



Wg 113033



รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา
ของประชาชน จังหวัดอุดรธานี



ณัฐฐิติห์ ศรีจันทร์แก้ว

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

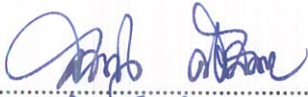
สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
วันที่รับเข้า..... 23 ต.ค. 2557
เลขที่รับเข้า..... 235435
เลขเรียกหนังสือ..... ๑ 615 ๐6 113 5

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ๑.2
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ นายณัฐฐิติห์ ศรีจันทร์แก้ว แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(รศ.ดร.สุวกิจ ศรีปัดดา)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

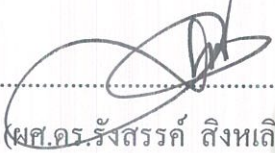
(ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย)



(ผศ.ดร.เกรียงศักดิ์ ไพรวรรณ)

กรรมการ

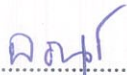
(ผู้ทรงคุณวุฒิ)



(ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ)

กรรมการ

(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)



(ดร.อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียร)

กรรมการ

(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม)

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY
มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์เล่มนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม



(ผศ.ดร.พรทิพย์ วรกุล)

คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์



(ผศ.ดร.เกรียงศักดิ์ ไพรวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
30 พ.ย. 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ชื่อเรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัย ณัฐฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว ปริญญา ปร.ค. (ยุทธศาสตร์การพัฒนามุมภาค)

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ดร.อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี 2) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี และ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและส่งผลทางอ้อม ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุ 5 ปัจจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีสิทธิ์เลือกตั้ง ในเขตจังหวัดอุดรธานี จำนวน 400 คน ผู้วิจัยได้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random sampling) เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) และใช้รูปแบบการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) ใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significant .05) ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 20 คน ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) และอภิปรายผลทั้งหมดในที่ประชุมใหญ่ร่วมกันพิจารณา (Brain Storming) แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอีกครั้งให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนในพื้นที่อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 36 คน เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Variance : MANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 5 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม ดังนี้ ปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้จ่าย (0.39) ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้จ่าย (0.22) ปัจจัยด้านความตระหนัก (0.11) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับใช้จ่าย (0.09) และ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (- 0.06)
2. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 7 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรม รู้เรื่องยา 2) กิจกรรม สอนได้ บอกถูก 3) กิจกรรม 5 ส. 4) กิจกรรม คนเรา ตัวเรา 5) กิจกรรม เชื่อมบ้าน 6) กิจกรรม เป้าหมายมีไว้พุ่งชน และ 7) กิจกรรม บทบาทสมมติ
3. หลังการทดลองใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่าย มีความตระหนัก มีการให้คำแนะนำการใช้จ่าย และมีเจตคติต่อการใช้จ่าย สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งการทดสอบโดยรวม (Multivariate Test) และการทดสอบทีละตัวแปร (Univariate Test)

Title : A Model of Development for Drugs Use Behavior of People in Udon Thani Province.

Author: Natthasri Srijunkaew **Degree :** Ph.D.(Regional Development Strategies)

Advisors: Asst. Prof. Dr. Rungson Singhalert Chairman

 Dr.Orranuch Wongwatthanasathain Committee

RAJABHAT MAHA SARAKHAM UNIVERSITY, 2014

ABSTRACT

This research aimed 1) to analyze causal factors affecting drugs use behavior of people in Udon thani province, 2) to design a model of development for drugs use behavior of people in Udon thani province, and 3) to implement and evaluate the model of development for drugs use behavior of people in Udon thani province. The research methodology was divided into 3 phases. 1) analysis of causal factors, 2) design of a model and 3) implementation and evaluation of a new model. Phase 1 focused on analyzing causal factors that affecting drugs use behavior of people in Udon thani province through quantitative research, and analyzing the relationships between the causal factors to the empirical data. The target population of consisted 400 people in Udon thani province. The data were collected by questionnaires. LISREL for windows was used to analyze a structural equation model. The causal factors affecting the dependent variables were analyzed with the empirical data. Phase 2 focused on designing a model of development for drugs use behavior of people in Udon thani province for drugs use behavior of people based on the data of phase 1. The model was designed through workshop of 20 participants. The focus group method was employed for discussion on the model of development for drugs use behavior of people, and the developed model was assessed by three experts. Phase 3 focused on implementing and evaluating the model. The model was implemented to 36 experimental participants, and the model evaluation was identified by the comparison of the research results before and after model implementation, and the comparison of the results of the experimental groups and control group. Multivariate Analysis of Covariance was employed for data analysis.

The major findings were as follows:

1. According to the analysis of the relationship and the empirical data, the finding showed that 5 factors significantly affected the drugs use behavior of people in Udon thani province at the .05 level. The factors were Attitudes(0.39), Suggests(0.22), Awareness(0.11), Knowledge(0.09) and Education (-0.06).

2. The model of development for drugs use behavior of people in Udon thani province consisted of 7 activities : 1) Learning about Drugs, 2) Teach true, 3) 5 S Activities, 4) Myself, 5) Home visit, 6) Goal for Tag, and 7) Role playing

3. The research finding indicated that the mean score of drugs use behavior of the experimental group after the model implementation towards drugs use behavior significantly improved more than before the model implementation at the .05 level of statistical significance both Multivariate Test and Univariate Test



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความช่วยเหลือและแนะนำสม่ำเสมออย่างดียิ่ง จาก ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร.อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียร อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ดร.ไชยเรศ บัวใหญ่รักษา ดร.วิชัย สายรักษา นายแพทย์สมิต ประสันนาการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี นายแพทย์กังวาล วงศ์ศรีมีเดือน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อำเภอน้ำโสม นายชาติรี เบญจจินดา หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำโสม ที่ให้ความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือในการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญระดมพลังปัญญาวิวัฒน์ เป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณนายอำเภอน้ำโสมและเจ้าหน้าที่ทุกคนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ได้อำนวยความสะดวกด้านการจัดเก็บข้อมูล และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม โครงการ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ ดร.สุนันท์ สาคร และ ดร.กมลวรรณ สาคร ที่เป็นตัวอย่างอันดียิ่งในการศึกษา พร้อมด้วย คุณพันธ์เพชร ศรีจันทร์แก้ว ภรรยา และบุตรสาวทั้งสองของข้าพเจ้าที่ได้คอยเป็นกำลังใจ คอยดูแล และให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จการศึกษาด้วยความภาคภูมิใจ

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อเส็ง ศรีจันทร์แก้ว คุณแม่ท่อน ศรีจันทร์แก้ว และญาติพี่น้องทุกคนที่ ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา อนึ่งคุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิตาแด่บุพการีบูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาตราบนานเท่าทุกวันนี้

ณัฐฐิติห์ ศรีจันทร์แก้ว

สารบัญ

หัวเรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
ABSTRACT	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภาพ	ญ
สารบัญภาพภาคผนวก	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
บริบททั่วไปของจังหวัดอุดรธานี	12
ยุทธศาสตร์การพัฒนา	20
แนวคิดเกี่ยวกับยา	29
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน	56
พฤติกรรมการใช้ยา	99
กระบวนการสร้างและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมความรู้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน	107
กรอบแนวคิดในการวิจัย	120

หัวข้อเรื่อง	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	125
การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี	125
การวิจัยระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี	136
การวิจัยระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผล รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี	137
กระบวนการวิจัย เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี	139
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	140
การวิจัยระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบจำลองพฤติกรรม การใช้ยา ของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ที่เป็นตัวแปรผลลัพธ์	140
การวิจัยระยะที่ 2 การยกร่างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี	154
การวิจัยระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนา พฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี	178
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	188
วัตถุประสงค์การวิจัย	188
สมมติฐานการวิจัย	188
วิธีดำเนินการวิจัย	189
สรุปผลการวิจัย	191
อภิปรายผล	191
ข้อเสนอแนะ	200
บรรณานุกรม	201
ภาคผนวก	208
ภาคผนวก ก แบบสอบถามเพื่อการวิจัยและแบบสอบถามเพื่อคัดเลือกกิจกรรม	209
ภาคผนวก ข หนังสือเชิญราชการ	217

