 คน
พญาไท 1	36	7.0%	22 คน
จำนวนทั้งหมด	517	100%	314 คน

ขั้นที่ 4

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความสะดวก (Convenience Sampling) จากจำนวนแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 314 คน จะทำการสุ่มแบบสะดวก โดยไม่ระบุรายชื่อจนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้งหมดจาก 6 โรงพยาบาล

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของแบบสอบถาม

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยออกแบบสอบถาม (Questionare) ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้า และสร้างขึ้นเอง โดยแบบสอบถาม สามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล

ข้อที่ 1 อายุ เป็นระดับการวัดข้อมูลประเภทเรียงลำดับ (Ordinal Scale)

ข้อที่ 2 ความชำนาญเฉพาะทาง เป็นระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ (Nominal Scale)

ข้อที่ 3 ประเภทของโรงพยาบาล เป็นระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ (Nominal Scale)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้อารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ในเขตกรุงเทพมหานคร ประยุกต์ตามแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ แบบสเกลวัดทัศนคติตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert 1970:175) มีการกำหนดค่าลำดับคะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

ระดับเกณฑ์การให้คะแนนค่าเฉลี่ยในแต่ละระดับนั้น ใช้ส่วนการคำนวณช่วงกว้างของชั้นได้ดังนี้

(Class Interval) โดยใช้สูตร (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538:10)

$$\text{Interval (I)} = \frac{\text{Range (R)}}{\text{Class (C)}}$$

$$\text{พิสัย} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการแปลผล}}$$

$$= \frac{4 - 1}{4}$$

$$= 0.75$$

ระดับเกณฑ์การให้คะแนนค่าเฉลี่ยสำหรับทัศนคติของแพทย์ด้านคุณภาพยา ด้านประสิทธิภาพในการ
ใช้ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยและด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย
คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลว่าแพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี
มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วย แปลผลว่าแพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับไม่เห็นด้วย แปลผลว่าแพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลว่าแพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับ
ไม่ดีอย่างมาก

ระดับเกณฑ์การให้คะแนนค่าเฉลี่ยสำหรับทัศนคติของแพทย์ด้านราคายา
คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง ทัศนคติด้านราคายาอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลว่าแพทย์คำนึงถึงราคา
ยาเป็นเกณฑ์ในการเลือกใช้ยามากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง ทัศนคติด้านราคายาอยู่ในระดับเห็นด้วย แปลผลว่าแพทย์คำนึงถึงราคายา
เป็นเกณฑ์ในการเลือกใช้ยามาก
คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง ทัศนคติด้านราคายาอยู่ในระดับไม่เห็นด้วย แปลผลว่าแพทย์คำนึงถึงราคายา
เป็นเกณฑ์ในการเลือกใช้น้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง ทัศนคติด้านราคายาอยู่ในระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลว่าแพทย์คำนึงถึง
ราคายาเป็นเกณฑ์ในการเลือกใช้น้อยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวาน ระหว่างยาต้น
แบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย คำถามจำนวน 6 ข้อ โดย
คำถาม 2 ข้อแรก เป็นการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) (ศิริวรรณ เสรวิรัตน์และคณะ. 2541:
166) โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

ระดับการให้คะแนนเฉลี่ยในแต่ละระดับชั้นในสูตรการคำนวณช่วงกว้างของชั้นดังนี้
(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2542 : 110)

$$\begin{aligned}
 \text{Interval (I)} &= \frac{\text{Range (R)}}{\text{Class (C)}} \\
 &= \frac{5 - 1}{5} \\
 &= 0.8
 \end{aligned}$$

จากนั้นนำมาหารระดับคะแนนเฉลี่ย โดยที่กำหนดความสำคัญ ดังนี้ (Likert, 1970: 175)

4.21 - 5.00	แปลผลแสดงว่า	แพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุด
3.41 - 4.20	แปลผลแสดงว่า	แพทย์ให้ความสำคัญมาก
2.61 - 3.40	แปลผลแสดงว่า	แพทย์ให้ความสำคัญปานกลาง
1.81 - 2.60	แปลผลแสดงว่า	แพทย์ให้ความสำคัญน้อย
1.00 - 1.80	แปลผลแสดงว่า	แพทย์ให้ความสำคัญน้อยมากที่สุด

คำถามข้อ 3 และข้อ 4 เป็นการวัดข้อมูลประเภทอัตราส่วน (Ratio Scale)

คำถามข้อ 5 และข้อ 6 เป็นการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ (Nominal Scale)

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และนำเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อปรับปรุงแก้ไข
3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากนั้น จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องก่อนนำไปทดลองใช้
4. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Alpha Cronbach Coefficient) ผลปรากฏว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.844

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลทุติยภูมิ

เป็นการเก็บข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ หนังสือ วารสาร และสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ พฤติกรรมในการตัดสินใจ ภาพรวมของธุรกิจยารักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย

ข้อมูลปฐมภูมิ

การเก็บข้อมูลรวมนั้น ผู้วิจัยเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 314 ชุด ซึ่งจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตามโรงพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ จนครบตามจำนวน

4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การจัดกระทำข้อมูล

ภายหลังจากการรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ทำการตอบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- 4.1.1 การตรวจสอบข้อมูล (Editing) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และทำการแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก

- 4.1.2 การลงรหัส (Coding) นำแบบสอบถามที่ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว มาลงรหัสตามที่ได้กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า
- 4.1.3 การประมวลผลข้อมูล ข้อมูลที่ลงรหัสแล้ว จะนำมาทำการบันทึกโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS/PC เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

ใช้ตารางการแจกแจงความถี่ ในการอธิบายลักษณะของข้อมูล ในแบบสอบถาม ได้แก่ ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ ในด้านอายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล มาคิดเป็นร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistic)

- ใช้ค่าสถิติ F-test หรือ One-way ANOVA โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการทดสอบรายคู่เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างอายุ, ความชำนาญเฉพาะทางของแพทย์ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน กรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จะทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Fisher's Least Significant Difference (LSD) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร (กัลยา วาณิชยปัญญา. 2545:161)
- ใช้ค่าสถิติ t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างประเภทของโรงพยาบาลที่มีต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน
- ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ใช้หาค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ของตัวแปรสองตัวที่เป็นอิสระต่อกันหรือความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล 2 ชุด (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2542: 13)

4.3 การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ อายุ, ความชำนาญเฉพาะทาง, ประเภทของโรงพยาบาล ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานของแพทย์ที่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์ใช้ค่าสถิติ t-test ประเภทของโรงพยาบาลกับแบบสอบถามในส่วนของทัศนคติแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน

การวิเคราะห์ใช้ค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว F-test (One-way ANOVA) ในส่วนของอายุ ความชำนาญเฉพาะทางกับแบบสอบถามในส่วนของทัศนคติแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน

สมมติฐานข้อที่ 2_ทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic)

การวิเคราะห์ที่ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่ออธิบายค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

สมมติฐานข้อที่ 3 ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบ (Original) แตกต่างจากยาสามัญ (Generic)

การวิเคราะห์ที่ใช้ค่าสถิติ Paired t-test เพื่ออธิบายถึงทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบ (Original) แตกต่างจากยาสามัญ (Generic)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

1.1 ค่าร้อยละ (Percentage)

$$\text{ค่าร้อยละ} = \frac{\text{จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม}}{\text{จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}} \times 100$$

1.2 ค่าเฉลี่ยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2539 : 78)

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

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน.2541 : 40)

$$\text{S.D.} = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพของแบบสอบถาม

2.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามใช้สูตร(จารึก เทรยวาร ธรณ.2546:53;อ้างถึงกัลยา วาณิชยปัญญา.2546:449)

$$\alpha = \frac{k \overline{\text{covariance} / \text{variance}}}{1 + (k - 1) \overline{\text{covariance} / \text{variance}}}$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่น หรือ Alpha coefficient
	k	แทน	จำนวนคำถาม
	$\overline{\text{covariance}}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนร่วมระหว่างคำถาม
	$\overline{\text{variance}}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนของคำตอบ

ต่างๆ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สูตร t-test Independent เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 (เฉพาะประเภทของโรงพยาบาล) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541: 165-166)

ในกรณีความแปรปรวน 2 กลุ่มไม่เท่ากัน ($\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$)

ใช้สูตร	t	=	$\frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$
	df	=	$\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2 - 1}}$

ในกรณีความแปรปรวน 2 กลุ่มเท่ากัน ($\sigma_1^2 = \sigma_2^2$)

$$\text{ใช้สูตร } t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
	X_1^2	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	X_2^2	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	S_1^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	n_1	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	n_2	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	df	แทน	ชั้นความเป็นอิสระ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สูตร Paired t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 ทศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบ (Original) แตกต่างจากยาสามัญ (Generic) ใช้สูตร (สถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่มที่ 2 : 300-301)

$$t = \frac{\bar{d}}{S_d / \sqrt{n}} ; df = n-1$$

เมื่อ $\bar{d}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างในแต่ละคู่
S_d	แทน	ค่าความแปรปรวนของค่า d
μ_d	แทน	ค่าเฉลี่ยประชากรของความแตกต่างในข้อมูลชุด 1 และ 2
		$= \mu_1 - \mu_2$
n	แทน	จำนวนคู่ทั้งหมด

3.3 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 (อายุ, ความชำนาญเฉพาะทางของแพทย์) โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-way analysis of variance) (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2541 : 236)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w} ; df = (k-1, n-k)$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าการแจกแจงที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
	MS_b	แทน	ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
	MS_w	แทน	ความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	k	แทน	จำนวนประชากรที่นำมาทดสอบสมมติฐาน
	n	แทน	จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้นที่เลือกมาจากประชากรทุก
ประชากร			
	df	แทน	ชั้นความเป็นอิสระ

กรณีพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 หรือระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้สูตรตามวิธี Least Significant Difference (LSD) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (กัลยา วานิชย์บัญชา. 2546 : 258)

$$LSD = t_{1-\frac{\alpha}{2}, n-k} \sqrt{MSE} \sqrt{\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j}}$$

ถ้า $n_i = n_j$ จะทำให้

$$LSD = t_{1-\frac{\alpha}{2}, n-k} \sqrt{\frac{2MSE}{n_i}}$$

เมื่อ	LSD	แทน	ค่าผลต่างนัยสำคัญทางสถิติที่คำนวณได้สำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ i และ j
	MSE	แทน	ค่า Mean Square Error จากตารางวิเคราะห์ความแปรปรวน
	n	แทน	จำนวนข้อมูลตัวอย่าง
	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่น

3.4 สถิติสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation coefficient) ใช้หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัวที่เป็นอิสระต่อกัน หรือหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล 2 ชุด เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. 2542: 13) ดังนี้

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

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนน X
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนน Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X และ Y ทุกคู่
	n	แทน	จำนวนคนหรือกลุ่มตัวอย่าง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient, r) ที่ได้จะมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 สามารถจำแนกได้ 3 แบบดังต่อไปนี้

เมื่อ $0 < r \leq 1$ เรียกว่า ตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์ทางบวก คือมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน กล่าวคือ ถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าเพิ่ม (หรือลด) อีกตัวหนึ่งก็จะเพิ่ม (หรือลด) ตาม

$-1 \leq r < 0$ เรียกว่า ตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์ทางลบ คือความสัมพันธ์ไปในทางตรงข้าม กล่าวคือ ถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าเพิ่ม (หรือลด) อีกตัวหนึ่งก็จะลด (หรือเพิ่ม) ตาม

$r = 0$ เรียกว่า ตัวแปรทั้ง 2 ไม่มีความสัมพันธ์แบบ เชิงเส้นตรง ต่อกัน

นอกจากนี้ค่าสัมประสิทธิ์ r จะบอกถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีมากน้อยเพียงใด กล่าวคือถ้าค่าสัมประสิทธิ์ r มีค่าใกล้เคียง 1 หรือ -1 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์กันสูง และถ้าค่า $r = 1$ หรือ -1 แสดงว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันแบบสมบูรณ์ โดยสามารถนำตัวแปรหนึ่งไปอธิบายอีกตัวแปรหนึ่งได้ดี แต่ในกรณีค่า $r = 0$ ไม่ได้หมายความว่าตัวแปรทั้ง 2 ไม่มีความสัมพันธ์กัน เพียงแต่บอกได้ว่าทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันแบบเส้นตรงเท่านั้น แต่อาจจะมีความสัมพันธ์ในรูปแบบอื่นๆ เช่น แบบเส้นโค้ง วงกลม ซึ่งวิธีนี้ยังไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นความสัมพันธ์รูปแบบใด จะต้องใช้วิธีพิจารณาจากลักษณะของกราฟว่าใกล้เคียงกับรูปแบบใด (ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2543 : 292;310-311)

ผลการคำนวณที่ได้จะแปลเพียงว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์หรือไม่ ระดับใดและสัมพันธ์กันอย่างไร แต่จะไม่แปลว่าตัวแปรหนึ่งเป็นสาเหตุของอีกตัวแปรหนึ่งหรือตัวแปร 2 ตัวนั้นเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน การพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ระดับใด เราพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 316)

เกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และ ดิเรก ศรีสุข
 โข. 2540 : 64)

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.01-0.29	ต่ำ
0.30-0.70	ปานกลาง
0.71-1.00	สูง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ในเขตกรุงเทพมหานครและการแปลผลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

Ho	แทน	สมมติฐานหลัก
H1	แทน	สมมติฐานรอง
n	แทน	จำนวนแพทย์กลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
df	แทน	ชั้นของความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Squares)
t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณา t-Distribution
F-Ratio	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณา F-Distribution
F-Prob., P	แทน	ความน่าจะเป็นสำหรับบอกนัยสำคัญทางสถิติ (Probability)
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
**	แทน	ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอผลตามความมุ่งหมายของการวิจัยโดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วนตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของแพทย์
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ
3. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ
4. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของแพทย์

ข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ได้แก่ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล โดยแจกแจงจำนวนและค่าร้อยละ ดังนี้

ตาราง 7 แสดงข้อมูลส่วนตัวของแพทย์

ข้อมูลส่วนตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
25-35 ปี	211	67.20
36-45 ปี	68	21.70
มากกว่า 45 ปี	35	11.10
รวม	314	100.00
2. ความชำนาญเฉพาะทาง		
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	102	32.50
อายุรแพทย์	132	42.00
แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ	27	8.60
แพทย์โรคไต	28	8.90
แพทย์โรคหัวใจ	25	8.00
รวม	314	100.00
3. ประเภทของโรงพยาบาล		
รัฐบาล	240	76.40
เอกชน	74	23.60
รวม	314	100.00