หัวเรื่อง

หน้า

ภาคผนวก ค รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิร่วมวิพากษ์รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา ของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ในเบื้องต้น	222
ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	224
ภาคผนวก ง ภาพกิจกรรมประกอบงานวิจัย	236
ประวัติผู้วิจัย	241



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรในอำเภอน้ำโสม	18
2	จำนวนผู้มีสิทธิ์เลือกตั้งในพื้นที่อำเภอ น้ำโสม จังหวัดอุดรธานี	18
3	การแบ่งประเภทของยา	41
4	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างแยกจำนวนตามอำเภอ จำนวนประชากรผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป	127
5	จำนวนร้อยละค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	141
6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติความเบ้ (Skewness) และค่า ความโค้ง (Kurtosis) ของตัวแปรแปร	144
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปร	145
8	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระทุกตัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ที่วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression	146
9	ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of Determination)	147
10	แสดงความสัมพันธ์ของการดำเนินการวิจัยที่จะให้ได้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน ในการวิจัย ระยะการวิจัยที่ 2 และ 3	149
11	ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบสุดท้ายของการวิจัย	150
12	ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผล	151
13	รายชื่อและตำแหน่งของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยในระยะที่ 2	155
14	ทิศทางการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาจังหวัดอุดรธานี	157
15	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ	174
16	ประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในกลุ่มทดลอง	179
17	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง	183
18	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทีละตัวแปรแบบและการทดสอบตัวแปรรวม	184
19	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทีละตัวแปรแบบและการทดสอบทีละตัวแปร Univariate Test	185

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่

หน้า

1	แผนที่แสดงพื้นที่อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี	13
2	ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนัก	74
3	ข้อมูลบนฉลากยาโดยทั่วไป	85
4	องค์ประกอบของเจตคติ	91
5	ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร ของ Tabá	112
6	รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของเซเลอ	113
7	รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของโอติว	115
8	รูปแบบการจัดอบรมมัคคุเทศก์อย่างยั่งยืน	120
9	กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 1	123
10	แสดงความสัมพันธ์ของการดำเนินการวิจัย ระยะที่ 2 และ 3	124
11	แสดงขั้นตอนการวิจัยทั้ง 3 ระยะ	139
12	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี เป็นตัวแบบตั้งต้น	148
13	รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่ปรับปรุงใหม่	149
14	แบบจำลองปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการพฤติกรรมการใช้ยาประชาชน จังหวัดอุดรธานี	153
15	รูปแบบการพัฒนาความรู้ ของประชาชน ในการใช้ยา	168
16	รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	175
17	กระบวนการดำเนินการวิจัย รูปแบบการจัดการพฤติกรรมการใช้ยา จังหวัดอุดรธานี	187

สารบัญภาพภาคผนวก

ภาพภาคผนวกที่	หน้า
1 นพ.สมิต ประสันนาการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุรธานี เยี่ยมให้กำลังใจ	237
2 เกศัชกร ชาญบุท พलगวัน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลน้ำโสม วิทยากร	237
3 กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม	238
4 FOCUS GROUPS	238
5 BRAIN STORMING AND WORKSHOPS คัดเลือกรูปแบบการพัฒนา ร่วมกับ STAKEHOLDERS	238
6 ผู้ร่วมกิจกรรมในกลุ่มทดลอง ร่วมลงทะเบียน	239
7 วิทยากร ให้ความรู้ สอนได้ บอกถูก	239
8 วิทยากร ให้ความ รู้เรื่องยา	239
9 นางอปริญา วงษ์ใหญ่ ปลัดอำเภอน้ำโสม ประธานพิธีเปิดโครงการ ในการวิจัยระยะที่ 3	240
10 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ในกลุ่มทดลอง	240

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โดยธรรมชาติ เมื่อมนุษย์เกิดความเจ็บป่วยขึ้นมาเมื่อใดก็จะหาทางทำให้บรรเทาหรือหายขาดไปด้วยวิธีการต่าง ๆ บางคนอาจจะไปพบแพทย์ บางคนอาจจะหาซื้อยารับประทานเอง บางคนอาจจะหาสมุนไพรมาใช้ หรือแม้กระทั่งบางคนอาจจะบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือใช้กรรมวิธีทางไสยศาสตร์ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อของแต่ละบุคคล ในปัจจุบันยามีบทบาทกับชีวิตประจำวันของมนุษย์มากเนื่องจากสาเหตุหลายประการ กล่าวคือเมื่อความก้าวหน้าทางวิทยาการต่างๆ ทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดีและมีชีวิตยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตามมนุษย์กลับมีโอกาสออกกำลังกายน้อยลงและต้องสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของโรคต่างๆ มากขึ้น จึงเป็นเหตุให้เกิดความเจ็บป่วยต่างๆ เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยนั้นมากขึ้น จนการบริการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ มิได้เพียงพอกับความต้องการ ประกอบกับการใช้บริการดังกล่าว จากโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงแก้ปัญหาด้วยการหาซื้อยา ตามร้านขายยาและกลายเป็นเหมือนวัฒนธรรม การรักษาโรคด้วยตนเอง ในสังคมไทยจะเห็นได้ว่า ปัจจุบันยากลายเป็นปัจจัยจำเป็นอย่างหนึ่ง ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วย ดังนั้นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับยาจะมีส่วนช่วยอย่างมากให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัย(ประวัติการใช้ยา. <http://www.sabayoihospital.go.th/> สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2556)

จากความสำคัญในพฤติกรรมการใช้ยาองค์การอนามัยโลกได้เลือกการดื้อยาจุลชีพเป็นหัวข้อสำหรับวันอนามัยโลก ปี 2011 เพื่อเน้นถึงความสำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะกำลังแสดงให้เห็นถึงการดื้อยา ซึ่งเป็นสาเหตุที่คุกคามต่อการรักษาและการควบคุมโรคติดต่อ การพัฒนาของปัญหาการดื้อยาที่ใช้สำหรับการรักษาโรคมalaria วัณโรค และ การติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ การดื้อยามีสาเหตุหลักมาจาก การใช้ยาผิดซึ่งรวมไปถึง ใช้ยาในระยะสั้นเกินไป ปริมาณน้อยเกินไป ศักยภาพไม่เพียงพอ หรือใช้ยาผิดโรค ผลกระทบของการดื้อยาในเชื้อจุลินทรีย์นั้นรุนแรงในแง่ของค่าใช้จ่าย ความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิต ประเทศไทยประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับแรก เมื่อปี พ.ศ.2524 มีสาระสำคัญ คือ นโยบายยาหลักประกันแห่งชาติและการพึ่งตนเองด้านยา โดยจัดให้มียาปลอดภัย มีคุณภาพดีในราคาพอสมควรกระจายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะยาสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน รวมถึงการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศ และการพัฒนายาสมุนไพรและยาแผนโบราณ ต่อมาได้ประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยา ฉบับที่ 2 ใน พ.ศ. 2536 โดยคงสาระสำคัญตามนโยบาย

ฉบับเดิม แต่แก้ไขเพิ่มเติมให้ครอบคลุมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาตามบัญชียาหลัก
 แห่งชาติ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาด้วย ต่อมามีการพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554
 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติพ.ศ. 2555- 2559 ขึ้น โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยา
 แห่งชาติ ซึ่งแต่งตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
 พ.ศ. 2551 เพื่อปรับปรุงนโยบายแห่งชาติด้านยาให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป
 และเกิดการพัฒนาระบบยาอย่างเป็นเอกภาพและต่อเนื่อง โดยการพัฒนานโยบายได้ผ่านกระบวนการ
 จัดทำอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และผนวกยุทธศาสตร์ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่
 เกี่ยวข้องรวมเข้าไว้ในยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้แก่ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
 2551 เรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย โดยร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึง
 ยาถ้วนหน้าของประชากรไทย มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 1) เรื่องการยุติการส่งเสริมการ
 ขายยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพผู้ป่วย และ 2) เรื่องการพัฒน
 การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของ
 ประเทศคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน จากนั้นคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้เสนอ
 นโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าวในการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2554 ซึ่ง
 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบต่อนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
 ตามที่คณะกรรมการเสนอ และมอบหมายคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเป็นเจ้าภาพหลักใน
 การกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ตัวชี้วัดและกลไกติดตามประเมินผลต่อไป(พิพัฒน์ ยิ่งเสรี. 2554 : ก)
 นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555
 - 2559 มีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้มาตรฐาน โดยการ
 ประกันสุขภาพภาพ ความปลอดภัยและประสิทธิผลของการสร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างสม
 เหตุผล การส่งเสริมการเข้าถึงยาจำเป็นให้เป็นไปอย่างเสมอภาค ยั่งยืน ทันการณ์ การสร้างกลไก
 การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและอุตสาหกรรมยามีการพัฒนาจนประเทศสามารถพึ่งตนเองได้
 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในฐานะเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเห็น
 ความสำคัญของการเผยแพร่ นโยบายแห่งชาติด้านยาฯ ไปยังผู้เกี่ยวข้องจึงได้จัดทำหนังสือ“นโยบาย
 แห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบยาแห่งชาติพ.ศ. 2555 – 2559 ”ขึ้น และ
 หวังว่าหน่วยงานรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะร่วมกันขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินการตาม
 นโยบายแห่งชาติด้านยาฯ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายแห่งชาติด้านยาต่อไป
 (พิพัฒน์ ยิ่งเสรี. 2554 : ข)

ยารักษาโรคเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากต่อการดำรงชีวิต แต่ก็อาจก่อให้เกิดโทษมหันต์ได้หาก
 ใช้อย่างไม่ถูกต้อง ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาของคนไทยที่พบบ่อย ได้แก่ การแพ้ยา ใช่ว่า

เสื่อมคุณภาพ ใช้ยาเกินขนาด หรือการได้รับปริมาณยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม เช่น มากไป หรือน้อยไป และการใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรค เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความไม่เข้าใจและพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของตัวผู้ป่วยเอง ในอีกมุมหนึ่งนั้นปฏิเสธไม่ได้ว่า ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา ของผู้ป่วยอาจเกิดจากระบบสาธารณสุขและการให้บริการทางเภสัชกรรมที่ทำให้ได้ไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะโรงพยาบาลต่างจังหวัด เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยยังขาดแคลนอัตรากำลังของเภสัชกรประจำโรงพยาบาลอยู่มาก ชิดา นิงสานนท์ กล่าวว่า ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของตัวผู้ป่วยว่า อาจเกิดจากความรู้อันไม่ถึงการตีความเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือความเชื่อแบบผิด ๆ ของผู้ใช้ยา โดยกล่าวถึง “10 พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยที่พบบ่อยในคนไทย” ได้แก่ 1) **ปรับขนาดยาเองตามใจชอบ** ด้วยความเชื่อที่ว่ารับประทานยามากดี เมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็หยุดยาเอง เช่น บางคนความดันเลือดสูง พอรับประทานยาแล้วความดันลดลง ก็ลดยาเองไม่ยอมรับประทานต่อตามแพทย์สั่ง ความดันก็จะสูงขึ้นอีกหรือยาบางอย่าง เช่น ยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อ ซึ่งต้องรับประทานให้หมดตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยบางคนพอรับประทานไปได้ระยะหนึ่ง อาการหายาก็หยุดยาเอง ผลคือเกิดเชื้อดื้อยาขึ้น ครั้งต่อไปต้องใช้ยาที่แรงขึ้น เป็นต้น หรือในทางตรงข้ามเชื่อว่รับประทานยามากแล้วหายเร็ว จึงเพิ่มขนาดยาเอง ผลคือความดันอาจลดลงต่ำจนเกิดอันตรายได้ 2) **นำยาของคนอื่นมาใช้** ด้วยความเอื้อเฟื้อจากเพื่อนบ้าน หรือคนในบ้านเดียวกัน เมื่อฟังว่ามีอาการเหมือนกัน ก็ขอยาที่เพื่อนใช้มาทดลองใช้บ้าง โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ว่าอาการที่เหมือนกันนั้นอาจมาจากสาเหตุที่ต่างกัน ซึ่งนอกจากโรคไม่หายแล้วยังเสี่ยงต่อการเกิดการแพ้ยา หรือเกิดอาการข้างเคียงจากยาอีกด้วย 3) **ไม่พร้อมฟังคำอธิบายจากเภสัชกร** พฤติกรรมนี้พบบ่อยมาก เวลาผู้ป่วยมารับยาที่ห้องยาตามสถานพยาบาล ผู้ป่วยมักจะรีบกลับบ้าน ไม่สนใจว่าเภสัชกรจะอธิบายวิธีใช้อย่างไรเพราะเข้าใจว่าอ่านฉลากเองได้ แต่เมื่อกลับไปบ้านแล้วมีข้อสงสัยวิธีการใช้ ก็ไม่ทราบจะถามใคร ซึ่งในบางกรณีแพทย์อาจเปลี่ยนชนิดของยาหรือเปลี่ยนขนาดที่เคยใช้เคยเดิม ก็อาจไม่ทราบเพราะเคยใช้อยู่อย่างไรรู้ใช้ในขนาดเดิมนั้น ไม่ได้อ่านฉลากยาให้ละเอียด หรือบางครั้งรับประทานยาเดิมที่แพทย์สั่งหยุดแล้วกลับไปกับยาใหม่อีก ทำให้ได้ยาเกินขนาด หรือบางครั้งยามีอาการข้างเคียงที่เภสัชกรจะบอกให้ทราบล่วงหน้าเพื่อเป็นการสังเกตอาการ หรือไม่ต้องกังวลเมื่อเกิดอาการดังกล่าว แต่ไม่มีโอกาสบอกเพราะผู้ป่วยไม่พร้อมรับฟัง 4) **เก็บยาไม่ถูกต้อง** เมื่อรับยามาจากสถานพยาบาลหรือซื้อยามาแล้วทิ้งไว้ในรถซึ่งจอดกลางแจ้ง หรือเข้าใจว่ายาทุกชนิดควรเก็บไว้ในตู้เย็น หรือในช่องแข็ง ทำให้ยาเสื่อมก่อนถึงวันหมดอายุ ประสิทธิภาพยาลดลง 5) **ไม่ดูวันหมดอายุ** เวลาซื้อยา ทุกครั้งที่ซื้อยาต้องหาดูวันหมดอายุที่แผงหรือขวดยา หรือหลอดบรรจุยา ให้มั่นใจว่ายาที่ซื้อไปยังไม่ถึงวันหมดอายุ อย่างน้อยที่สุด 6 เดือนถึง 1 ปี 6) **ลืมรับประทานยา** โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาจำนวนมากมักลืมรับประทานยามื้อกลางวันบ่อยที่สุด หรือมักลืม

รับประทานยาก่อนอาหาร ซึ่งยาบางอย่างจำเป็นต้องรับประทาน ก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงถึงหนึ่ง ชั่วโมง เพราะยาจะถูกดูดซึมดีตอนท้องว่าง หรือยาบางชนิดเพื่อให้ออกฤทธิ์พอดีเวลาอาหาร

7) ใ้ยาไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาที่มีเทคนิคพิเศษในการใช้ ทำให้ใ้ยาไม่ได้ผล เช่น ยาฟันป้องกัน การจับหัด ซึ่งมีชนิดต่าง ๆ มากมาย เป็นต้น 8) ไม่นำยาเก่ามาด้วยเวลามารักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้บางครั้งไม่ได้รับยาที่รับประทานต่อเนื่องเพื่อรักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิม แต่ครั้งนี้มารับการรักษาอาการอื่น แพทย์เองก็ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไรอยู่ก่อน 9) ขอบไปรับการรักษาจากหลายสถานพยาบาล ทำให้ได้รับยาซ้ำซ้อน บางครั้งยังมีปฏิกิริยากัน อาจเสริมฤทธิ์กันหรือทำให้ฤทธิ์ยาลดลง และ10) เชื่อว่าการใ้ยาดีกว่าการป้องกันการเกิดโรค คนส่วนใหญ่ชอบที่จะได้รับยาจากแพทย์ เพื่อรักษามากกว่าการรับฟังคำแนะนำการดูแลรักษาตัวเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งแท้จริงแล้ว การป้องกันการเกิดโรคมักดีกว่า หรือถึงแม้รับประทานยาเพื่อรักษาโรคเรื้อรังอยู่แล้วก็ไม่ระวังดูแลตนเอง เพราะ คิดว่าหากมีอาการมากขึ้นก็เพิ่มขนาดยาเข้าไปอีก ลืมคิดไปว่ายามีทั้งคุณและโทษ ไม่ควรใ้ยาโดยไม่จำเป็น หรือหากต้องใ้ยาก็ต้องใ้ยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่กล่าวมาเป็นเพียงพฤติกรรมส่วนหนึ่งที่พบบ่อยในคนไทย ซึ่งผู้ป่วยและผู้ใ้ยาจะต้องช่วยกันดูแลตนเอง หากไม่เข้าใจ หรือมีปัญหาจากการใ้ยา ควรขอคำปรึกษาจากเภสัชกร เพื่อลดปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใ้ยา โดยเฉพาะยาที่มีเทคนิคพิเศษ และยารักษาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายชนิด (วิพิน กาญจนการุณ, : <http://z.about.com> สืบค้นวันที่ 1 มิถุนายน 2556)