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 314 คน จำแนกตัวแปรได้ดังนี้

อายุ

แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 314 คนและมีอายุอยู่ในช่วง 25-35 ปี จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 67.20 แพทย์ที่มีอายุระหว่าง 36-45 ปีจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 21.70 และแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 โดยแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 25-35 ปี รองลงมา คือ มีอายุ 36-45 ปี และมากกว่า 45 ปี ตามลำดับ

ความชำนาญเฉพาะทาง

แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 อายุรแพทย์จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 42.00 แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 8.60 แพทย์โรคไตจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 8.90 แพทย์โรคหัวใจจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 โดยแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะเป็นอายุรแพทย์ รองลงมาคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์โรคไต แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ และแพทย์โรคหัวใจ ตามลำดับ

ประเภทของโรงพยาบาล

แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามเป็นแพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลรัฐบาลจำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 76.40 และเป็นแพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 23.60 โดยแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลรัฐบาล และเอกชนตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ คุณภาพยา ราคา ยา ประสิทธิภาพในการใช้ยา การสนับสนุนของบริษัทฯ ระบบประกันสุขภาพและฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านคุณภาพยา

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ ด้านคุณภาพยา	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจ	3.55	.499	ดีมาก
2. ผลการศึกษาของข้อมูลยาน่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์	3.61	.489	ดีมาก
3. ความปลอดภัยของยา	3.59	.493	ดีมาก
4. ความเชื่อมั่นต่อบริษัทผู้ผลิต	3.28	.627	ดีมาก
5. ลักษณะการนำเสนอข้อมูลยาของผู้แทนยาน่าเชื่อถือ	3.00	.652	ดี
รวม	3.40	.358	ดีมาก

จากตาราง 8 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยาอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.40$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่แพทย์มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก คือ ผลการศึกษาของข้อมูลยาน่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ ความปลอดภัยของยา ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจ และความเชื่อมั่นต่อบริษัทผู้ผลิต ($\bar{x} = 3.61$ 3.59 3.55 และ 3.28 ตามลำดับ)

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านราคา

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ ด้านราคา	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
6. แพทย์คำนึงถึงราคามากกว่าประสิทธิภาพการรักษาเป็นเกณฑ์ในการเลือกใช้ยา	1.87	.543	ไม่เห็นด้วย

จากตาราง 9 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคา ซึ่งแพทย์มีทัศนคติไม่เห็นด้วย ($\bar{x} = 1.87$) แปลผลว่า แพทย์คำนึงถึงเรื่องราคายาต่ำกว่าประสิทธิภาพในการรักษาเป็นเกณฑ์เลือกให้ยาให้กับผู้ป่วย

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
7. จากตัวแพทย์	3.26	.548	ดีมาก
8. ประสิทธิภาพและผลการศึกษาของแพทย์ท่านอื่นที่น่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์	3.34	.502	ดีมาก
รวม	3.30	.426	ดีมาก

จากตาราง 10 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.30$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก คือ จากตัวแพทย์เอง ประสิทธิภาพและผลการศึกษาของแพทย์ท่านอื่นที่น่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ ($\bar{x} = 3.26$ และ 3.34 ตามลำดับ)

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการสนับสนุนของบริษัทฯ

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ ด้านการสนับสนุนของบริษัทฯ	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
9. จากตัวอย่างยา	3.07	.712	ดี
10. ข้อมูลสนับสนุนจากการประชุมวิชาการ	3.00	.722	ดี
11. จากของแจกที่ระลึก	2.42	.747	ไม่ดี
รวม	2.83	.524	ดี

จากตาราง 11 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการสนับสนุนของบริษัทฯ แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.83$) . เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี คือ จากทดลองใช้ตัวอย่างยาและข้อมูลสนับสนุนจากการประชุมวิชาการ ($\bar{x} = 3.07$ และ 3.00 ตามลำดับ) จากของแจกที่ระลึกพบว่าแพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 2.42$)

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านระบบประกันสุขภาพ

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ ด้านระบบประกันสุขภาพ	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
12. นโยบาย 30 บาท	1.90	.605	ไม่ดี
13. ประกันสังคม	2.21	.685	ไม่ดี
14. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	3.18	.614	ดี
15. ประกันสุขภาพส่วนตัว	3.38	.518	ดีมาก
รวม	2.67	.404	ดี

จากตาราง 12 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพ แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.67$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าข้อที่แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ($\bar{x} = 3.18$) แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก คือระบบประกันสุขภาพส่วนตัว ($\bar{x} = 3.38$) และแพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี คือระบบประกันสุขภาพนโยบาย 30 บาท และ ระบบประกันสุขภาพประกันสังคม ($\bar{x} = 1.90$ และ 2.21 ตามลำดับ)

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
16. ฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	3.05	.686	ดี

จากตาราง 13 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยแพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.05$)

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านคุณภาพยา

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญ ด้านคุณภาพยา	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจ	3.23	.571	ดี
2. ผลการศึกษาของข้อมูลยาน่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์	2.88	.672	ดี
3. ความปลอดภัยของยา	3.27	.513	ดีมาก
4. ความเชื่อมั่นต่อบริษัทยาผู้ผลิต	2.99	.524	ดี
5. ลักษณะการนำเสนอข้อมูลยาของผู้แทนยาน่าเชื่อถือ	2.60	.741	ดี
รวม	2.99	.402	ดี

จากตาราง 14 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยา แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.99$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี คือ ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อมั่นต่อบริษัทยาผู้ผลิต ผลการศึกษาของข้อมูลยาน่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ และลักษณะการนำเสนอข้อมูลยาของผู้แทนยาน่าเชื่อถือ ($\bar{x} = 3.23$ 2.99 2.88 และ 2.60 ตามลำดับ) ข้อที่แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมากที่สุด คือ ความปลอดภัยของยา ($\bar{x} = 3.27$)

ตาราง 15 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านราคายา

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญ ด้านราคายา	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
6. แพทย์คำนึงถึงราคายามากกว่าประสิทธิภาพการรักษาเป็นเกณฑ์ในการเลือกใช้ยา	2.81	.563	เห็นด้วย

จากตาราง 15 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญในด้านราคายา ซึ่งแพทย์มีทัศนคติเห็นด้วย ($\bar{x} = 2.81$) แปลผลว่า แพทย์คำนึงถึงเรื่องราคายามากกว่าประสิทธิภาพในการรักษาเป็นเกณฑ์เลือกใช้ยาให้กับผู้ป่วย

ตาราง 16 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้อาสาสมัครรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา

ทัศนคติในการเลือกใช้อาสาสมัครรักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นอาสาสมัคร ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
7. จากตัวแพทย์	3.19	.505	ดี
8. ประสบการณ์และผลการศึกษาของแพทย์ท่านอื่นที่น่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์	2.83	.658	ดี
รวม	3.01	.460	ดี

จากตาราง 16 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจเลือกใช้อาสาสมัครรักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นอาสาสมัครในด้านประสบการณ์ในการใช้ยา แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.01$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี คือ จากตัวแพทย์เอง จากประสบการณ์และผลการศึกษาของแพทย์ท่านอื่นที่น่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ ($\bar{x} = 3.19$ และ 2.83 ตามลำดับ)

ตาราง 17 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้อาสาสมัครรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการสนับสนุนของบริษัทฯ

ทัศนคติในการเลือกใช้อาสาสมัครรักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นอาสาสมัคร ด้านการสนับสนุนของบริษัทฯ	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
9. จากตัวอย่างยา	2.66	.768	ดี
10. ข้อมูลสนับสนุนจากการประชุมวิชาการ	2.40	.718	ไม่ดี
11. จากของแถมที่ระลึก	2.11	.635	ไม่ดี
รวม	2.39	.557	ไม่ดี

จากตาราง 17 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้อาสาสมัครรักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นอาสาสมัครในด้านการสนับสนุนของบริษัทฯ แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 2.39$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การทดลองใช้ตัวอย่างยาแพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.66$) การได้รับข้อมูลสนับสนุนจากการประชุมวิชาการ การได้รับของแถมที่ระลึกแพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 2.40$ และ 2.11 ตามลำดับ)

ตาราง 18 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านระบบประกันสุขภาพ

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญ ด้านระบบประกันสุขภาพ	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
12. นโยบาย 30 บาท	3.19	.734	ดี
13. ประกันสังคม	3.18	.728	ดี
14. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	1.87	.748	ไม่ดี
15. ประกันสุขภาพส่วนตัว	2.06	.551	ไม่ดี
รวม	2.57	.445	ดี

จากตาราง 18 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพ แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.57$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี คือ ระบบประกันสุขภาพนโยบาย 30 บาท ระบบประกันสังคม ($\bar{x} = 3.19$ และ 3.18 ตามลำดับ) และข้อที่แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี คือ ระบบประกันสุขภาพส่วนตัว และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ($\bar{x} = 2.06$ และ 1.87 ตามลำดับ)

ตาราง 19 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

ทัศนคติในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญ ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	ระดับทัศนคติ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
16. ฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	3.06	.634	ดี

จากตาราง 19 แสดงว่าแพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญ ในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย แพทย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.06$)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ

ตาราง 20 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร

เหตุผลของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวาน	ระดับความสำคัญ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน	4.44	.622	แพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุด
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์	4.23	.763	แพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุด
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยา	3.58	.828	แพทย์ให้ความสำคัญมาก
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	3.40	1.180	แพทย์ให้ความสำคัญปานกลาง
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ	2.61	1.189	แพทย์ให้ความสำคัญปานกลาง
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ	2.76	1.187	แพทย์ให้ความสำคัญปานกลาง

จากตาราง 20 แสดงถึงเหตุผลของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าแพทย์ให้ระดับความสำคัญมากที่สุด ในเรื่องของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 และ 4.23 ตามลำดับ สำหรับประสิทธิภาพในการใช้ยา แพทย์ให้ระดับความสำคัญมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ส่วนการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ แพทย์ให้ระดับความสำคัญปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 2.76 และ 2.61 ตามลำดับ

ตาราง 21 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกจ่ายยาสามัญรักษาเบาหวานชนิดรับประทานในเขตกรุงเทพมหานคร

เหตุผลของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ สามัญแบบรักษาเบาหวาน	ระดับความสำคัญ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	3.92	.915	แพทย์ให้ความสำคัญมาก
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	3.40	1.206	แพทย์ให้ความสำคัญปานกลาง
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยา	3.61	1.109	แพทย์ให้ความสำคัญมาก
4. ราคาถูกกว่า	4.15	1.023	แพทย์ให้ความสำคัญมาก
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ	2.37	1.123	แพทย์ให้ความสำคัญน้อย
6. นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	3.78	1.263	แพทย์ให้ความสำคัญมาก

จากตาราง 21 แสดงถึงเหตุผลของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าแพทย์ให้เหตุผลของเรื่อง ราคาถูกกว่า ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล และประสิทธิภาพในการใช้ยา โดยแพทย์ให้ระดับความสำคัญมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 3.92 3.78 และ 3.61 ตามลำดับ ในส่วนของความเชื่อถือของผลการศึกษาว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ แพทย์ให้ระดับความสำคัญปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ แพทย์ให้ระดับความสำคัญน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.37

ตาราง 22 แสดงความถี่ในการบันทึกรายการจ่ายยาโดยเฉลี่ยให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานคร

ใบบันทึกรายการจ่ายยา	$\bar{x}$	S.D.
ยาต้นแบบ	4.82	26.264
ยาสามัญ	5.18	26.264

จากตาราง 22 แสดงถึงความถี่ในการบันทึกรายการจ่ายยาโดยเฉลี่ยให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน 10 ราย พบว่าแพทย์ได้บันทึกรายการจ่ายยาที่เป็นยาต้นแบบโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 คิดเป็นผู้ป่วยประมาณ 5 ราย และได้บันทึกรายการจ่ายยาที่เป็นยาสามัญ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.18 คิดเป็นผู้ป่วยประมาณ 5 ราย ตามลำดับ

ตาราง 23 แสดงแนวโน้มในการเลือกจ่ายยาของแพทย์ที่เป็นยาต้นแบบในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานคร

แนวโน้มในการจ่ายยาของแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ยังคงจ่ายยาต้นแบบ	257	81.80
มีเหตุผลอื่นๆในการจ่ายยา	57	18.20
รวม	314	100.00

จากตาราง 23 แสดงถึงแนวโน้มในการเลือกจ่ายยาของแพทย์ที่เป็นยาต้นแบบให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าแพทย์ยังคงจ่ายยาต้นแบบจำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 81.80 และมีเหตุผลอื่นๆในการเลือกจ่ายยาให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น พิจารณาจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ระดับความรุนแรงของโรค การใช้ยาอื่นในการรักษาพร้อมด้วย เป็นต้น โดยมีจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 18.20

ตาราง 24 แสดงแนวโน้มในการเลือกจ่ายยาของแพทย์ที่เป็นยาสามัญในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานคร

แนวโน้มในการจ่ายยาของแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ยังคงจ่ายยาสามัญ	58	18.50
เปลี่ยนเป็นจ่ายยาต้นแบบ	163	51.90
มีเหตุผลอื่นๆในการจ่ายยา	93	29.60
รวม	314	100.00

จากตาราง 24 แสดงถึงแนวโน้มในการเลือกจ่ายยาของแพทย์ที่เป็นยาสามัญให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าแพทย์ยังคงจ่ายยาสามัญจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 เปลี่ยนเป็นจ่ายยาต้นแบบ 163 คน คิดเป็นร้อยละ 51.90 และมีเหตุผลอื่นๆในการจ่ายยา เช่น พิจารณาจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ระดับความรุนแรงของโรค การใช้ยาอื่นในการรักษาพร้อมด้วย เป็นต้น โดยมีจำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 29.60

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การทดสอบสมมติฐานผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของแพทย์ที่แตกต่างสามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของแพทย์ไม่แตกต่างกัน

H_a : ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของแพทย์ที่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานแบ่งวิเคราะห์ดังนี้