พฤติกรรมกรใ้ยาของมนุษย์ถูกกำกับ โดยปัจจัยทางสุขภาพคือความเจ็บป่วยของร่างกายและปัจจัยทางจิตวิทยาคือสภาพแวดล้อมสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้คือ

- 1) การใ้ยาทางการแพทย์ หมายถึง การใ้ยาที่อิงวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ โดยเป็นการใ้ยาเพื่อรักษาหรือป้องกัน โรคที่วินิจฉัยแล้วโดยแพทย์ในกระบวนการรักษาโรคในโรงพยาบาลหรือคลินิก หรือการใ้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยตัวผู้ป่วยเองอย่างถูกต้องหลักการ
- 2) การใ้ยาคลาดเคลื่อนหลักการแพทย์ หมายถึงการใ้ยาที่ยังอิงวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ แต่การใ้ยาดังกล่าวไม่ถูกหลักการแพทย์ เช่น การใ้ยาขนาดต่ำหรือสูงกว่าที่แพทย์สั่ง การใ้ยาปฏิชีวนะไม่ครบกำหนดเวลา การใ้ยาสมุนไพรโดยไม่มีหลักฐานยืนยันสรรพคุณที่เชื่อถือได้ หรือการใ้ยานอนหลับและยาคลายกังวลพร้าหรือโดยไม่จำเป็น เป็นต้น สาเหตุของการใ้ยาอาจเกิดจากความไม่รู้จริง ความเข้าใจผิด หรือการเชื่อคำชักชวนหรือโฆษณา 3) การใ้ยานอกทางการแพทย์หรือการใ้ยาในทางที่ผิด หมายถึงการใ้ยาที่ไม่อิงวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ แต่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่ขัดต่อการยอมรับของสังคมหรือกฎหมาย เช่น การใ้ยาแอมเฟตตามีนหรือยาบ้ากระตุ้นให้ไม่่วงนอนและทำงานได้ทนขึ้น การใช้มอร์ฟินหรือยานอนหลับเพื่อทำให้เกิดภาวะเคลิ้มฝัน สาเหตุของการใ้ยาอาจเกิดจากความตั้งใจของผู้ใ้ยา การอยากลอง การหลงผิด การถูกหลอกหลวง หรือความรักสนุก

และ 4) การติดยา หมายถึง การใช้ยาที่ตัวผู้ใช้เองไม่สามารถควบคุมการใช้ดังกล่าวได้ แต่จำเป็นต้องใช้เนื่องจากร่างกายต้องอาศัยยานั้นในการทำงานตามปกติ หรือกล่าวได้ว่าในกรณี การติดยานั้นยาเป็นตัวควบคุมผู้ใช้นายเอง เช่น การติดยาบ้า การติดฝิ่นหรือมอร์ฟิน เป็นต้น ส่วนใหญ่การติดยามีสาเหตุมาจากการใช้ยาในทางที่ผิดอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัจจุบันมีการใช้สารบางอย่างซึ่งไม่ได้เป็นยาในทางที่ผิดจนเกิดการติดยา เช่น การใช้โคเคน ยาอี แอลเอสดี สารระเหย ซึ่งแม้บางตัวจะเรียกชื่อเหมือนยาแต่ตามข้อเท็จจริงแล้วไม่ใช่ยา ดังนั้นปัจจุบันจึงอาจใช้คำว่า สาร แสดงภาพรวมแทนคำว่า ยา ได้ เช่น การใช้สารในทางที่ผิด การติดสารเสพติด เป็นต้น (พฤติกรรมการใช้ยาของมนุษย์, : <http://www.sabayoihospital.go.th/> สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2556)

จากพฤติกรรมการใช้ยาปัจจุบันคนไทยมีการใช้ยาเกินความจำเป็นมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาในระดับภาพรวมของประเทศ พบว่า คนไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาในอัตราส่วนสูงถึงร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ ใช้เป็นอัตราส่วนไม่ถึงร้อยละ 10 ส่วนในภาพย่อยจะเห็นได้ว่าหลายครั้งที่คนไทยเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งอาจไม่ถึงขั้นต้องใช้ยา แต่บางรายก็ไปซื้อยามาใช้ เช่น อาการท้องเสีย ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานยามาซื้อ แต่ก็มีส่วนที่ไปซื้อยามาซื้อหรือยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง หรือตามปกติหากมีอาการเจ็บป่วย เล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ ก็จะมีการส่งเสริมให้ใช้ยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งสามารถซื้อหาได้ตามร้านยา โดยไม่ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ด้วยช่องทางการเข้าถึงยาที่สะดวก ก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยบางรายซื้อยามาบริโภคเกินความจำเป็นได้ ดังนั้นกฎหมายของประเทศไทยจึงได้ระบุให้มีเภสัชกรประจำร้าน เพื่อให้คำแนะนำเรื่องการใช้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย อีกคำนิยามหนึ่ง ซึ่งอาจทำให้เกิดการใช้ยาเกินความจำเป็นได้ก็คือ ความเชื่อที่ว่า การรับประทานยามาก ๆ จะทำให้หายป่วยเร็ว เช่น ไปพบแพทย์ 2 ราย เพื่อรักษาอาการป่วยเดียวกัน ถิ่นยาที่ได้จากแพทย์ทั้ง 2 ราย มารับประทานทั้งหมด ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเป็นอย่างมาก เพราะโดยปกติแพทย์จะสั่งยาในขนาดที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยอยู่แล้ว หากรับประทานยามากเป็น 2 เท่า ก็อาจจะมีผลเสียต่อร่างกาย เช่น ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หากรับประทานมากเกินไป ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะลดลงมากเกินไป ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย หมดสติ หรือช็อกได้ หรือการรับประทานยาบางชนิดมากเกินไป ก็อาจจะมีผลเสียต่อกระเพาะอาหาร ตับ หรือไตได้ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ขายยาคนหนึ่ง จึงมองเห็นความสำคัญในการใช้ยาของประชาชน โดยเฉพาะผู้ซื้อยาในพื้นที่อำเภอป่าสัก จังหวัดอุดรธานี ประชาชนห่างไกลกับการดูแลสุขภาพของตัวเอง เนื่องจากว่าประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรจึงไม่มีเวลาใส่ใจกับสุขภาพของตัวเองมากนัก เมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็หาซื้อยามารับประทานเอง โดยซื้อยาจากคำบอกกล่าวจากเพื่อนบ้านว่ามีสรรพคุณดี แต่ไม่คำนึงถึงว่าตัวเองป่วยด้วยโรคเดียวกันที่เพื่อนแนะนำหรือไม่ บ้างครั้งร้านขายยาที่มีเภสัชกรดูแลพยายามแนะนำ ก็ไม่เชื่อฟังและก็

ไม่ไปซื้อยาร้านนั้นอีก เปลี่ยนไปซื้อร้านอื่นที่ขายให้โดยง่าย บางครั้งประชาชนซื้อยาโดยบอกชื่อยา
ชื่อยี่ห้อแล้วซื้อแล้วขอให้จัดให้ตามสั่ง ซึ่งทางร้านขายยาเองไม่มีโอกาสที่จะถามรายละเอียดและ
แนะนำการใช้ยา จากปัญหาเหล่านี้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม
การใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี และหารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของ
ประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำผลการศึกษาวินิจฉัยนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรม
การใช้ยาของประชาชนในพื้นที่อื่นๆ เพื่อที่จะลดปัญหาและผลกระทบที่ประชาชนใช้ยาอย่างไม่
ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ประชากรของประเทศมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่มีความเสี่ยงจากการใช้ยา
ที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพและมีความพร้อมที่จะพัฒนาตัวเองและประเทศชาติ
ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. มีปัจจัยอะไรบ้าง ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัย ที่แสดงอิทธิพลส่งผลโดยตรงและทางอ้อม
2. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีที่เหมาะสม เป็นอย่างไร
3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวม ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (กล่าวในบทที่ 2) ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นสมมติฐานเพื่อใช้ทดสอบความถูกต้องของทฤษฎีว่า

1. พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ได้รับอิทธิพลทางตรงจาก 1)เจตคติต่อการใช้ยา ได้รับอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมจาก 1) ความรู้เกี่ยวกับใช้ยา 2) ระดับการศึกษา 3)ความตระหนัก และ 4)คำแนะนำในการใช้ยา

2. หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแล้ว กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับใช้ยา ความตระหนัก คำแนะนำในการใช้ยา และเจตคติต่อการใช้ยา สูงกว่าก่อนการทดลอง

ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบในการที่จะแก้ปัญหาและผลกระทบจากพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน มีขอบเขตการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. พื้นที่เป้าหมาย เป็นการศึกษาวิจัยเฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานี คือ ประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 20 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอกุดจับ อำเภอกุมภวาปี อำเภอไชยวาน อำเภอทุ่งฝน อำเภอนาหวาง อำเภอน้ำโสม อำเภอโนนสะอาด อำเภอบ้านดุง อำเภอบ้านผือ อำเภอเพ็ญ อำเภอวังสามหมอ อำเภอศรีธาตุ อำเภอสร้างคอม อำเภอหนองวัวซอ อำเภอหนองแสง อำเภอหนองหาน อำเภอพิบูลย์รักษ์ อำเภอกู่แก้ว และอำเภอประจักษ์ศิลปาคม

2. ระยะเวลาวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย

ระยะที่ 3 การทดลองและการประเมินผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี และวิเคราะห์ผลการทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1

1. ประชากร (Population) คือ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนผู้ที่อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,134,823 คน (คณะกรรมการการเลือกตั้ง, 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556) จำนวน 20 อำเภอ

2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ประชาชนผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในจังหวัดอุดรธานี (คณะกรรมการการเลือกตั้ง, 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556) โดยใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane. (1973 : 727) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้คำตอบครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

การวิจัยระยะที่ 2 กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 นักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีหรือผู้แทน ผู้รับผิดชอบงาน เกษตรในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน) ร้านขายยา ตัวแทนจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและชุมชน ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน

การวิจัยระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองที่ใช้ในการศึกษาวิจัยระยะที่ 3 คือ ประชาชนในเขตอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 36 คน ที่ซื้อมารับประทานเองเป็นประจำ และยินดีเข้าร่วมการทดลองในครั้งนี้

4. ตัวแปรที่ใช้ศึกษาในการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี คือ

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
- 1.2 ระดับการศึกษา
- 1.3 ความตระหนัก
- 1.4 คำแนะนำการใช้ยา

2. ตัวแปรคั่นกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงเหตุและผล คือ

- 2.1 เจตคติต่อการใช้ยา

3. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

การวิจัยระยะที่ 3

การวิจัยระยะนี้ เป็นขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่อำเภอโนนโสภะ จังหวัดอุดรธานี

1. ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 2
2. ตัวแปรตาม คือ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน และตัวแปรอิสระจากการวิจัยในระยะที่ 1 ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิยามศัพท์

1. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน หมายถึง วิธีการ กิจกรรม โครงการอบรม แผนงาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

2. การพัฒนา หมายถึง การแก้ไขปัญหาที่ไม่พึงประสงค์และการไปสู่เป้าหมายที่ดีกว่า หรือเป็นการแก้ปัญหาและการกระทำให้ บรรลุเป้าหมายในการแสวงหาช่องทางเพื่อแก้ไขปัญหาความอดอยากหรือภาวะทุพโภชนา การแก้ปัญหาความยากจนและแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชน เพราะปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่บั่นทอนและทำลายศักยภาพของปัจเจกบุคคล กับจะนำความยุ่งยากมาสู่สังคมในที่สุด

3. ยา หมายถึง 1) วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ 2) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับการใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ 3) วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป หรือ และ 4) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์

4. โรค หมายถึง ความเจ็บป่วยของร่างกายหรือจิตใจซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกายมนุษย์เองหรือเกิดโดยการรุกรานจากภายนอก เช่น จากเชื้อโรค เป็นต้น ดังนั้นยาจึงเป็นเหมือนสิ่งแปลกลดของร่างกายมนุษย์ที่ต้องควบคุมการใช้ให้เหมาะสมถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบในเชิงร้ายต่อตัวผู้ป่วยเอง

5. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา หมายถึง ข้อมูล ข้อเท็จจริง และรายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้รับจากการค้นคว้า จากประสบการณ์ การสังเกต ซึ่งเป็นความจำที่มนุษย์ได้สะสม พร้อมแสดงออกมาเป็น

พฤติกรรมที่ระลึกได้ เรียกเอาสิ่งที่จำได้นั้น ออกให้ปรากฏได้สังเกตได้และวัดได้เป็นการแสดงออก ถึงความสามารถของบุคคลในการจดจำองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชนิดต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ อย่างถูกต้อง

6. ความตระหนัก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดความสำนึก ความปรารถนาต้องการซึ่งบุคคล เคยมีการรับรู้หรือเคยมีความรู้ เคยมีประสบการณ์มาก่อนเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น จะทำให้เกิดความ สำนึกขึ้นหรือเกิดความตระหนักขึ้นและจะมีการประเมินค่าถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอดของการเรียนรู้และความตระหนักตามลำดับ

7. ระดับการศึกษา หมายถึง การแบ่งระดับช่วงการศึกษาในแต่ละช่วง ประกอบด้วย การศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา การศึกษาระดับประถมศึกษา การศึกษาระดับมัธยมศึกษา และ การศึกษาระดับอุดมศึกษา

8. คำแนะนำการใช้ยา หมายถึง ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อนำไปปฏิบัติ

9. เจตคติต่อการใช้ยา หมายถึง ความคิดความรู้สึกที่เกิดจากการเรียนรู้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งส่งผลให้แต่ละคนตอบสนองต่อสิ่งนั้นแตกต่างกันจำแนกเป็นเจตคติทางบวกเจต คติในระดับปานกลาง และเจตคติทางลบ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึงความรู้สึกต่อผลดี และผลเสีย ที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาชนิดต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อการรักษาโรคให้หายขาด ตลอดจนผลเสียที่จะเกิดแก่ ร่างกาย หากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง

10. พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การประพฤติปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งเป็นการกระทำ ของบุคคล ในเรื่องการใช้ หรือการรับประทานยาของผู้ใช้ยาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ได้แก่ 1) ใช้ ยาให้ถูกต้องกับโรค 2) ใช้ยาให้ถูกขนาด 3) ใช้ยาให้ถูกวิธี 4) ใช้ยาให้ถูกเวลา 5) ใช้ยาให้ถูกคน และ 6) ใช้ยาให้ครบระยะเวลา

11. การพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การแก้ไขปัญหาที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดจากการ กระทำหรือแสดงออกต่อกิจกรรมในพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนที่ตอบสนองต่อความต้องการ จากสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่สามารถสังเกตเห็นได้จากพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมที่ไม่สามารถ สังเกตเห็นได้ซึ่งเป็นพฤติกรรมจากภายใน เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ในเชิงทฤษฎี

1.1 เพื่อให้เกิดความชัดเจนเชิงประจักษ์ ในการประเมินผลการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และผลการวิจัยจะเป็น แนวทางสำหรับพื้นที่อื่นนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในอนาคตต่อไป