อายุ

สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ จะใช้การทดสอบด้วยการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance : One-Way ANOVA) และการทดสอบสมมติฐานใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง(H_a) ที่มีค่าเฉลี่ยอย่างน้อยหนึ่งคู่ที่แตกต่างกัน จะนำไปเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Multiple Comparison) โดยใช้วิธีทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) เพื่อหาว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดบ้างแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการทดสอบสมมติฐานเป็นดังนี้

ตาราง 25 แสดงผลการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาเบาหวานชนิดรับประทานจำแนกตามอายุ

ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน (ยาต้นแบบ)	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. ด้านคุณภาพยา	ระหว่างกลุ่ม	2	1.157	0.578	4.63*	0.010
	ภายในกลุ่ม	311	38.880	0.125		
	รวม	313	40.037			
2. ด้านราคา	ระหว่างกลุ่ม	2	7.158	3.579	13.06*	0.000
	ภายในกลุ่ม	311	85.224	0.274		
	รวม	313	92.382			
3. ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา	ระหว่างกลุ่ม	2	4.700	2.350	14.03*	0.000
	ภายในกลุ่ม	311	52.109	0.168		
	รวม	313	56.810			
4. ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ	ระหว่างกลุ่ม	2	6.816	3.408	13.38*	0.000
	ภายในกลุ่ม	311	79.238	0.255		
	รวม	313	86.054			
5. ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	2	0.583	0.291	1.80	0.167
	ภายในกลุ่ม	311	50.389	0.162		
	รวม	313	50.972			
6. ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	2	15.789	7.895	18.69*	0.000
	ภายในกลุ่ม	311	131.395	0.422		
	รวม	313	147.185			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบโดยมีอายุแตกต่างกัน ซึ่งใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่าทัศนคติของแพทย์ด้านคุณภาพยา ด้านราคา ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย มีค่า F-Prob เท่ากับ 0.010, 0.000, 0.000, 0.000 และ 0.000 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) ดังนั้นจึงได้นำผลการวิเคราะห์ไปทดสอบโดยใช้วิธีทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) เพื่อหาว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดบ้างแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ตามลำดับดังนี้

ตาราง 26 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยา

ช่วงอายุ	$\bar{x}$	25-35 ปี	36-45 ปี	มากกว่า45 ปี
		3.361	3.479	3.509
25-35 ปี	3.361		-.118* (.017)	-.147* (.023)
36-45 ปี	3.479			-.029 (.692)
มากกว่า45 ปี	3.509			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 26 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามอายุโดยวิธี LSD(Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .017 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยาน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.118

แพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีช่วงอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ .023 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยาน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.147

ตาราง 27 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคา

ช่วงอายุ	$\bar{x}$	25-35 ปี	36-45 ปี	มากกว่า45 ปี
		1.943	1.838	1.457
25-35 ปี	1.943		.105 (.152)	.486* (.000)
36-45 ปี	1.838			.381* (.001)
มากกว่า45 ปี	1.457			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 27 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามอายุโดยวิธี LSD(Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคามากกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ .486

แพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคามากกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ .381

ตาราง 28 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา

ช่วงอายุ		25-35 ปี	36-45 ปี	มากกว่า45 ปี
	$\bar{x}$	3.218	3.434	3.543
25-35 ปี	3.218		-.216*	-.325*
			(.000)	(.000)
36-45 ปี	3.434			-.109
				(.201)
มากกว่า45 ปี	3.543			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 28 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามอายุโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้น้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -.216

แพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีช่วงอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้น้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -.325

ตาราง 29 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา

ช่วงอายุ	$\bar{x}$	25-35 ปี	36-45 ปี	มากกว่า45 ปี
		2.731	2.990	3.124
25-35 ปี	2.731		-.259* (.000)	-.392* (.000)
36-45 ปี	2.990			-.134 (.204)
มากกว่า45 ปี	3.124			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 29 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามอายุโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -.259

แพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีช่วงอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -.392

ตาราง 30 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

ช่วงอายุ	$\bar{x}$	25-35 ปี	36-45 ปี	มากกว่า 45 ปี
		3.104	3.206	2.429
25-35 ปี	3.104		-.102 (.263)	.676* (.000)
36-45 ปี	3.206			.777* (.000)
มากกว่า 45 ปี	2.429			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 30 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามอายุโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ .676

แพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ .777

ตาราง 31 แสดงผลการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาสามัญ
รักษาเบาหวานชนิดรับประทานจำแนกตามอายุ

ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน (ยาสามัญ)	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. ด้านคุณภาพยา	ระหว่างกลุ่ม	2	4.571	2.285	15.43*	0.000
	ภายในกลุ่ม	311	46.057	0.148		
	รวม	313	50.627			
2. ด้านราคา	ระหว่างกลุ่ม	2	0.063	0.031	0.10	0.906
	ภายในกลุ่ม	311	99.087	0.319		
	รวม	313	99.150			
3. ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา	ระหว่างกลุ่ม	2	2.430	1.215	5.92*	0.003
	ภายในกลุ่ม	311	63.781	0.205		
	รวม	313	66.211			
4. ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ	ระหว่างกลุ่ม	2	3.337	1.669	5.54*	0.004
	ภายในกลุ่ม	311	93.706	0.301		
	รวม	313	97.043			
5. ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	2	3.595	1.798	9.59*	0.000
	ภายในกลุ่ม	311	58.271	0.187		
	รวม	313	61.866			
6. ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	2	0.707	0.353	0.88	0.417
	ภายในกลุ่ม	311	125.144	0.402		
	รวม	313	125.850			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญโดยมีอายุแตกต่างกัน ซึ่งใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว(One-Way ANOVA) พบว่าทัศนคติของแพทย์ด้านคุณภาพยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย มีค่า F-Prob เท่ากับ 0.000, 0.003, 0.004 และ 0.000 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง(H_a) ดังนั้นจึงได้นำผลการวิเคราะห์ไปทดสอบโดยใช้วิธีทดสอบแบบ Least Significant Difference(LSD) เพื่อหาว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดบ้างแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ตามลำดับดังนี้

ตาราง 32 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยา

ช่วงอายุ	$\bar{x}$	25-35 ปี	36-45 ปี	มากกว่า45 ปี
		3.046	2.768	3.114
25-35 ปี	3.046		.279* (.000)	-.068 (.335)
36-45 ปี	2.768			-.347* (.000)
มากกว่า45 ปี	3.114			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 32 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยาของแพทย์เป็นรายคู่ซึ่งจำแนกตามอายุโดยวิธี LSD(Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ .279

แพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยาน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -.347

ตาราง 33 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสมการณ์ในการใช้ยา

ช่วงอายุ	$\bar{x}$	25-35 ปี	36-45 ปี	มากกว่า45 ปี
		3.009	2.904	3.229
25-35 ปี	3.009		.105 (.097)	-.219* (.008)
36-45 ปี	2.904			-.324* (.001)
มากกว่า45 ปี	3.229			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 33 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามอายุโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .008 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -.219

แพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -.324

ตาราง 34 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ

ช่วงอายุ	$\bar{x}$	25-35 ปี	36-45 ปี	มากกว่า45 ปี
		2.427	2.201	2.524
25-35 ปี	2.427		.226* (.003)	-.097 (.332)
36-45 ปี	2.201			-.323* (.005)
มากกว่า45 ปี	2.524			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 34 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามอายุโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .003 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯมากกว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 36-45 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ .226

แพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .005 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -.323

ตาราง 35 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย

ช่วงอายุ	$\bar{x}$	25-35 ปี	36-45 ปี	มากกว่า 45 ปี
		2.592	2.669	2.286
25-35 ปี	2.592		-.077 (.205)	.307* (.000)
36-45 ปี	2.669			.383* (.000)
มากกว่า 45 ปี	2.286			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 35 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามอายุโดยวิธี LSD(Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีอายุช่วงระหว่าง 25-35 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ .307

แพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปีกับแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์ที่มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปี มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ .383

ความชำนาญเฉพาะทาง

สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ จะใช้การทดสอบด้วยการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance : One-Way ANOVA) และการทดสอบสมมติฐานใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) ที่มีค่าเฉลี่ยอย่างน้อยหนึ่งคู่ที่แตกต่างกัน จะนำไปเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Multiple Comparison) โดยใช้วิธีทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) เพื่อหาว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดบ้างแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการทดสอบสมมติฐานเป็นดังนี้

ตาราง 36 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทาง

ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน (ยาต้นแบบ)	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. ด้านคุณภาพยา	ระหว่างกลุ่ม	4	4.361	1.090	9.44*	0.000
	ภายในกลุ่ม	309	35.676	0.115		
	รวม	313	40.037			
2. ด้านราคา	ระหว่างกลุ่ม	4	4.832	1.208	4.26*	0.002
	ภายในกลุ่ม	309	87.550	0.283		
	รวม	313	92.382			
3. ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา	ระหว่างกลุ่ม	4	9.732	2.433	15.97*	0.000
	ภายในกลุ่ม	309	47.077	0.152		
	รวม	313	56.810			
4. ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ	ระหว่างกลุ่ม	4	2.109	0.527	1.94	0.104
	ภายในกลุ่ม	309	83.945	0.272		
	รวม	313	86.054			
5. ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	4	4.074	1.019	6.71*	0.000
	ภายในกลุ่ม	309	46.898	0.152		
	รวม	313	50.972			
6. ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	4	4.903	1.226	2.66*	0.033
	ภายในกลุ่ม	309	142.282	0.460		
	รวม	313	147.185			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบโดยมีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกัน ซึ่งใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว(One-Way ANOVA) พบว่าทัศนคติของแพทย์ด้านคุณภาพยา ด้านราคา ยา ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย มีค่า F-Prob เท่ากับ 0.000, 0.002, 0.000, 0.000 และ 0.033 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) ดังนั้นจึงได้นำผลการวิเคราะห์ไปทดสอบโดยใช้วิธีทดสอบแบบ Least Significant Difference(LSD) เพื่อหาค่าเฉลี่ยคู่ใดบ้างแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ตามลำดับดังนี้

ตาราง 37 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยา

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน	— x	แพทย์เวช ปฏิบัติทั่ว ไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ
		3.502	3.291	3.593	3.507	3.272
แพทย์เวชปฏิบัติทั่ว ไป	3.502	-	0.211* (0.000)	-0.091 (0.219)	-0.005 (0.943)	0.230* (0.003)
อายุรแพทย์	3.291		-	-0.302* (0.000)	-0.216* (0.002)	0.019 (0.799)
แพทย์โรคระบบต่อม ไร้ท่อ	3.593			-	0.085 (0.352)	0.321* (0.001)
แพทย์โรคไต	3.507				-	0.235* (0.012)
แพทย์โรคหัวใจ	3.272					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 37 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับอายุรแพทย์ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยามากกว่าอายุรแพทย์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.211 และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.003 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.230

อายุรแพทย์กับแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยาน้อยกว่าแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.302 และในส่วนของอายุรแพทย์กับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.002 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยาน้อยกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.216

แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบา

หวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทยโรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.321

แพทยโรคไตกับแพทยโรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.012 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทยโรคไตมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทยโรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.235

ตาราง 38 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคา

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน		แพทย์เวช ปฏิบัติทั่ว ไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ
	$\bar{x}$	1.843	1.894	1.519	1.964	2.080
แพทย์เวชปฏิบัติทั่ว ไป	1.843	-	-0.051 (0.470)	0.325* (0.005)	-0.121 (0.287)	-0.237* (0.047)
อายุรแพทย์	1.894		-	0.375* (0.001)	-0.070 (0.526)	-0.186 (0.110)
แพทย์โรคระบบต่อม ไร้ท่อ	1.519			-	-0.446* (0.002)	-0.561* (0.000)
แพทย์โรคไต	1.964				-	-0.116 (0.430)
แพทย์โรคหัวใจ	2.080					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 38 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.005 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคายามากกว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.325 และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.047 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคายาน้อยกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.237

อายุรแพทย์กับแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคายามากกว่าแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.375

แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.002 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมียุทธศาสตร์โดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคายาต่ำกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.446 และในส่วนของแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.561

ตาราง 39 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับยุทธศาสตร์โดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน	แพทย์เวช ปฏิบัติทั่ว ไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ
$\bar{x}$	3.289	3.152	3.741	3.464	3.480
แพทย์เวชปฏิบัติทั่ว ไป	3.289	-	0.138*	-0.452*	-0.175*
			(0.008)	(0.000)	(0.036)
อายุรแพทย์	3.152	-	-0.589*	-0.313*	-0.328*
			(0.000)	(0.000)	(0.000)
แพทย์โรคระบบต่อม ไร้ท่อ	3.741		-	0.276*	0.261*
				(0.009)	(0.017)
แพทย์โรคไต	3.464			-	-0.016
					(0.884)
แพทย์โรคหัวใจ	3.480				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 39 เมื่อเปรียบเทียบยุทธศาสตร์โดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับอายุรแพทย์ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.008 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมียุทธศาสตร์โดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยามากกว่าอายุรแพทย์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.138 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมียุทธศาสตร์โดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาน้อยกว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.452 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.036 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมียุทธศาสตร์โดยรวมในการตัดสินใจ

เลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้น้อยกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.175 และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.029 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้น้อยกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.191

อายุรแพทย์กับแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้น้อยกว่าแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.589 ในส่วนของอายุรแพทย์กับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้น้อยกว่าแพทย์โรคไต ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.313 และในส่วนของอายุรแพทย์กับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้น้อยกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.328

แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.009 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้น้อยกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.276 และแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.017 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้น้อยกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.261

ตาราง 40 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน	แพทย์เวช ปฏิบัติทั่ว ไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ	
$\bar{x}$	2.593	2.684	2.491	2.750	2.980	
แพทย์เวชปฏิบัติทั่ว ไป	2.593	-	-0.091 (0.079)	0.102 (0.226)	-0.157 (0.060)	-0.387* (0.000)
อายุรแพทย์	2.684	-	0.193* (0.020)	-0.066 (0.414)	-0.296* (0.001)	
แพทย์โรคระบบต่อม ไร้ท่อ	2.491		-	-0.259* (0.014)	-0.489* (0.000)	
แพทย์โรคไต	2.750			-	-0.230* (0.033)	
แพทย์โรคหัวใจ	2.980				-	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 40 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยน้อยกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.387

อายุรแพทย์กับแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.020 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.193 และในส่วนของอายุรแพทย์กับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยน้อยกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.269

แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.014 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยน้อยกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.259 และแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยน้อยกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.489