1.2 เพื่อได้ทราบว่ามีอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การใช้จ่ายของประชาชนที่ได้จากการวิจัย โดยมีปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่ได้จากการศึกษาในลักษณะของ สมการ โครงสร้างเชิงเส้น จะทำให้ทราบว่าปัจจัยใดส่งผลอย่างไรต่อพฤติกรรมการใช้จ่ายของ ประชาชน ซึ่งผลการวิจัยนี้จะช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของการมีจิตสำนึกต่อ กฎหมายของคนในสังคมไทย และเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในอนาคต

2. ในเชิงนโยบายและการพัฒนาองค์กรของรัฐ

2.1 ได้รู้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนในพื้นที่อื่น ๆ ตามความเหมาะสม

2.2 ได้ทราบถึงปัญหาในเชิงพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนในสภาพความเป็นจริง กับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการที่จะพัฒนาพฤติกรรมการใช้จ่ายของ ประชาชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.3 เป็นข้อมูลทางวิชาการที่นำเสนอแก่ผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดนโยบายและ ทิศทางในการปฏิบัติงาน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้จ่ายของ ประชาชนในพื้นที่ให้เกิดผลทางรูปธรรมต่อไป



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

บทที่ 2

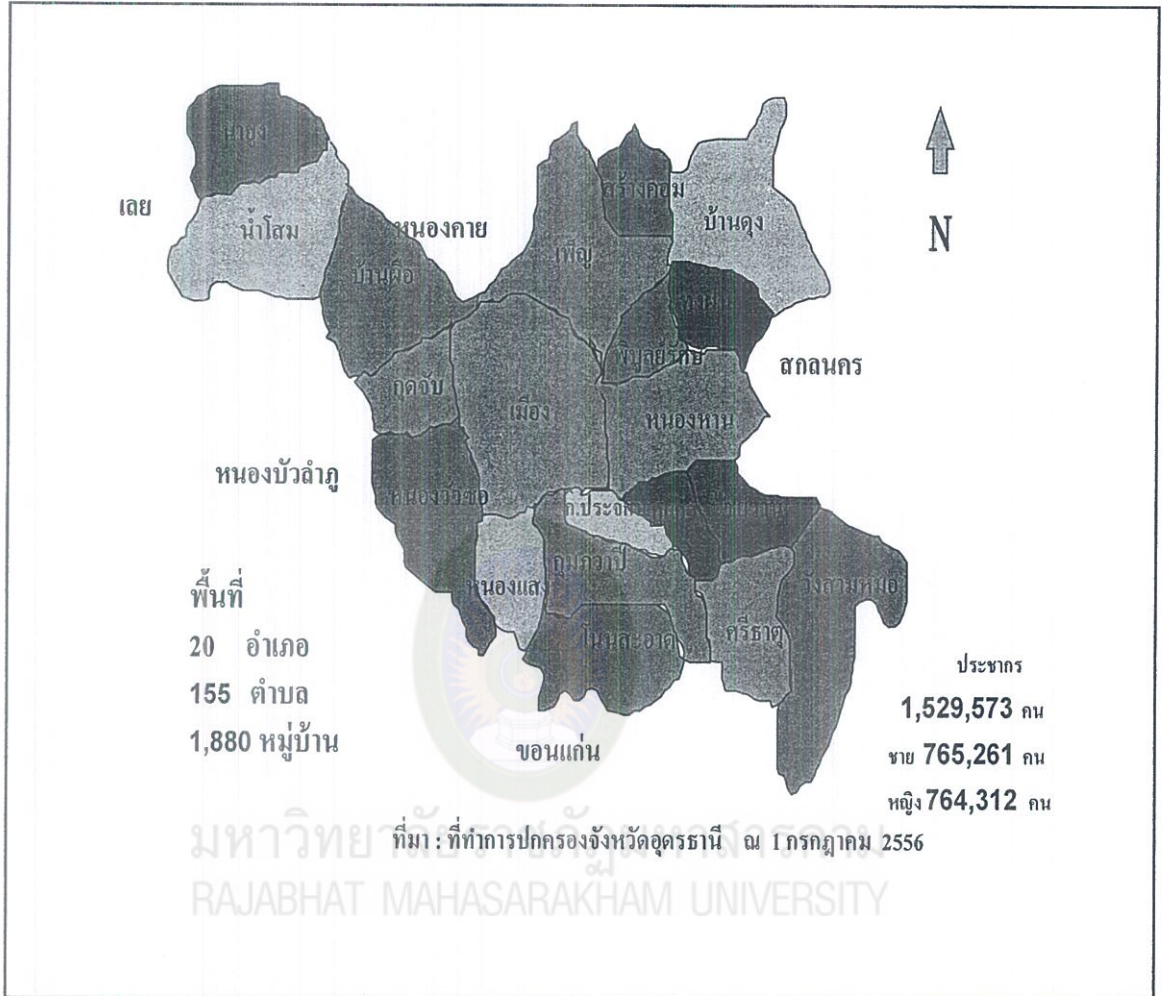
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ อำเภอ น้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวมแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัยซึ่งจะได้นำเสนอ โดยแบ่งออกเป็นหัวข้อเรียงลำดับดังต่อไปนี้

1. บริบททั่วไปของจังหวัดอุดรธานี
2. ยุทธศาสตร์การพัฒนา
3. แนวคิดเกี่ยวกับยา
4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน
 - 4.1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
 - 4.2 ระดับการศึกษา
 - 4.3 ความตระหนัก
 - 4.4 คำแนะนำการใช้ยา
 - 4.5 เจตคติต่อการใช้ยา
5. พฤติกรรมการใช้ยา
6. กระบวนการสร้างและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. บริบททั่วไปของจังหวัดอุดรธานี

1.1 บริบทจังหวัดอุดรธานี



แผนภาพที่ 1 แผนที่แสดงพื้นที่อำเภอ จังหวัดอุดรธานี

ที่มา : ที่ทำการปกครองจังหวัดอุดรธานี ณ 1 กรกฎาคม 2556

ขนาดที่ตั้ง จังหวัดอุดรธานีมีพื้นที่ 11,730.30 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 7,331,438.75 ไร่ เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากเป็นอันดับ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งอยู่ที่เส้นรุ้งที่ 17 องศาเหนือ เส้นแวงที่ 103 องศาตะวันออก อยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ห่างจากกรุงเทพมหานคร ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2 ระยะทาง 564 กิโลเมตร อาณาเขตติดต่อ จังหวัดอุดรธานี มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดต่างๆ 6 จังหวัด ดังนี้ ทิศเหนือ : ติดต่อกับจังหวัดหนองคาย ทิศตะวันออก : ติดต่อกับจังหวัดสกลนคร ทิศใต้ : ติดต่อกับจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดกาฬสินธุ์ ทิศตะวันตก : ติดต่อกับจังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดเลย トラประจำ