แพทย์โรคไตกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.033 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคไตมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยน้อยกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.230

ตาราง 41 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน		แพทย์เวช ปฏิบัติทั่ว ไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ
	$\bar{x}$	3.186	3.000	3.185	2.821	2.880
แพทย์เวชปฏิบัติทั่ว ไป	3.186	-	0.186* (0.038)	0.001 (0.994)	0.365* (0.012)	0.306* (0.044)
อายุรแพทย์	3.000		-	-0.185 (0.197)	0.179 (0.207)	0.120 (0.418)
แพทย์โรคระบบต่อม ไร้ท่อ	3.185			-	0.364* (0.048)	0.305 (0.106)
แพทย์โรคไต	2.821				-	-0.059 (0.754)
แพทย์โรคหัวใจ	2.880					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 41 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับอายุรแพทย์ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.038 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมากกว่าอายุรแพทย์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.186 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.012 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.365 และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.044 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.306

แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.048 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.364

ตาราง 42 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทาง

ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน (ยาสามัญ)	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. ด้านคุณภาพยา	ระหว่างกลุ่ม	4	8.649	2.162	15.92*	0.000
	ภายในกลุ่ม	309	41.979	0.136		
	รวม	313	50.627			
2. ด้านราคา	ระหว่างกลุ่ม	4	3.420	0.855	2.76*	0.028
	ภายในกลุ่ม	309	95.730	0.310		
	รวม	313	99.150			
3. ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา	ระหว่างกลุ่ม	4	2.194	0.548	2.65*	0.034
	ภายในกลุ่ม	309	64.017	0.207		
	รวม	313	66.211			
4. ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ	ระหว่างกลุ่ม	4	4.754	1.189	3.98*	0.004
	ภายในกลุ่ม	309	92.289	0.299		
	รวม	313	97.043			
5. ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	4	3.786	0.947	5.04*	0.001
	ภายในกลุ่ม	309	58.080	0.188		
	รวม	313	61.866			
6. ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	4	0.181	0.045	0.11	0.978
	ภายในกลุ่ม	309	125.669	0.407		
	รวม	313	125.850			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 42 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญโดยมีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกัน ซึ่งใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่าทัศนคติของแพทย์ด้านคุณภาพยา ด้านราคา ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย มีค่า F-Prob เท่ากับ 0.000, 0.028, 0.034, 0.004 และ 0.001 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) ดังนั้นจึงได้นำผลการวิเคราะห์ไปทดสอบโดยใช้วิธีทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) เพื่อหาว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดบ้างแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ตามลำดับดังนี้

ตาราง 43 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับ
ทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้อำนาจเบ็ดเตล็ดที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยา

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน	แพทย์เวช ปฏิบัติทั่ว ไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ
$\bar{x}$	3.163	3.002	2.919	2.786	2.576
แพทย์เวชปฏิบัติทั่ว ไป	-	0.161* (0.001)	0.244* (0.002)	0.377* (0.000)	0.587* (0.000)
อายุรแพทย์		-	0.083 (0.287)	0.216* (0.005)	0.426* (0.000)
แพทย์โรคระบบต่อม ไร้ท่อ			-	0.133 (0.183)	0.343* (0.001)
แพทย์โรคไต				-	0.210* (0.039)
แพทย์โรคหัวใจ					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 43 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้อำนาจเบ็ดเตล็ดที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับอายุรแพทย์ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้อำนาจเบ็ดเตล็ดที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่าอายุรแพทย์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.161 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.002 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้อำนาจเบ็ดเตล็ดที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อในด้านคุณภาพยาที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.244 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้อำนาจเบ็ดเตล็ดที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.377 และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้อำนาจเบ็ดเตล็ดที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.587

อายุรแพทย์กับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.005 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้อำนาจเบ็ดเตล็ดที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพ

ยามากกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.216 และในส่วนของอายุรแพทย์กับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.426

แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.343

แพทย์โรคไตกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.039 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคไตมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.210

ตาราง 44 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านราคา

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน	แพทย์เวช ปฏิบัติทั่ว ไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ
$\bar{x}$	2.755	2.833	2.556	2.929	3.000
แพทย์เวชปฏิบัติทั่ว ไป	-	-0.078 (0.286)	0.199 (0.099)	-0.174 (0.145)	-0.245* (0.049)
อายุรแพทย์	2.833	-	0.278* (0.019)	-0.095 (0.411)	-0.167 (0.171)
แพทย์โรคระบบต่อม ไร้ท่อ	2.556		-	-0.373* (0.013)	-0.444* (0.004)
แพทย์โรคไต	2.929			-	-0.071 (0.641)
แพทย์โรคหัวใจ	3.000				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 44 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านราคาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD (Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.049 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่

เป็นยาสามัญในด้านราคายาต่ำกว่า แพทย์โรคหัวใจ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.245

อายุรแพทย์กับแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.019 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.278

แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.013 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านราคายาต่ำกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.373 และแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.004 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านราคายาต่ำกว่าแพทย์โรคหัวใจในด้านราคาอยู่ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.444

ตาราง 45 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน		แพทย์เวช ปฏิบัติทั่ว ไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ
	$\bar{x}$	3.000	3.057	3.130	2.929	2.780
แพทย์เวชปฏิบัติทั่ว ไป	3.000	-	-0.057 (0.344)	-0.130 (0.189)	0.071 (0.463)	0.220* (0.031)
อายุรแพทย์	3.057		-	-0.073 (0.449)	0.128 (0.177)	0.277* (0.006)
แพทย์โรคระบบต่อม ไร้ท่อ	3.130			-	0.201 (0.103)	0.350* (0.006)
แพทย์โรคไต	2.929				-	0.149 (0.236)
แพทย์โรคหัวใจ	2.780					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 45 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD(Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.031 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยามากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.220

อายุรแพทย์กับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.006 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยามากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.277

แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.006 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยามากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.350

ตาราง 46 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน	แพทย์เวช ปฏิบัติทั่วไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ
$\bar{x}$	2.431	2.472	2.185	2.095	2.320
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	-	-0.041 (0.571)	0.246* (0.038)	0.336* (0.004)	0.111 (0.362)
อายุรแพทย์	2.472	-	0.287* (0.013)	0.377* (0.001)	0.152 (0.203)
แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ	2.185		-	0.090 (0.542)	-0.135 (0.375)
แพทย์โรคไต	2.095			-	-0.225 (0.136)
แพทย์โรคหัวใจ	2.320				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 46 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้าน การสนับสนุนจากบริษัทฯ ของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD(Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.038 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ มากกว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่ที่ระดับนัยสำคัญ

0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.246 และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.004 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยามากกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.336

อายุรแพทย์กับแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.013 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยามากกว่าแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.287 และในส่วนของอายุรแพทย์กับแพทย์โรคไต จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยามากกว่าแพทย์โรคไตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.377

ตาราง 47 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันกับทัศนคติโดยรวมต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย

แพทย์เฉพาะทาง ด้าน		แพทย์เวช ปฏิบัติทั่ว ไป	อายุรแพทย์	แพทย์โรค ระบบต่อม ไร้ท่อ	แพทย์โรค ไต	แพทย์โรค หัวใจ
	$\bar{x}$	2.657	2.481	2.806	2.616	2.440
แพทย์เวชปฏิบัติทั่ว ไป	2.657	-	0.176*	-0.149	0.041	0.217*
			(0.002)	(0.114)	(0.660)	(0.026)
อายุรแพทย์	2.481		-	-0.324*	-0.135	0.041
				(0.000)	(0.135)	(0.664)
แพทย์โรคระบบต่อม ไร้ท่อ	2.806			-	0.189	0.366*
					(0.106)	(0.003)
แพทย์โรคไต	2.616				-	0.176
						(0.141)
แพทย์โรคหัวใจ	2.440					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตาราง 47 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ของแพทย์เป็นรายคู่ ซึ่งจำแนกตามความชำนาญเฉพาะทางโดยวิธี LSD(Least-Significant Different) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับอายุรแพทย์ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.002 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าอายุรแพทย์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 0.176 และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.026 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.217

อายุรแพทย์กับแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าอายุรแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยน้อยกว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.324

แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อกับแพทย์โรคหัวใจ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าSig. เท่ากับ 0.003 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 หมายความว่าแพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์โรคหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.366

ประเภทของโรงพยาบาล

สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ จะใช้การทดสอบค่าโดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระกัน ใช้สถิติทดสอบค่า t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0)ก็ต่อเมื่อ ค่า 2-tailed Prob.(p) มีค่าน้อยกว่า 0.05 ผลการทดสอบสมมติฐานเป็นดังนี้

ตาราง 48 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน (ยาต้นแบบ)	โรงพยาบาลรัฐ		โรงพยาบาลเอกชน		t	p
	บาล		ชน			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านคุณภาพยา	3.424	0.372	3.335	0.298	2.111*	0.036
2. ด้านราคายา	1.883	0.528	1.811	0.589	1.004	0.316
3. ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา	3.273	0.431	3.392	0.399	-2.112*	0.035
4. ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ	2.797	0.535	2.941	0.476	-2.080*	0.038
5. ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย	2.660	0.401	2.689	0.413	-0.536	0.593
6. ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	3.100	0.689	2.892	0.653	2.298*	0.022

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 48 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบโดยประเภทโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ใช้สถิติ Independent Samples t-test ในการทดสอบพบว่า

แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยามากกว่าแพทย์โรงพยาบาลเอกชน

แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาน้อยกว่าแพทย์โรงพยาบาลเอกชน

แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาน้อยกว่าแพทย์โรงพยาบาลเอกชน

แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์โรงพยาบาลเอกชน

ตาราง 49 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน (ยาสามัญ)	โรงพยาบาลรัฐ		โรงพยาบาลเอกชน		t	p
	บาล		ชน			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านคุณภาพยา	3.057	0.403	2.789	0.326	5.206*	0.000
2. ด้านราคา	2.813	0.566	2.784	0.556	0.383	0.702
3. ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา	3.052	0.476	2.878	0.378	3.243*	0.001
4. ด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา	2.417	0.549	2.297	0.575	1.616	0.107
5. ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย	2.616	0.407	2.443	0.531	2.964*	0.003
6. ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	3.050	0.707	3.095	0.295	-0.782	0.435

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 49 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบทัศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือก
ใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญโดยประเภทโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ใช้สถิติ
Independent Samples t-test ในการทดสอบพบว่า

แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจ
เลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ
บาลมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยามากกว่า
แพทย์โรงพยาบาลเอกชน

แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจ
เลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในโรง
พยาบาลรัฐบาลมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านประสิทธิภาพ
ในการใช้ยามากกว่าแพทย์โรงพยาบาลเอกชน

แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจ
เลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์ที่ทำการรักษาผู้
ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลมีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาสามัญในด้าน
ระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์โรงพยาบาลเอกชน

สมมติฐานข้อที่ 2 ทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษา
เบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ

H_0 : ทัศนคติของแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวาน
ชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ

H_1 : ทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิด
รับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ

สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์จะใช้การทดสอบด้วยการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรสอง
ตัวที่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน(Pearson Product Moment Correlation
Coefficient) และการทดสอบสมมติฐานใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0)ก็ต่อ
เมื่อค่า Sig.(2-tailed) น้อยกว่า 0.05 ผลการทดสอบสมมติฐานเป็นดังนี้

ตาราง 50 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านคุณภาพยา

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษา เบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านคุณภาพยา (ยาต้นแบบ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน	0.17*	0.003	ต่ำ
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ ในวงการแพทย์	-0.07	0.244	ไม่สัมพันธ์
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์	0.11	0.056	ไม่สัมพันธ์
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	-0.07	0.250	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	-0.06	0.325	ไม่สัมพันธ์
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา	0.10	0.092	ไม่สัมพันธ์
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	0.05	0.381	ไม่สัมพันธ์
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	-0.06	0.320	ไม่สัมพันธ์
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์	-0.09	0.117	ไม่สัมพันธ์
4. ราคาถูกกว่า	0.05	0.400	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.03	0.571	ไม่สัมพันธ์
6. นโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	0.20*	0.000	ต่ำ

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 50 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านคุณภาพยากับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%พบว่า

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านคุณภาพยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านคุณภาพยามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์

สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านคุณภาพยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของประสิทธิภาพในการรักษา เชื่อถือได้และมีมาตรฐานจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านคุณภาพยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ ความเชื่อของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ ราคาถูกกว่าและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านคุณภาพยา มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านคุณภาพยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลจะมีการสั่งจ่ายยาเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ตาราง 51 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านประสิทธิผลการใช้ยา

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษา เบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านประสิทธิผลการใช้ยา (ยาต้นแบบ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน			
ฐาน	0.09	0.121	ไม่สัมพันธ์
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ			
ในวงการแพทย์	0.02	0.661	ไม่สัมพันธ์
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	-0.03	0.635	ไม่สัมพันธ์
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	-0.29*	0.000	ต่ำ
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ	-0.30*	0.000	ปานกลาง
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ	-0.14*	0.014	ต่ำ
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	-0.12*	0.033	ต่ำ
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ			
ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	-0.23*	0.000	ต่ำ
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	-0.20*	0.000	ต่ำ
4. ราคาถูกกว่า	0.12*	0.030	ต่ำ
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ	-0.14*	0.010	ต่ำ
6. นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	0.03	0.603	ไม่สัมพันธ์

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 51 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านประสิทธิผลการใช้ยากับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%พบว่า

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านประสิทธิผลการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ และประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H₀)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านประสิทธิผลการใช้ยามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H₀) ยอมรับสมมติฐานรอง(H₁) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านประสิทธิ

การณ์ในการใช้ยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาจะลดลงในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยา มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทจะลดลงในระดับปานกลาง

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยา มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา จะลดลงในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยา มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของราคาถูกกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของราคาถูกกว่าจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ตาราง 52 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษา เบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา (ยาต้นแบบ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน	0.10	0.079	ไม่สัมพันธ์
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์	0.06	0.259	ไม่สัมพันธ์
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์	-0.01	0.851	ไม่สัมพันธ์
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	-0.05	0.417	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.14*	0.016	ต่ำ
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา	0.14*	0.011	ต่ำ
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	0.18*	0.001	ต่ำ
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	0.02	0.682	ไม่สัมพันธ์
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์	0.01	0.892	ไม่สัมพันธ์
4. ราคาถูกกว่า	0.21*	0.000	ต่ำ
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.16*	0.004	ต่ำ
6. นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	0.06	0.286	ไม่สัมพันธ์