จังหวัด รูปท้าวเวสสุวรรณ หรือท้าวเวร ประทับยืนถือกระบอง หมายถึง เทพดาผู้คุ้มครองรักษา
 ประจำ ทิศอุดร จังหวัดอุดรธานี ใช้อักษรย่อว่า "อศ" ธงประจำจังหวัดอุดรธานี ลักษณะพื้นผ้าเป็น
 สีส้ม มีตราประจำจังหวัดอุดรธานี คือ ท้าวเวสสุวรรณอยู่ภายใน ดอกไม้ประจำจังหวัดอุดรธานี ดอก
 ทองกวาว *Butea monosperma O.ktze* ชื่อ วงศ์ PAPILIONACEAE ภาษาอีสานเรียกว่า "ดอกจาน"
 สภาพภูมิประเทศ มีลักษณะคล้ายสี่เหลี่ยมใหญ่กระพือปีกบิน ลักษณะภูมิประเทศทั่วไปประกอบไป
 ด้วยภูเขา ที่สูง ที่ราบลุ่ม และพื้นที่ลูกคลื่นลอนตื้น แบ่งออกได้ 2 บริเวณ คือ 1) บริเวณที่สูงทาง
 ทิศตะวันตกและทางทิศใต้ 2) บริเวณพื้นที่ลูกคลื่นทางตะวันออกเฉียงเหนือและทิศตะวันออก
 ลักษณะภูมิอากาศ สภาพอากาศของจังหวัดอุดรธานีแบ่งออกเป็น 3 ฤดู ได้แก่ ฤดูร้อน ฤดูฝน
 และฤดูหนาวเนื่องจาก เป็นที่ราบสูง มีเทือกเขาที่ติดต่อกันเป็นแนวยาว อากาศจึงค่อนข้างร้อนอบอ้าว
 ในฤดูร้อน และค่อนข้างหนาวเย็นมากในฤดูหนาว เดือนที่มีอากาศอบอ้าวมากที่สุดคือ เดือน
 เมษายน และหนาวที่สุด ในเดือนมกราคม อุณหภูมิ ในปี 2549 มีอุณหภูมิสูงสุด 40.20 °c
 อุณหภูมิต่ำสุด 13.20 °c ปริมาณน้ำฝน ในปี 2549 มีปริมาณน้ำฝนรวม 1,179 มิลลิเมตร จำนวน
 วันที่ฝนตก 117 วัน การปกครอง จังหวัดอุดรธานีแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ 155
 ตำบล 1,880 หมู่บ้าน 404,064 หลังคาเรือน 403 ชุมชน แยกเป็น เทศบาลนครอุดรธานี 1 แห่ง
 มี 100 ชุมชน เทศบาลเมือง 2 แห่ง/เทศบาลตำบล 27 แห่ง มี 303 ชุมชน และองค์การบริหาร
 ส่วนตำบล 115 แห่ง เชื้อชาติ ประชากรจังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 95 เป็นคนไทย
 มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นชาวต่างชาติที่สำคัญ ได้แก่ คนจีน คนญวน จังหวัดอุดรธานีได้จัดตั้งครั้งแรก
 เมื่อ พ.ศ.2436 ประชากรส่วนใหญ่อพยพมาจากถิ่นอื่นและมาตั้งหลักแหล่ง ประชาชนที่เป็นชาว
 พื้นเมืองจึงแทบไม่มี มีแต่พวกชาวไทยย้อที่ตั้งหลักแหล่งอาศัยอยู่ที่อำเภอวังสามหมอ และอำเภอศรี
 ธาตุ ซึ่งมีจำนวนไม่มาก การศาสนา ประชากรในจังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ
 นอกจากนี้ยังมีประชากรบางส่วนนับถือศาสนาอื่นๆ ได้แก่ ศาสนาคริสต์ และอิสลาม
 ศิลปวัฒนธรรมและประเพณี ประกอบด้วย 1) ศิลปะการละเล่นพื้นเมืองได้แก่ หมอลำ กลองยาว
 แมงคับเต่า เซิ้งปั้งหม้อ 2) พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ 1 แห่ง 3) ศูนย์วัฒนธรรมจังหวัดและอำเภอ 3
 แห่ง 4) แหล่งโบราณสถาน 41 แห่ง และ 5) อุทยานประวัติศาสตร์ 1 แห่ง การศึกษา มีการ
 จัดบริการทางการศึกษา ตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงระดับอุดมศึกษา การคมนาคม ประชากรส่วนใหญ่ใช้
 การคมนาคมทางบก การเดินทางไปกรุงเทพมหานคร มีทั้งรถโดยสารธรรมดา รถโดยสารปรับอากาศ
 รถไฟ และ เครื่องบิน (อุดรธานี-กรุงเทพฯ) สุดท้าย(อุดรธานี-ประเทศเกาหลี) สำหรับการ
 เดินทางภายในจังหวัดอุดรธานี นอกจากจะเดินทางโดยรถยนต์ รถจักรยานยนต์ และรถยนต์ส่วนตัว
 ยังมีบริการรถสามล้อถีบ รถสามล้อเครื่อง รถโดยสารประจำทาง และรถโดยสารสองแถว

ข้อมูลด้านสาธารณสุข มีสถานบริการสาธารณสุข

1. ภาครัฐ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี (91 เตียง) จำนวน 1 แห่ง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุดรธานี จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลอุดรธานี (806 เตียง) จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม (150 เตียง) จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลกองบิน 23 อุดรธานี (30 เตียง) จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 18 แห่ง ขนาด 90 เตียง จำนวน 4 แห่ง ขนาด 60 เตียง จำนวน 2 แห่ง ขนาด 30 เตียง จำนวน 11 แห่ง ขนาด 10 เตียง จำนวน 1 แห่ง สถานีอนามัย จำนวน 209 แห่ง จำนวนเตียงภาครัฐทั้งหมด จำนวน 1,897 เตียง

2. ภาคเอกชน โรงพยาบาลเอกชน ขนาด 100 เตียง จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์นวัฒนา โรงพยาบาลชัยเกษม โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล โรงพยาบาลเอกอุดรขนาด 50 เตียง จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหมอไฟโรจน์ (1991) ขนาด 10 เตียง จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ สถานพยาบาลเวชกรรมรัตนแพทย์ จำนวนเตียงภาคเอกชนทั้งหมด 460 เตียง

3. คลินิก เวชกรรม จำนวน 115 แห่ง เวชกรรมเฉพาะทางจำนวน 25 แห่ง ทันตกรรม จำนวน 29 แห่ง ทันตกรรมเฉพาะทาง จำนวน 4 แห่ง ผดุงครรภ์ จำนวน 21 แห่ง การพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 83 แห่ง เทคนิคการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง สหคลินิกจำนวน 2 แห่ง แพทย์แผนไทย จำนวน 5 แห่ง แพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 1 แห่ง

4. สถานที่ขายยา และ ผลิตยา ร้านขายยาแผนปัจจุบัน จำนวน 139 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ จำนวน 55 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย จำนวน 88 แห่งร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ จำนวน 23 แห่ง สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ จำนวน 12 แห่ง

5. สถานที่ผลิตอาหาร ผลิตอาหารที่เข้าเกณฑ์ GMP จำนวน 194 แห่ง ผลิตอาหารที่ไม่เข้าเกณฑ์ GMP จำนวน 52 แห่ง นำหรือส่งอาหารเข้ามาในราชอาณาจักร จำนวน 2 แห่ง

1.2 บริบทของอำเภอน้ำโสม

อำเภอน้ำโสม แต่เดิมมีสภาพเป็นพื้นที่ป่าเขาอันอุดมสมบูรณ์ มีไม้หนานาพันธุ์ ขึ้นอยู่อย่างหนาแน่น โดยเฉพาะไม้มีค่าใช้ประโยชน์ในการก่อสร้างบ้านเรือน เช่น ไม้ตะเคียน ไม้มะค่า ไม้ประดู่ ไม้พยุง ไม้ยาง ไม้เต็ง ไม้แดง ไม้ประดู่จากน้ำโสม จัดได้ว่ามีคุณภาพดีเยี่ยม ในเขตป่าเขาแห่งนี้ มีสัตว์ป่าอาศัยอยู่มากมาย เช่น ช้าง เก้ง กวาง กระตัง เสือ หมี หม่าป่า ไก่ป่า ลิง นกชนิดต่าง ๆ จากความอุดมสมบูรณ์ของผืนป่า สัตว์ป่า ตลอดทั้งดินและน้ำของพื้นที่แห่งนี้ จึงดึงดูดให้ราษฎรในถิ่นต่าง ๆ ทั้งใกล้และไกลอพยพหลั่งไหลเข้ามาตั้งถิ่นฐานจับจองที่ทำกินเป็นจำนวนมาก