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 52 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยากับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ และการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาไม่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัท

ยามีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของความเชื่อถือของผลการศึกษายาสามัญนั้น ๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ ราคาถูกกว่าและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทามีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ ราคาถูกกว่าและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ตาราง 53 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย (ยาต้นแบบ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน	0.09	0.124	ไม่สัมพันธ์
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์	0.00	0.970	ไม่สัมพันธ์
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	0.16*	0.006	ต่ำ
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	0.11	0.057	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ	-0.04	0.510	ไม่สัมพันธ์
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ	0.05	0.391	ไม่สัมพันธ์
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	0.24*	0.000	ต่ำ
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	0.14*	0.016	ต่ำ
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	0.11	0.063	ไม่สัมพันธ์
4. ราคาถูกกว่า	0.17*	0.002	ต่ำ
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ	0.05	0.349	ไม่สัมพันธ์
6. นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	-0.15*	0.009	ต่ำ

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 53 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยกับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของ

แพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์จะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ และความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ และราคาถูกกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ และราคาถูกกว่าจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ และความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลจะลดลงในระดับต่ำ

ตาราง 54 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษา เบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย (ยาต้นแบบ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน	0.13*	0.017	ต่ำ
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์	-0.08	0.138	ไม่สัมพันธ์
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์	0.15*	0.010	ต่ำ
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	0.23*	0.000	ต่ำ
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	-0.03	0.543	ไม่สัมพันธ์
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา	0.12*	0.032	ต่ำ
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ	0.42*	0.000	ปานกลาง
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	0.13*	0.022	ต่ำ
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์	0.24*	0.000	ต่ำ
4. ราคาถูกกว่า	0.09	0.113	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.19*	0.001	ต่ำ
6. นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	-0.11	0.062	ไม่สัมพันธ์

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 54 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยกับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมีระดับความคิดเห็น

เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของราคาถูกกว่าและนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้น ๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้น ๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาต้นแบบโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาต้นแบบโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับปานกลาง

ตาราง 55 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านคุณภาพยา

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษา เบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านคุณภาพยา (ยาสามัญ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน	-0.01	0.799	ไม่สัมพันธ์
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ ในวงการแพทย์	0.15*	0.007	ต่ำ
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	0.16*	0.005	ต่ำ
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	0.04	0.520	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.29*	0.000	ต่ำ
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา	0.11*	0.048	ต่ำ
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	0.17*	0.002	ต่ำ
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	0.30*	0.000	ปานกลาง
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	0.25*	0.000	ต่ำ
4. ราคาถูกกว่า	0.06	0.317	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.31*	0.000	ปานกลาง
6. นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	0.09	0.126	ไม่สัมพันธ์

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 55 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านคุณภาพยากับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านคุณภาพยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน และการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านคุณภาพยามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านคุณภาพยามีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อ

การเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ จะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านคุณภาพยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของราคาถูกกว่าและนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านคุณภาพยามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านคุณภาพยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์จะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านคุณภาพยามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านคุณภาพยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ จะเพิ่มสูงขึ้นในระดับปานกลาง

ตาราง 56 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านประสิทธิผลการใช้ยา

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านประสิทธิผลการใช้ยา (ยาสามัญ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน	0.08	0.140	ไม่สัมพันธ์
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์	0.18*	0.001	ต่ำ
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	0.01	0.884	ไม่สัมพันธ์
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	-0.08	0.179	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.00	0.970	ไม่สัมพันธ์
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา	-0.16*	0.003	ต่ำ
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	0.04	0.437	ไม่สัมพันธ์
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	0.20*	0.000	ต่ำ
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	0.01	0.792	ไม่สัมพันธ์
4. ราคาถูกกว่า	-0.06	0.279	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.18*	0.001	ต่ำ
6. นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	0.16*	0.005	ต่ำ

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 56 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านประสิทธิผลการใช้ยากับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านประสิทธิผลการใช้ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H₀)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านประสิทธิผลการใช้ยามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H₀) ยอมรับสมมติฐานรอง(H₁) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านประสิทธิผลการใช้ยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์จะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ จะลดลงในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และราคาถูกกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ และนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ และนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล จะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ตาราง 57 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านการสนับสนุนจากบริษัททยา

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษา เบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา (ยาสามัญ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน	0.10	0.079	ไม่สัมพันธ์
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์	0.12*	0.030	ต่ำ
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์	0.10	0.079	ไม่สัมพันธ์
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	0.20*	0.000	ต่ำ
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.49*	0.000	ปานกลาง
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา	0.17*	0.002	ต่ำ
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	-0.11	0.051	ไม่สัมพันธ์
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	0.30*	0.000	ปานกลาง
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์	0.30*	0.000	ปานกลาง
4. ราคาถูกกว่า	0.27*	0.000	ต่ำ
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	0.48*	0.000	ต่ำ
6. นโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	0.15*	0.007	ต่ำ

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 57 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยากับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับปานกลาง

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของราคาถูกกว่า การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยามีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของราคาถูกกว่า การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยามีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์จะเพิ่มสูงขึ้นในระดับปานกลาง

ตาราง 58 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย (ยาสามัญ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน	0.01	0.839	ไม่สัมพันธ์
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์	-0.09	0.125	ไม่สัมพันธ์
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	-0.05	0.417	ไม่สัมพันธ์
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	-0.09	0.131	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	-0.15*	0.008	ต่ำ
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา	-0.08	0.160	ไม่สัมพันธ์
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	0.25*	0.000	ต่ำ
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	0.08	0.177	ไม่สัมพันธ์
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	-0.11	0.059	ไม่สัมพันธ์
4. ราคาถูกกว่า	0.03	0.615	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา	-0.09	0.098	ไม่สัมพันธ์
6. นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	-0.12*	0.035	ต่ำ

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 58 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยกับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของ

แพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้จ่ายแบบในด้านของการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทจะลดลงในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของความเชื่อถือของผลการศึกษายาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ ราคาถูกกว่า และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้จ่ายยาสามัญในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ จะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย มีระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้จ่ายยาสามัญในด้านของนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล จะลดลงในระดับต่ำ

ตาราง 59 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมกับพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษา เบาหวานชนิดรับประทาน	ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย (ยาสามัญ)		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ยาต้นแบบ (Original)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน	-0.08	0.184	ไม่สัมพันธ์
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์	0.04	0.515	ไม่สัมพันธ์
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	0.06	0.280	ไม่สัมพันธ์
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย	0.12*	0.039	ต่ำ
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ	0.03	0.581	ไม่สัมพันธ์
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ	0.16*	0.004	ต่ำ
ยาสามัญ (Generic)			
1. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ	0.13*	0.021	ต่ำ
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	0.17*	0.003	ต่ำ
3. ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์	0.18*	0.001	ต่ำ
4. ราคาถูกกว่า	0.05	0.374	ไม่สัมพันธ์
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ	0.15*	0.007	ต่ำ
6. นโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล	-0.01	0.839	ไม่สัมพันธ์

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 59 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยกับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%พบว่า

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือยอมรับสมมติฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาต้นแบบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยมี

ระดับความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบในด้านของการครอบคลุมสวัสดิการ
รักษาพยาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาจะเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยา
สามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานในด้านของราคาถูกกว่าและ
นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ยอมรับสมมติ
ฐานหลัก(H_0)

ทัศนคติของยาสามัญโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและความ
สัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบา
หวานชนิดรับประทานในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของ
ยาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ และการได้รับการสนับสนุน
จากบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง
(H_1) หมายความว่า ถ้าทัศนคติโดยรวมของแพทย์สำหรับยาสามัญโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย มีระดับ
ความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญในด้านของประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่า
พอใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยา
ของแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาจะมีการสั่งจ่ายยาเพิ่มสูงขึ้นในระดับต่ำ

สมมติฐานข้อที่3 ทศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ

H_0 : ทศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบไม่แตกต่างจากยาสามัญ

H_1 : ทศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ

สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์จะใช้การทดสอบจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ใช้สถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก H_0 ก็ต่อเมื่อ ค่าSig.(2-tailed) น้อยกว่า 0.05 ผลการทดสอบสมมติฐานเป็นดังนี้

ตาราง 60 แสดงการวิเคราะห์ที่ศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ

ทศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน	ยาต้นแบบ		ยาสามัญ		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านคุณภาพยา	3.403	0.358	2.994	0.402	16.731*	0.000
2. ด้านราคา	1.866	0.543	2.806	0.563	-23.009*	0.000
3. ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา	3.301	0.426	3.011	0.460	12.237*	0.000
4. ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ	2.831	0.524	2.389	0.557	14.600*	0.000
5. ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย	2.667	0.404	2.575	0.445	3.378*	0.001
6. ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	3.051	0.686	3.061	0.634	-0.268	0.789

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 60 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบทศนคติโดยรวมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test ในการทดสอบพบว่า

ทศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญด้านคุณภาพยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์มีทศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยามากกว่ายาสามัญ

ทศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญด้านราคาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์มีทศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านราคาน้อยกว่ายาสามัญ

ทศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์มีทศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยามากกว่ายาสามัญ

ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านการสนับสนุนจากบริษัทยามากกว่ายาสามัญ

ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง(H_1) โดยแพทย์มีทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานที่เป็นยาต้นแบบในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่ายาสามัญ

สรุปการทดสอบสมมติฐาน

ตาราง 61 แสดงสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

ข้อ	สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
1	ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ อายุ ความชำนาญเฉพาะทางประเภทของโรงพยาบาล ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานของแพทย์ที่แตกต่างกัน จำแนกตามอายุ	
1.1	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านคุณภาพยาแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.2	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านราคายาแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.3	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.4	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ แตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.5	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านระบบประกันสุขภาพไม่แตกต่างกัน	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.6	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.7	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านคุณภาพยาแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.8	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านราคายาไม่แตกต่างกัน	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.9	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.10	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ แตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.11	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านระบบประกันสุขภาพแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.12	อายุที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตาราง 61 (ต่อ)

ข้อ	สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
จำแนกตามความชำนาญเฉพาะทาง		
1.13 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านคุณภาพยาแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.14 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านราคายาแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.15 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.16 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ไม่แตกต่างกัน		ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.17 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.18 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.19 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านคุณภาพยาแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.20 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านราคายาแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.21 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.22 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ แตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.23 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.24 ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน		ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล		
1.25 ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านคุณภาพยาแตกต่างกัน		สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.26 ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านราคายาไม่แตกต่างกัน		ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตาราง 61 (ต่อ)

ข้อ	สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
1.27	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านประสบการณ์ในการใช้ยาแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.28	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ แตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.29	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.30	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาต้นแบบด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.31	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านคุณภาพยาแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.32	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านราคาขายไม่แตกต่างกัน	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.33	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านประสบการณ์ในการใช้ยาแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.34	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ไม่แตกต่างกัน	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.35	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกัน	สอดคล้องกับสมมติฐาน
1.36	ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แพทย์มีทัศนคติต่อยาสามัญด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 2 ทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวาน
ชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ

โดยกำหนดพฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบ ดังนี้

- ด้านที่ 1 คือ ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน
- ด้านที่ 2 คือ ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์
- ด้านที่ 3 คือ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์
- ด้านที่ 4 คือ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาของโรงพยาบาลของผู้ป่วย
- ด้านที่ 5 คือ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ
- ด้านที่ 6 คือ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ

และกำหนดพฤติกรรมที่มีต่อการเลือกใช้ยาสามัญ ดังนี้

ด้านที่ 1 คือ ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ

ด้านที่ 2 คือ ความเชื่อถือของผลการศึกษายาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ

ด้านที่ 3 คือ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์

ด้านที่ 4 คือ ราคาถูกกว่า

ด้านที่ 5 คือ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ

ด้านที่ 6 คือ นโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล

กำหนดทัศนคติที่มีต่อการเลือกใช้ยาต้นแบบและยาสามัญ ดังนี้

ด้านที่ 1 คือ คุณภาพยา

ด้านที่ 2 คือ ประสิทธิภาพในการใช้ยา

ด้านที่ 3 คือ การสนับสนุนจากบริษัทฯ

ด้านที่ 4 คือ ระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย

ด้านที่ 5 คือ ฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

ตาราง 62 สรุปทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ

พฤติกรรม		ทัศนคติ (ยาต้นแบบ)				
		ด้านที่ 1	ด้านที่ 2	ด้านที่ 3	ด้านที่ 4	ด้านที่ 5
ยาต้นแบบ	ด้านที่ 1	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์
	ด้านที่ 2	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 3	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์
	ด้านที่ 4	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์
	ด้านที่ 5	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 6	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์
ยาสามัญ	ด้านที่ 1	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์
	ด้านที่ 2	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์
	ด้านที่ 3	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์
	ด้านที่ 4	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 5	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์
	ด้านที่ 6	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์

ตาราง 63 สรุปทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิด
รับประทานที่เป็นยาสามัญ

พฤติกรรม	ทัศนคติ (ยาดัชนีแบบ)				
	ด้านที่ 1	ด้านที่ 2	ด้านที่ 3	ด้านที่ 4	ด้านที่ 5
ยาดัชนีแบบ	ด้านที่ 1	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 2	สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 3	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 4	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 5	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 6	สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
ยาสามัญ	ด้านที่ 1	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์
	ด้านที่ 2	สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 3	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 4	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 5	สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
	ด้านที่ 6	ไม่สัมพันธ์	สัมพันธ์	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์

ตาราง 64 แสดงสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

ข้อ	สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
3	ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้รักษาเบาหวานชนิด รับประทานของยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ	
3.1	ทัศนคติของแพทย์ระหว่างยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ ด้านคุณภาพยา	สอดคล้องกับสมมติฐาน
3.2	ทัศนคติของแพทย์ระหว่างยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ ด้านราคา	สอดคล้องกับสมมติฐาน
3.3	ทัศนคติของแพทย์ระหว่างยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา	สอดคล้องกับสมมติฐาน
3.4	ทัศนคติของแพทย์ระหว่างยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ	สอดคล้องกับสมมติฐาน
3.5	ทัศนคติของแพทย์ระหว่างยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ ด้านระบบประกันสุขภาพ	สอดคล้องกับสมมติฐาน
3.6	ทัศนคติของแพทย์ระหว่างยาต้นแบบไม่แตกต่างจากยาสามัญ ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้กับบริษัทยาในการดำเนินกลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ผู้วิจัยตั้งความมุ่งหมายในการศึกษาไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาถึงลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ที่มีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน
2. เพื่อศึกษาถึงลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน
3. เพื่อศึกษาถึงทัศนคติของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของแพทย์ที่ต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic)

สมมติฐานในการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานของแพทย์ที่แตกต่างกัน
2. ทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic)
3. ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบ (Original) แตกต่างจากยาสามัญ (Generic)

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิบัติงานอยู่เฉพาะโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จากรายงานสมาคมราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยปี 2545 พบว่ามีสมาชิกแพทย์จำนวน 1,460 คน โดยโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาจะแบ่งเป็น โรงพยาบาลรัฐบาลจำนวน 22 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 25 โรงพยาบาล (รายงานจากฐานข้อมูลบริษัททาเคด้า(ประเทศไทย) จำกัด :2546)และสำหรับโรงพยาบาลเอกชนนั้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกจากจำนวนเพียงมากกว่า 300 เพียงขึ้นไป เนื่องจากถือเป็นโรงพยาบาลขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ และมีแพทย์ซึ่งสามารถทำการเก็บข้อมูลได้ (จากเวชระเบียนโรงพยาบาลเอกชนแต่ละโรงพยาบาลที่ไปทำการสำรวจ : 2546)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานคร มีขนาดตัวอย่างจำนวน 314 คน โดยเปิดจากตารางทารุยามาเน่ (Taro Yamane) หรือคำนวณโดยใช้สูตร โดยยอมให้เกิดความผิดพลาดร้อยละ 5 และต้องการความเชื่อถือได้ร้อยละ 95 ซึ่งได้เลือกสุ่มโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling), การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling), วิธีการสัดส่วนโดยตรง (Proportional Sampling) และการสุ่มโดยใช้ความสะดวก (Convenience Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือหรือแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้อารรักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้อารรักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลทุติยภูมิ

เป็นการเก็บข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ หนังสือ วารสาร และสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ พฤติกรรมในการตัดสินใจ ภาพรวมของธุรกิจยารักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย

ข้อมูลปฐมภูมิ

การเก็บข้อมูลรวบรวมนั้น ผู้วิจัยเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 314 ชุด ซึ่งจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตามโรงพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ จนครบตามจำนวน

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากการรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ทำการตอบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบข้อมูล (Editing) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และทำการแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก
2. การลงรหัส (Coding) นำแบบสอบถามที่ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว มาลงรหัสตามที่ได้กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า
3. การประมวลผลข้อมูล ข้อมูลที่ลงรหัสแล้ว จะนำมาทำการบันทึกโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS/PC เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานของแพทย์ที่แตกต่างกัน

อายุ ใช้การทดสอบค่า F-test ใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน

ความชำนาญเฉพาะทาง ใช้การทดสอบค่า F-test ใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกัน

ประเภทของโรงพยาบาล ใช้การทดสอบค่า t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มคือ รัฐบาลและเอกชน

สมมติฐานข้อที่ 2 ทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ใช้สถิติสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ใช้หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัวที่เป็นอิสระต่อกัน

สมมติฐานข้อที่ 3 ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบ (Original) แตกต่างจากยาสามัญ (Generic) ใช้การทดสอบสถิติ Paired Sample Test เปรียบเทียบทัศนคติของแพทย์ระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลจากการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานครสรุปผลได้ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีอายุ 25-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.20 รองลงมามีอายุ 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.70 และมีอายุมากกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.10 ตามลำดับ

แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความชำนาญเฉพาะทางด้านอายุรแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 42.00 รองลงมาเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 32.50 แพทย์โรคไต คิดเป็นร้อยละ 8.90 แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ คิดเป็นร้อยละ 8.60 และแพทย์โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 8.00 โดยส่วนใหญ่แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวานอยู่โรงพยาบาลรัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 76.40 และโรงพยาบาลเอกชนคิดเป็นร้อยละ 23.60

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ สรุปได้ดังนี้

ทัศนคติของแพทย์โดยรวมที่มีต่อยาต้นแบบ

จากการศึกษาทัศนคติของแพทย์โดยรวมที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ พบว่า แพทย์มีทัศนคติดังนี้

ด้านคุณภาพยา

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.40 ในผลการศึกษาของข้อมูลยี่ห้อเชื่อกี้อและยอมรับในวงการแพทย์ รองลงมาคือความปลอดภัยของยา ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อมั่นต่อบริษัทยาผู้ผลิต ตามลำดับ

ด้านราคา

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านราคาต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบอยู่ในระดับไม่เห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1.87 ซึ่งแปลผลได้ว่า หากแพทย์จะเลือกใช้ยาต้นแบบ จะไม่คำนึงถึงราคาเป็นปัจจัยแรก แต่จะคำนึงถึงประสิทธิภาพการรักษาเป็นเกณฑ์ในการเลือกใช้เป็นสำคัญ

ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.30 โดยจากประสบการณ์และผลการศึกษาของแพทย์ท่านอื่นที่น่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์และจากตัวแพทย์เอง ตามลำดับ

ด้านการสนับสนุนของบริษัทยา

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนของบริษัทยาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.83 ในส่วนของการได้รับแจกตัวอย่างยาเพื่อทดลองใช้ รองลงมาคือข้อมูลสนับสนุนจากการประชุมวิชาการ และจากของแจกที่ระลึก ตามลำดับ

ด้านระบบประกันสุขภาพ

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.67 ในส่วนของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.05

ทัศนคติของแพทย์โดยรวมที่มีต่อยาสามัญ

จากการศึกษาทัศนคติของแพทย์โดยรวมที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญ พบว่า แพทย์มีทัศนคติดังนี้

ด้านคุณภาพยา

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.99 ในเรื่องผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อมั่นต่อบริษัทผู้ผลิต ผลการศึกษาของข้อมูลยานำเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ และลักษณะการนำเสนอข้อมูลยาของผู้แทนนำเชื่อถือ ตามลำดับ

ด้านราคา

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านราคาต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญอยู่ในระดับเห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.81 แปลผลได้ว่า หากแพทย์จะเลือกใช้ยาสามัญจะคำนึงถึงเรื่องราคาที่ถูกกว่าเป็นปัจจัยสำคัญและประสิทธิภาพการรักษาเป็นปัจจัยรองลงมา

ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.01 โดยจากตัวแพทย์เอง และจากประสบการณ์และผลการศึกษาของแพทย์ท่านอื่นที่น่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ ตามลำดับ

ด้านการสนับสนุนของบริษัทยา

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนของบริษัทยาอยู่ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.39 ในส่วนของด้านข้อมูลสนับสนุนจากการประชุมวิชาการและจากของแจกที่ระลึก ตามลำดับ

ด้านระบบประกันสุขภาพ

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.57 ในส่วนของการเบิกจ่ายยาที่มีระบบประกันสุขภาพนโยบาย 30 บาท รองลงมาคือ ระบบประกันสังคม

ด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วย

แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.06

การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาดัชนีแบบกับยาสามัญ

พฤติกรรมที่มีต่อยาดัชนีแบบ

จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานสรุปได้ว่า เหตุผลที่แพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุดคือประสิทธิภาพการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน รองลงมาคือผลการศึกษาของข้อมูลยาเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยา การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา ตามลำดับ

พฤติกรรมที่มีต่อยาสามัญ

จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานสรุปได้ว่า เหตุผลที่แพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ราคาถูกกว่า รองลงมาคือประสิทธิภาพการรักษาเป็นที่น่าพอใจ นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล ประสิทธิภาพในการใช้ยา ความเชื่อถือของผลการศึกษาว่าไม่แตกต่างจากยาดัชนีแบบและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา ตามลำดับ

ความถี่ในการบันทึกการจ่ายยา

ความถี่ในการบันทึกการจ่ายยาโดยเฉลี่ยของแพทย์ให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานครต่อคนไข้ 10 ราย พบว่า แพทย์ได้บันทึกการจ่ายยาที่เป็นยาดัชนีแบบโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 คิดเป็นผู้ป่วยประมาณ 5 คนและยาสามัญมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.18 คิดเป็นผู้ป่วยประมาณ 5 คน ตามลำดับ

แนวโน้มในการเลือกจ่ายยาของแพทย์

แนวโน้มในการเลือกจ่ายยาของแพทย์ที่เป็นยาดัชนีแบบในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังคงจ่ายยาดัชนีแบบให้กับผู้ป่วย 257 คน คิดเป็นร้อยละ 81.80 และมีเหตุผลอื่นๆในการจ่ายยา ได้แก่ การพิจารณาจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ระดับความรุนแรงของโรค การใช้ยาอื่นในการรักษาไปด้วย เป็นต้น โดยมีจำนวนผู้ป่วย 57 คน คิดเป็นร้อยละ 18.20 ตามลำดับ

แนวโน้มในการเลือกจ่ายยาของแพทย์ที่เป็นยาสามัญในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เปลี่ยนเป็นจ่ายยาดัชนีแบบให้กับผู้ป่วย 163 คน คิดเป็นร้อยละ 51.90 มีเหตุผลอื่นๆในการจ่ายยา ได้แก่ การพิจารณาจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ระดับความรุนแรงของโรค การใช้ยาอื่นในการรักษาไปด้วย เป็นต้น โดยมีจำนวนผู้ป่วย 93 คน คิดเป็นร้อยละ 29.60 และยังคงจ่ายยาสามัญให้กับผู้ป่วย 58 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ที่เป็นยาสามัญในด้านราคา การสนับสนุนจากบริษัทฯ และฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 2 ทศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกจ่ายรักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทศนคติที่มีต่อยาต้นแบบสรุปได้ว่า

ด้านคุณภาพยา (ยาต้นแบบ)

ทศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกจ่ายยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกจ่ายยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐานในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกจ่ายยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้น ๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ ราคาถูกกว่า และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกจ่ายยาสามัญในด้านนโยบาย และระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา (ยาต้นแบบ)

ทศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกจ่ายยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ และประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกจ่ายยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และ

ทศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกจ่ายยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านราคาถูกกว่าในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา (ยาต้นแบบ)

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์และการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ราคาถูกกว่าและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ด้านระบบประกันสุขภาพ (ยาต้นแบบ)

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษา

พยาบาลของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ และราคาถูกกว่าในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และ

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย (ยาต้นแบบ)

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการรักษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาของโรงพยาบาลของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านราคาถูกกว่าและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยา

ต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และ

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติที่มีต่อยาสามัญสรุปได้ว่า

ด้านคุณภาพยา (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน และการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านราคาถูกลงและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ และประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และ

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้น ๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา ในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และการได้

รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และ

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์และราคาถูกกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และ

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ และนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาของโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และ

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ ในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านราคาถูกกว่า การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และ

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ด้านระบบประกันสุขภาพ (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ ราคาถูกกว่า และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และ

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกให้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกให้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกให้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านราคาถูกกว่าและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกให้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 3 ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกให้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบ (Original) แตกต่างจากยาสามัญ (Generic)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ว่า

ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกให้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบ (Original) แตกต่างจากยาสามัญ (Generic) ในด้านคุณภาพยา ราคา ยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ และด้านระบบประกันสุขภาพผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่า ทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกให้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบ (Original) ไม่แตกต่างจากยาสามัญ (Generic) ในด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยา รักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลของส่วนตัวแพทย์ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม ครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-35 ปี และมีความชำนาญเฉพาะทางด้านอายุรแพทย์ โดยทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยา รักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ พบว่า

ทัศนคติที่มีต่อยาต้นแบบ

ด้านคุณภาพยา

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านคุณภาพยาในระดับดีมาก ได้แก่ ผลการศึกษาของข้อมูลยานำเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ ความปลอดภัยของยา ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อมั่นต่อบริษัทผู้ผลิต ลักษณะการนำเสนอข้อมูลยาของผู้แทนยานำเชื่อถือ ซึ่งปวีณนุช สุทธิรัตน์ และคณะ (2540) ได้ทำการวิจัยเรื่อง เครื่องมือทางการตลาดที่ใช้ในการส่งเสริมการขาย ในตลาดยาแพทย์ไทย ที่ว่า แพทย์จะเลือกใช้ยาโดยพิจารณาจาก คุณภาพและประสิทธิภาพยาที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้ เป็นอันดับแรกและราคาเป็นปัจจัยรองลงมา

ด้านราคายา

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านราคายาอยู่ในระดับไม่เห็นด้วย ซึ่งแปลผลได้ดังนี้ สำหรับการพิจารณาใช้ยาต้นแบบนั้น แพทย์จะไม่คำนึงถึงราคายา แต่จะคำนึงถึงประสิทธิภาพการรักษาเป็นเกณฑ์มาเป็นปัจจัยแรกในการเลือกใช้ยาให้กับผู้ป่วย โดยมีความคิดว่ายาต้นแบบมีคุณภาพเหนือกว่ายาสามัญ ถึงแม้จะมีราคาสูงก็ตาม ดังนั้น แพทย์จะพิจารณาจากประสิทธิภาพการรักษาของยาเป็นหลัก

ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านประสบการณ์ในการใช้ยาอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ จากประสบการณ์และผลการศึกษาของแพทย์ท่านอื่นที่น่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ และจากประสบการณ์ของตัวแพทย์เองตามลำดับ

ด้านการสนับสนุนของบริษัทยา

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านการสนับสนุนของบริษัทยาอยู่ในระดับดี ได้แก่ จากการที่แพทย์ได้ทดลองใช้ตัวอย่างยาและจากข้อมูลสนับสนุนการประชุมวิชาการ

ด้านระบบประกันสุขภาพ

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านระบบประกันสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพที่เป็นสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Judith K. Hellerstein (1994) ซึ่งศึกษาเรื่อง "The demand for post-patient prescription pharmaceuticals" ซึ่งแพทย์มีความคิดเห็นในการเลือกจ่ายยาต้นแบบต่อคนไข้ที่มีระบบประกัน เนื่องจากเหตุผลดังนี้คือ แพทย์ถือว่าคนไข้ที่มีระบบประกันสุขภาพจากบริษัทประกันคุ้มครองอยู่สามารถจ่ายยาที่มีราคาแพงมาก แม้จะไม่มีค่าใช้จ่ายมากก็ตาม

ด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Judith K. Hellerstein (1994) ซึ่งศึกษาเรื่อง "The demand for post-patient prescription pharmaceuticals" โดยแพทย์มีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยสามารถแบกรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายได้ในการที่แพทย์จะเลือกจ่ายยาต้นแบบได้
ทัศนคติที่มีต่อยาสามัญ

ด้านคุณภาพยา

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านคุณภาพยาอยู่ในระดับดี ได้แก่ ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อมั่นต่อบริษัทผู้ผลิต ผลการศึกษาของข้อมูลยาน่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์ และลักษณะการนำเสนอข้อมูลยาของผู้แทนยาน่าเชื่อถือ ซึ่งปวีณนุช สุทธิรัตน์ และคณะ (2540) ได้ทำการวิจัยเรื่อง เครื่องมือทางการตลาดที่ใช้ในการส่งเสริมการขายในตลาดยาแพทย์ไทย ที่ว่า แพทย์จะเลือกจ่ายโดยพิจารณาจาก คุณภาพและประสิทธิภาพยาที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้ เป็นอันดับแรก และราคาเป็นปัจจัยรองลงมา

ด้านราคายา

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านราคายาอยู่ในระดับเห็นด้วย ซึ่งแปลผลได้ว่า การพิจารณาเลือกจ่ายยานั้น แพทย์จะคำนึงถึงเรื่องราคามาเป็นปัจจัยแรกและประสิทธิภาพในการรักษาเป็นปัจจัยรองลงมา โดยแพทย์จะพิจารณาจากความพร้อมของคนไข้และปัจจัยอื่นๆประกอบในการเลือกจ่ายด้วย

ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านประสบการณ์ในการใช้ยาอยู่ในระดับดี ได้แก่ ประสบการณ์การใช้ยาจากตัวแพทย์เอง ประสบการณ์และผลการศึกษาของแพทย์ท่านอื่นที่น่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์

ด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ ข้อมูลสนับสนุนจากการประชุมวิชาการและจากของแจกที่ระลึก

ด้านประกันสุขภาพ

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านประกันสุขภาพ อยู่ในระดับดี ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพนโยบาย 30 บาท และระบบประกันสังคมโดยแพทย์จะพิจารณาการจ่ายยาสามัญให้กับผู้ป่วยที่มีระบบประกันสุขภาพเช่นนี้เป็นอันดับแรก เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า

ด้านฐานะ / รายได้

แพทย์มีทัศนคติต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานด้านฐานะ / รายได้อยู่ในระดับดี โดยแพทย์มีความคิดเห็นในการเลือกจ่ายยาสามัญโดยดูจากเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยเป็นปัจจัยแรก

3. การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมของแพทย์ในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ พบว่า

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อยาต้นแบบ

เหตุผลในการเลือกจ่ายยาต้นแบบ แพทย์จะพิจารณาจากเหตุผลสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์
3. ประสบการณ์ในการใช้ยา
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาของโรงพยาบาลของผู้ป่วย
5. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยา
6. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา

พฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อยาสามัญ

เหตุผลในการเลือกจ่ายยาสามัญ แพทย์จะพิจารณาจากเหตุผลสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. ราคาถูกกว่า
2. ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ
3. เป็นนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล
4. ประสบการณ์ในการใช้ยา
5. ความเชื่อถือของผลการศึกษาว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ
6. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา

ความถี่และแนวโน้มในการจ่ายยา

ความถี่ในการบันทึกการจ่ายยาโดยเฉลี่ยให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แพทย์เลือกที่จะพิจารณาในการจ่ายยาสามัญให้กับผู้ป่วยมากกว่าและมีแนวโน้มในการเลือกจ่ายยาต้นแบบในกรณีที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมาพบแพทย์ครั้งหน้า ส่วนในกรณีที่แพทย์จะมีแนวโน้มในการเลือกจ่ายยาสามัญในการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการพบว่า แนวโน้มครั้งต่อไปจะเปลี่ยนเป็นจ่ายยาต้นแบบแทน

4. การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการทดสอบสมมติฐานของแพทย์ พบว่า

สมมติฐานข้อที่ 1

ลักษณะข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ คือ อายุ ความชำนาญเฉพาะทาง ประเภทของโรงพยาบาล ที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานของแพทย์ที่แตกต่างกัน

อายุ

อายุแตกต่างกัน มีผลต่อทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยา ราคา ยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ และด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจหมายความว่าแพทย์ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีสถานะ บทบาทที่ต่างกันด้วย เช่นในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาโดยแพทย์ที่มีอายุ 25-35 ปีจะมีประสิทธิภาพในการใช้ยาต่างจากแพทย์อายุมากกว่า 45 ปี เนื่องจาก แพทย์ที่มีอายุน้อยกว่าเป็นแพทย์ที่อยู่ในช่วงกำลังศึกษาต่อ แต่ในขณะที่แพทย์อายุมากกว่าจะเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขานั้น ๆ ดังนั้นการเรียนรู้ ประสิทธิภาพในการใช้ยาจึงแตกต่างกันด้วย แต่พบว่าแพทย์ที่มีอายุแตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติโดยรวมในด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากแพทย์มีความคิดเห็นว่า กรณีที่เลือกจ่ายยาต้นแบบนั้น จะพิจารณาจากความจำเป็นที่ต้องใช้ยานั้น ๆ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีระบบประกันสุขภาพแบบใดก็ตาม

อายุแตกต่างกัน มีผลต่อทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ และด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจหมายความว่าแพทย์ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีทัศนคติแตกต่างกันด้วย เช่น ในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา โดยแพทย์ที่มีอายุมากกว่าจะมีประสิทธิภาพ ทักษะในการใช้ยามากกว่าแพทย์ที่มีอายุน้อย เนื่องจากยังเป็นแพทย์ที่กำลังศึกษาอยู่ แต่พบว่าแพทย์ที่มีอายุแตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติโดยรวมในด้านราคา ยา ด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแพทย์ที่มีทัศนคติต่อการใช้ยาสามัญจะพิจารณาจากความจำเป็นของการใช้ หรือในโรงพยาบาลนั้น ๆ อาจจะไม่มียาต้นแบบ แพทย์จึงจำเป็นต้องจ่ายยาโดยไม่คำนึงถึงฐานะ / รายได้ของผู้ป่วยและในกรณีด้านราคา ยา โดยแพทย์ที่มีอายุ 25 - 35 ปี จะมีทัศนคติในการจ่ายยาสามัญไม่แตกต่างกัน จากแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี เนื่องจากในความเข้าใจของแพทย์ แพทย์มีความเห็นว่ายาสามัญเป็นยาที่มีราคาถูกกว่ายาต้นแบบ ดังนั้นเวลาจะพิจารณาจ่ายยาสามัญจะคำนึงถึงเรื่องราคามาเป็นปัจจัยแรก ๆ

ความชำนาญเฉพาะทาง

ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน มีผลต่อทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยา ราคา ยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านระบบประกันคุณภาพของผู้ป่วย และด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจหมายความว่า แพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางที่ต่างกัน จะมีประสิทธิภาพในการใช้ยาที่แตกต่างกันด้วย เช่น ในกรณีที่แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งจะมีความชำนาญเกี่ยวกับโรคระบบต่อมไร้ท่อ รวมถึงการรักษาผู้ป่วยเบาหวานด้วยจะมีทักษะในการใช้ยาและความชำนาญในการวินิจฉัยโรคได้มากกว่าแพทย์สาขาอื่น ๆ เป็นต้น แต่พบว่าแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันจะมีทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความชำนาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน มีผลต่อทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยา ราคา ยา ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ด้านการสนับสนุน

จากบริษัทยา ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจหมายความว่า แพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางที่ต่างกัน จะมีประสบการณ์ในการใช้ยาที่แตกต่างกัน เช่น แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ จะมีความชำนาญเรื่องโรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อและมีทักษะในการใช้ยาได้มากกว่าแพทย์สาขาอื่น ๆ แต่พบว่าแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ไม่ว่าจะเป็แพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางด้านใดก็ตาม เมื่อจะพิจารณาจ่ายยาสามัญรักษาโรคเบาหวานจะไม่คำนึงถึงฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย เนื่องจากยาสามัญมีราคาถูกกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับยาต้นแบบ

ประเภทของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีผลต่อทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวาน ชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบในด้านคุณภาพยา ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา ด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย และด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเอกชน จะคำนึงถึง ประสิทธิภาพในการรักษา ในส่วนของคุณภาพยา เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐบาล เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐบาลอาจมีข้อจำกัดรายการยาบางตัวในโรงพยาบาลนั้น ๆ ด้วย และในเรื่องของฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย โดยที่ประเภทโรงพยาบาลแตกต่างกัน ทัศนคติของแพทย์ในการพิจารณาจะแตกต่างกันด้วย เช่น ในโรงพยาบาลเอกชน แพทย์จะทราบดีว่าผู้ป่วยสามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายได้ ดังนั้นจึงพยายามเลือกยาที่มีประสิทธิภาพที่ดี แต่จะมีราคาสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับยาสามัญและเป็นวิธีการหนึ่งที่จะรักษาคนไข้ไว้กับแพทย์นั้น ๆ แต่พบว่าแพทย์ที่ทำการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกันจะมีผลต่อทัศนคติโดยรวมด้านราคา ยา และด้านระบบประกันคุณภาพของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีผลต่อทัศนคติโดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวาน ชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญในด้านคุณภาพยา ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา ด้านระบบประกันคุณภาพของผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจหมายความว่า แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลจะคำนึงถึงระบบประกันสุขภาพ เมื่อจะพิจารณาจ่ายยาสามัญ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระบบประกันสุขภาพส่วนตัวหรือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แพทย์สามารถเลือกจ่ายยาประเภทใดก็ได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระบบประกันสุขภาพเป็นนโยบาย 30 บาท และทำการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลรัฐบาล แพทย์จะเลือกจ่ายยาสามัญให้กับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก แต่พบว่าประเภทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกันจะมีผลต่อทัศนคติโดยรวมด้านราคา ยา ด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 2 ทัศนคติของแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ

ด้านคุณภาพยา (ยาต้นแบบ)

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการศึกษาของยานาเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐานในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สห

สัมพัทธ์ เท่ากับ 0.17 ซึ่งปวีณนุช สุทธิรัตน์ และคณะ (2540) ได้ทำการวิจัยเรื่อง เครื่องมือทางการตลาดที่ใช้ในการส่งเสริมการขายในตลาดยาแพทย์ไทย ที่ว่า แพทย์จะเลือกใช้ยาโดยพิจารณาจาก คุณภาพและประสิทธิภาพยาที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้ เป็นอันดับแรกในการพิจารณา

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้น ๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ ราคาถูกกว่า และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านนโยบาย และระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.20

ด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา (ยาต้นแบบ)

ทัศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ และประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนทัศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.29 และ -0.14 ตามลำดับ และทัศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.30

ทัศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาคุณภาพยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านนโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนทัศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้น ๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.12, -0.23, -0.20, -0.14 ตามลำดับ และทัศนคติโดยรวมด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านราคาถูกกว่าในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.12 ซึ่งสอดคล้องกับปวีณนุช สุทธิรัตน์ และคณะ (2540) ได้ทำการวิจัยเรื่อง เครื่องมือทางการตลาดที่ใช้ในการส่งเสริมการขายในตลาดยาแพทย์ไทย ที่ว่า แพทย์จะเลือกใช้ยาโดยพิจารณาจาก คุณภาพและประสิทธิภาพยาที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้ เป็นอันดับแรกในการพิจารณาและราคาเป็นเหตุผลรองลงมา

ด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา (ยาต้นแบบ)

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมี

มาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ และการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัท และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.14 และ 0.14 ตามลำดับ

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ นโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ราคาถูกกว่าและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.18, 0.21 และ 0.16 ตามลำดับ

ด้านระบบประกันสุขภาพ (ยาต้นแบบ)

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.16

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ และราคาถูกกว่าในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.24, 0.14 และ 0.17 ตามลำดับ

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับ

ความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.15

ด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย (ยาต้นแบบ)

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.13, 0.15, 0.23 และ 0.12 ตามลำดับ

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านราคาถูกกว่าและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญนั้น ๆ ว่าจะไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัท ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.13, 0.24 และ 0.19 ตามลำดับ

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้นแบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.42

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติที่มีต่อยาสามัญสรุปได้ว่า

ด้านคุณภาพยา (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน และการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัท และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.15, 0.16, 0.29 และ 0.11ตามลำดับ

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านราคาถูกกว่าและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.17 และ 0.25 ตามลำดับ

ทัศนคติโดยรวมด้านคุณภาพยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านความเชื่อถือของผลการศึกษายาสามัญนั้น ๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบและการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ ในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.30 และ 0.31 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับยิ่งลักษณ์ ก่ออุฒิพงษ์ และ ลัดดา จัตรวิราคม (2538) ได้ศึกษาทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการสนับสนุนจากบริษัทฯ พบว่า ผู้แทนยาควรมีการนำเสนอข้อมูลยาน่าเชื่อถือ เป็นส่วนประกอบในการพิจารณาเลือกใช้ยาด้วย

ด้านประสบการณ์ในการใช้ยา (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการศึกษายาน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.18

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ ในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.16

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์และราคาถูกกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านประสบการณ์ในการใช้ยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านความเชื่อถือของผลการศึกษายาสามัญนั้น ๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ และนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.20, 0.18 และ 0.16 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับปวีณนุช สุทธิรัตน์ และคณะ (2540) ได้ทำการวิจัยเรื่อง เครื่องมือทางการตลาดที่ใช้ในการส่งเสริมการขายในตลาดยาแพทย์ไทย

ที่ว่าวิธีการตลาดที่แพทย์ได้รับจากบริษัทยามากที่สุด คือ การจัดประชุมวิชาการและการให้ตัวอย่างยา เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกใช้ยาของแพทย์

ด้านการสนับสนุนจากบริษัทยา (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านผลการศึกษายานาเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.12, 0.10 และ 0.17 ตามลำดับ

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.49

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านราคาถูกกว่า การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.27, 0.48 และ 0.15 ตามลำดับ

ทัศนคติโดยรวมด้านการสนับสนุนจากบริษัทยาที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านความเชื่อถือของผลการศึกษายาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ และประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ในระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.20 และ 0.30 ตามลำดับ

ด้านระบบประกันสุขภาพ (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยานาเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์ การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.15