เมื่อ พ.ศ. 2401 ได้มีราษฎรจำนวนหนึ่งอพยพมาจากทางด้านทิศตะวันตก คือ ด้านจังหวัดเลยเข้ามาตั้งถิ่นฐานตั้งเป็นบ้านน้ำโสม บ้านก้อง บ้านหยวก บ้านนางัว บ้านน้ำซิม บ้านนาเก้น ล่วงมาถึง พ.ศ. 2490 มีราษฎรจากอำเภอบ้านฝ้อ อำเภอหนองหาน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย และอำเภออื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงอพยพเข้ามามากขึ้น ตั้งเป็นตำบลต่าง ๆ คือ ตำบลน้ำโสม ตำบลนางัว ตำบลหนองแวง ตำบลบ้านหยวก ตำบลนาแค อำเภอบ้านฝ้อ หลังจากปี พ.ศ.2500 ก็มีราษฎรจากทิศต่าง ๆ อพยพหลังไหลเข้ามาตั้งถิ่นฐานมิได้ขาด เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ก่อให้เกิดเป็นชุมชนหนาแน่น ผืนป่าและสัตว์ป่าที่เคยอุดมสมบูรณ์ก็เบาบางลงไปมาก จากนั้นในปี พ.ศ. 2510 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้เสด็จมาทรงเยี่ยมเยียนตำรวจตระเวนชายแดน และพสกนิกรที่วัดกลาง ตำบลน้ำโสม ทรงมีพระดำริว่า “ชุมชนแห่งนี้สมควรตั้งขึ้นเป็นกิ่งอำเภอได้แล้ว” หลังจากนั้น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จึงได้ประชุมแนะนำหารือกัน พิจารณาหาสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับที่จะเป็นที่ตั้งที่ว่าการกิ่งอำเภอ และส่วนราชการต่างๆ จึงได้มีมติให้ดำเนินการก่อสร้างที่ว่าการกิ่งอำเภอน้ำโสมขึ้น ณ บ้านศรีสำราญ หมู่ที่ 1 ตำบลศรีสำราญ อำเภอน้ำโสม ในปัจจุบัน

กระทรวงมหาดไทย จึงได้รวมพื้นที่ 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลน้ำโสม ตำบลนางัว ตำบลบ้านหยวก ตำบลหนองแวง และตำบลนาแค ยกฐานะขึ้นเป็นกิ่งอำเภอน้ำโสมขึ้นกับอำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ.2512 ซึ่งในอดีตจากสภาพพื้นที่อำเภอน้ำโสม เป็นพื้นที่ประกอบด้วยป่าไม้ ภูเขา และอยู่ห่างจากตัวจังหวัด การคมนาคมไม่สะดวก จึงเป็นเหตุให้ฝ่ายตรงข้าม (ผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์) เข้ามาปฏิบัติกรบ่อนทำลาย เมื่อเจ้าหน้าที่บ้านเมืองออกมาทำการปราบปรามจึงเกิดการต่อสู้ด้วยอาวุธและเกิดการสูญเสียชีวิตทั้งสองฝ่ายเป็นจำนวนมาก ด้วยยุทธการปกครอง เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2517 กิ่งอำเภอน้ำโสม ได้ยกฐานะเป็นอำเภอน้ำโสม โดยอาศัยนามจากลำน้ำโสม ซึ่งสายน้ำนี้เปรียบเสมือนสายเลือดหล่อเลี้ยงชาวอำเภอน้ำโสมตลอดมา จากนั้นในปี พ.ศ. 2526 เมื่อเหตุการณ์สงบเรียบร้อย ทางราชการพร้อมด้วยประชาชนในพื้นที่ มีมติให้ก่อสร้างอนุสาวรีย์เพื่อเกื้อหนุนของวีรชนเหล่านั้นไว้ เป็นที่ระลึกและทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่วีรชนเหล่านั้น ในเดือนพฤศจิกายน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2526 เป็นต้นมา ต่อมาเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2531 กระทรวงมหาดไทย ได้ทำการแยกพื้นที่ทางเหนือส่วนหนึ่งของอำเภอน้ำโสม จำนวน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลนาขุง ตำบลนาแค และตำบลโนนทอง ประกาศจัดตั้งเป็นกิ่งอำเภอนาขุง ขึ้นกับอำเภอน้ำโสม (ได้รับการยกฐานะเป็นอำเภอนาขุง เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2538) และในปี พ.ศ.2535 ทางราชการกับประชาชนชาวอำเภอน้ำโสม ได้ร่วมกันก่อสร้างและบูรณะอนุสาวรีย์ขึ้นใหม่เพื่อให้มั่นคง ปัจจุบันอำเภอน้ำโสมแบ่งการปกครองออกเป็น 7 ตำบล 84 หมู่บ้าน

1.2.1 ภูมิศาสตร์

- 1) ด้านกายภาพ ลักษณะที่ตั้งและขนาด อำเภอป่าสักตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของจังหวัดอุดรธานี ระยะทางประมาณ 95 กิโลเมตร
- 2) เนื้อที่ พื้นที่ทั้งหมด 742.129 ตารางกิโลเมตร หรือ 463,830.625 ไร่
- 3) อาณาเขตติดต่อ ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอสวรรคภูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอปากชม จังหวัดเลย
- 4) ลักษณะภูมิประเทศ สภาพทั่วไปเป็นเขตภูเขาที่มีพื้นที่ราบสลับอยู่ระหว่างเขากระจายทั่วไป มีลำห้วยหลายสายไหลจากภูเขาสู่พื้นที่ราบ นับว่าเป็นแหล่งกำเนิดลำธาร ลำน้ำสำคัญคือ ลำน้ำโสม ลำน้ำซืม ลำน้ำปู่ และห้วยคะน่าน พื้นดิน มีความอุดมสมบูรณ์สามารถใช้ทำการเพาะปลูกได้เป็นอย่างดี
- 5) ภูมิอากาศ ในฤดูฝนมีฝนตกชุก ฤดูร้อน อากาศร้อน ฤดูหนาวอากาศหนาวเย็น ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 105 มม.ต่อปี ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือน มีนาคม – เดือน พฤษภาคม ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือน มิถุนายน – เดือน ตุลาคม ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน – เดือน กุมภาพันธ์

1.2.2 การเมืองการปกครอง

- 1) เขตการปกครอง อำเภอป่าสักแบ่งการปกครองตาม พ.ร.บ. ลักษณะปกครองท้องที่ เป็น 7 ตำบล 84 หมู่บ้าน (2 หมู่บ้านชั่วคราว) ดังนี้ 1) ตำบลน้ำโสม มี 17 หมู่บ้าน 2) ตำบลบ้านหยวก มี 17 หมู่บ้าน 3) ตำบลหนองแวง มี 13 หมู่บ้าน 4) ตำบลศรีสำราญ 12 หมู่บ้าน 5) ตำบลนางัว มี 11 หมู่บ้าน 6) ตำบลสามัคคี มี 8 หมู่บ้าน และ 7) ตำบลโสมเยี่ยม มี 6 หมู่บ้าน และมีเทศบาลตำบล 2 แห่ง คือ 1) เทศบาลตำบลนางัว (พื้นที่ ต.นางัว , ต.ศรีสำราญ) (ที่ตั้งที่ว่าการอำเภอป่าสัก) และ 2) เทศบาลตำบลน้ำโสม (พื้นที่ ต.น้ำโสม , ต.ศรีสำราญ)
- 2) องค์การบริหารส่วนตำบล 7 แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำโสม องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหยวก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง องค์การบริหารส่วนตำบลนางัว องค์การบริหารส่วนตำบลศรีสำราญ องค์การบริหารส่วนตำบลสามัคคี และ องค์การบริหารส่วนตำบลโสมเยี่ยม

1.2.3 ประชากร มีประชากรทั้งสิ้น 57,795 คน ชาย 29,210 คน หญิง 28,585 คน
(ข้อมูล ณ กรกฎาคม 2556)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรในอำเภอน้ำโสม

ตำบล	จำนวน หมู่บ้าน	จำนวน ครัวเรือน	จำนวนประชากร		
			ชาย	หญิง	รวม
นางัว	11	2,484	4,569	4,486	9,055
ศรีตำราญ	12	2,641	4,642	4,620	9,262
น้ำโสม	17	3,343	6,016	5,919	11,935
หนองแขง	13	2,130	4,155	4,133	8,288
บ้านห้วยก	17	2,482	4,941	4,790	9,731
สามัคคี	8	1,515	3,070	2,921	5,991
โสมเยี่ยม	6	1,168	2,180	2,124	4,304
รวม	84	15,763	29,573	28,993	58,566

1.2.4 จำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง (การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเป็นการทั่วไป เมื่อวันที่
3 กรกฎาคม 2556)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้งในพื้นที่อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

ตำบล	จำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง		
	ชาย	หญิง	รวม
นางัว	3,249	3,378	6,627
ศรีตำราญ	3,161	3,158	6,319
น้ำโสม	4,249	4,184	8,433
สามัคคี	2,242	2,203	4,445
โสมเยี่ยม	1,598	1,553	3,153
หนองแขง	2,993	3,043	6,036
บ้านห