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้นๆ ว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ ราคาถูกกว่า และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.25

ทัศนคติโดยรวมด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.12

ด้านฐานะ / รายได้ของผู้ป่วย (ยาสามัญ)

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านการครอบคลุมสวัสดิการรักษายาของโรงพยาบาลและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.12 และ 0.16 ตามลำดับ

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญรักษาผู้ป่วยเบาหวานในด้านราคาถูกกว่าและนโยบายและระเบียบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติโดยรวมด้านฐานะ/รายได้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาสามัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญในด้านประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าสนใจ ความเชื่อถือของผลการรักษาของยาสามัญนั้นๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาในระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.13, 0.17, 0.18 และ 0.15 ตามลำดับ

สมมุติฐานข้อที่3 ทศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับ ประทานของยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญ

ทศนคติของแพทย์โดยรวมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานของยาต้นแบบแตกต่างจากยาสามัญในด้านคุณภาพยา ราคา ยา ประสิทธิภาพในการใช้ยา ระบบประกันคุณภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจหมายความว่า ทศนคติของแพทย์ในการพิจารณาเลือกใช้ยาต้นแบบและยาสามัญ จะพิจารณาถึงปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย และขึ้นอยู่กับว่าทำการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเอกชนหรือรัฐบาล เนื่องจากต้องมีเรื่องค่าใช้จ่ายเข้ามาเกี่ยวข้องในการพิจารณาให้กับผู้ป่วยนั้น ๆ ด้วย เช่น ด้านระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย กรณีเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล และผู้ป่วยมีประกันสุขภาพส่วนตัว หรือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แพทย์จะเลือกจ่ายยากลุ่มใดก็ได้ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยไม่มีระบบประกันสุขภาพดังกล่าว และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐบาลส่วนใหญ่ แพทย์จะเลือกจ่ายยาสามัญเป็นอันดับแรกเป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา ทศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ซึ่งเกี่ยวกับทศนคติของแพทย์ดังนี้

ด้านคุณภาพยา แพทย์มีระดับทศนคติดีมากสำหรับยาต้นแบบและระดับดีสำหรับยาสามัญ ดังนั้นสำหรับผู้ผลิตยาควรจะมีการพัฒนาในเรื่องของประสิทธิภาพรวมถึงความปลอดภัยของยาก่อนออกสู่ตลาดเพื่อให้ตรงตามความต้องการของแพทย์ได้มากที่สุด และเพื่อให้แพทย์มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจต่อบริษัทยาทำให้เกิดความจงรักภักดีต่อผลิตภัณฑ์ในอนาคตต่อไปได้ สำหรับการท้าววิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่าบริษัทผู้ผลิตควรให้ความสำคัญในแง่ของ การวิจัยและพัฒนายาใหม่ ๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพสำหรับการรักษาและทันต่อโรคได้มากขึ้น

ด้านระบบประกันสุขภาพ แพทย์มีระดับทศนคติดีต่อยาต้นแบบและยาสามัญ ในกรณีที่ผู้ป่วยทำการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลมีระบบประกันสุขภาพส่วนตัว หรือมีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แพทย์จะพิจารณาเลือกจ่ายยาต้นแบบเป็นอันดับแรก เนื่องจากมีระบบประกันคอยช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยมีระบบประกันสุขภาพเป็นนโยบาย 30 บาท หรือประกันสังคม แพทย์จะพิจารณาเลือกจ่ายยาสามัญ เป็นอันดับแรกเช่นกัน และนอกจากนี้แพทย์ยังดูเหตุผลอื่น ๆ ประกอบเพื่อที่จะพิจารณาการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละรายไปด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเหตุผลที่แพทย์ยังคงมีความต้องการใช้ยาต้นแบบ แม้ว่าจะมีราคาแพงกว่ายาสามัญ
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบถึงเรื่องคุณภาพยาระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ เพื่อดูความจำเป็นของแพทย์อันเป็นเหตุผลในการตัดสินใจเลือกใช้นั้น ๆ ในประเทศไทย
3. ผลการวิจัยที่ปรากฏนั้นสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ และสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่มีบางตัวที่ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานแต่ก็เป็นความจริงที่เกิดขึ้น จึงควรใช้ข้อมูลมาเป็นแนวทางในการปรับปรุง เพื่อที่จะได้เข้าถึงความต้องการของแพทย์ให้ได้มากที่สุด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. (2527). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- กัลยา วาณิชย์ปัญญา. (2545). *การวิเคราะห์สถิติ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉลอง ภิรมย์รัตน์. (2521). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: ประจักษ์การพิมพ์.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถวิล ธราโคชน. (2526). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ทองใบ สุดชาติ. (2545). *ทฤษฎีองค์การ*. พิมพ์ครั้งที่ 5. อุบลราชธานี: ภาควิชาบริหารธุรกิจ คณะวิทยาการจัดการ.
- เทพนม เมืองแมน และสรวง สุวรรณ. (2529). *พฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ธำรงค์ศักดิ์ หมีนจักร และศรีสง่า กรรณสูตร. (2525). *จิตวิทยาธุรกิจ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บรรณกิจการพิมพ์.
- ธีระ ฉกาจโรดม. (2545). *ตลาดยาเชิงยุทธ์: Pharmarketing*. กรุงเทพฯ: เลิฟ แอนด์ เลิฟ.
- ธีระพร อูวรรณโณ. (2521). *จิตวิทยาสังคมขั้นนำ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิยะดา ชุนหวงค์ และนินนาท โอพารวรุฒ. (2520). *พฤติกรรมศาสตร์ทางธุรกิจ*. กรุงเทพฯ: บางกอกกการพิมพ์.
- นุศราภรณ์ ดติยไพบูลย์. (2538). *Market structure and Pricing policy of antibiotic drugs in Thailand* วิทยานิพนธ์ บธ.ม. (บริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวิณสุข สุทธิรัตน์ และคณะ. (2540). *เครื่องมือทางการตลาดที่ใช้ในการส่งเสริมการขายในตลาดยาแพทย์ใช้*. วิทยานิพนธ์ บธ.ม. (บริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชนี วรกวิน. (2526). *จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการปฏิบัติการ*. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช.
- ไพบูลย์ เขาวรรักษ์. (2528). *จิตวิทยาการศึกษาพฤติกรรมภายในและภายนอก*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวิวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์. (2533). *การวัดทัศนคติเบื้องต้น*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ระบบยาของประเทศไทย. (2545). กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ลัดดา กิติวิภาต. (2525). *ทัศนคติทางสังคมเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.
- ลิขิต กาญจนภรณ์. (2525). *พื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *การวิจัยเชิงปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- วิไลวรรณ วรรณนิธิกุล. (2532). *เศรษฐศาสตร์อุตสาหกรรมและทฤษฎีต้นทุน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.
- วุฒิชัย จำนงค์. (2520). *แนวความคิดเรื่องพฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพฯ: เจริญรัตน์การพิมพ์.
- ศรีเพ็ญ ดันติเวสส. (2545). "การใช้ยาสามัญทุกตนยาต้นแบบในโรงพยาบาลรัฐเอกชนในประเทศไทย". *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. หน้า 32-43.
- ศุภร เสรีรัตน์. (2544). *พฤติกรรมผู้บริโภค*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอ. อาร์. บีซิเนสเพรส.

- สุชา จันทน์เอม. (2524). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชา จันทน์เอม. (2536). *จิตวิทยาทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาดา สุธรรมรักษ์. (2531). *จิตวิทยาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2545). "การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543". กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อรพรรณ มาตังคสมบัติ. (2544). *ยาที่ใช้ในโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงเทียนการพิมพ์.
- Allport, G.W. (1935). *A Handbook of Social Psychology*. Wordester, Massachusettes. Clark University Press.
- Boylan,E. (1991). *Women and Disability*. New Jersey. Zed Book Ltd.
- Campbell, D. T. (1963). *A Study of a Science*. New York. McGraw-Hill.
- Deepochanawong C, Kornthong P, Ngawngamrat S, et al. (1997). *Microvascular and acute complications in IDDM patients: 76*.
- Insko, C.A. (1967). *Theories of Attitude Change*. New York. Appleton.
- Judith K. Hellerstein. (1994) *The demand for post-patent prescription pharmaceuticals*. Working paper No. 4981 National Bureau of Economic Research.
- Nitiyamant W, Vannasaeng S, Vicharamrat A, Sriussadaporn S, Piraphatdist T,Komoltri C. (1992). *Management of diabetes mellitus in Siriraj diabetic clinic: 46-50*.
- Swaddiwudhipong W, Mahasakpan P, Chaovakiratiprong C, et al. (1999). *Screening assessment of persons 40-59 years of age in rural Thailand: 131-139*.
- Thai Health Research Institute. (1996). *Report of the First National Health Examination Survey 1991-1992:107-110*.
- Vamasaeng S, Viritavejakul A, Pongvarin N. (1986). *Prevalence of diabetes mellitus in urban community of Thailand: 131-138*.

การคำนวณ

ภาคผนวก ก

แบบวัดทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวาน
ชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบกับยาสามัญ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

แบบสอบถาม

เรื่อง ทศนคติและพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ในเขตกรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม เพราะความคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่จะช่วยให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาแสดงความคิดเห็นในครั้งนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. อายุ

- () 25-35 ปี
- () 36-45 ปี
- () มากกว่า 45 ปี

2. ขณะนี้ท่านเป็นแพทย์เฉพาะทางด้าน

- () แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- () อายุรแพทย์
- () แพทย์โรคระบบต่อมไร้ท่อ
- () แพทย์โรคไต
- () แพทย์โรคหัวใจ
- () อื่นๆ โปรดระบุ.....

3. ประเภทของโรงพยาบาล

- () รัฐบาล
- () เอกชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน
ระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยา
รักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) โดยทำ
เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีระดับความคิดเห็น
ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ทัศนคติของท่านในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานพิจารณาจาก	หากจะเลือกใช้ยาต้นแบบ (Original)				หากจะเลือกใช้ยาสามัญ(Generic)			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
คุณภาพยา								
1. ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจ								
2. ผลการศึกษาของข้อมูลยาน่าเชื่อถือและยอมรับในวงการแพทย์								
3. ความปลอดภัยของยา (safety profile)								
4. ความเชื่อมั่นต่อบริษัทยาผู้ผลิต								
5. ลักษณะการนำเสนอข้อมูลยาของผู้แทนยาน่าเชื่อถือ								
ราคา								
6. ท่านคำนึงถึงราคามากกว่าประสิทธิภาพการรักษาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวาน								

ส่วนที่3แบบสอบถามพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ระหว่างยาต้นแบบ (Original) กับยาสามัญ (Generic) ในเขตกรุงเทพมหานคร

1. ท่านคิดว่าเหตุผลใดต่อไปนี้ที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาต้นแบบ(Original) ของท่านมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ตรงกับขีดระดับความสำคัญของท่าน

เหตุผลของท่านในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้นแบบ(Original) พิจารณาจาก	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ประสิทธิภาพในการรักษาเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน					
2. ผลการศึกษาของยาน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์					
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของท่าน					
4. การครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลของผู้ป่วย					
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ					
6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริษัทฯ					

2. ท่านคิดว่าเหตุผลใดต่อไปนี้ที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่เป็นยาสามัญ(Generic) ของท่านมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ตรงกับขีดระดับความสำคัญของท่าน

เหตุผลของท่านในการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญ(Generic) พิจารณาจาก	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ					
2. ความเชื่อถือของผลการศึกษาของยาสามัญ (Generic) นั้น ๆว่าไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ(Original)					
3. ประสบการณ์ในการใช้ยาของท่าน					
4. ราคาถูกกว่า					
5. การได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ					
6. นโยบายและระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล					

3. ความถี่ในการบันทึกรายการจ่ายยาโดยเฉลี่ยให้กับคนไข้เบาหวานจากคนไข้ 10 ราย คิดเป็นยาต้นแบบ (Original) ประมาณ ราย
4. ความถี่ในการบันทึกรายการจ่ายยาโดยเฉลี่ยให้กับคนไข้เบาหวานจากคนไข้ 10 ราย คิดเป็นยาสามัญ (Generic) ประมาณ ราย
5. ในคนไข้รายเดิมที่เคยได้รับยาต้นแบบ(Original) รักษาเบาหวานแล้วประสิทธิภาพในการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจของท่าน แนวโน้มในการเลือกจ่ายยาค้างต่อไปจะเป็นอย่างไร
 - () เปลี่ยนจ่าย generic แทน
 - () ยังคงจ่าย original
 - () ไม่แน่แล้วแต่กรณี โปรดระบุ.....
6. ถ้าคนไข้เคยได้รับยาสามัญ (Generic) ไปแล้วประสิทธิภาพในการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจของท่านแนวโน้มในการเลือกจ่ายยาค้างครั้งหน้าท่านจะ
 - () เปลี่ยนจ่าย original แทน
 - () ยังคงจ่าย generic
 - () ไม่แน่แล้วแต่กรณี โปรดระบุ.....

ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม

รายชื่อ	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. รองศาสตราจารย์ ศิริวรรณ เสรีรัตน์	ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิตภาควิชาบริหารธุรกิจ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. อาจารย์ ดร.วรางคณา อติศรประเสริฐ	คณะกรรมการบริหารหลักสูตรบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิตภาควิชาบริหารธุรกิจ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ภาคผนวก ค
หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/4๙๙๘

วันที่ ๙/ เมษายน 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะสังคมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวศุภานันท์ เลี้ยงสุพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “ทัศนคติ และพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาดั้แบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์สุพาดา สิริกุดตา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และ อาจารย์วรางคณา อศิสรประเสริฐ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมของแพทย์ที่มีต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานระหว่างยาดั้แบบกับยาสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบสอบถามให้ นางสาวศุภานันท์ เลี้ยงสุพงศ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาพรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวศุภานันท์ เลี้ยงสุพงศ์
วันเดือนปีเกิด	11 มกราคม 2517
สถานที่เกิด	สุราษฎร์ธานี
สถานที่เกิดปัจจุบัน	161 มงคลนิเวศน์ ถ.งามวงศ์วาน ลาดยาว จตุจักร กรุงเทพฯ ๙ 10900
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2531	มัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนศิลาจารพิพัฒน์
พ.ศ. 2534	เภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต
พ.ศ. 2547	บริหารธุรกิจมหาบัณฑิตสาขาการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร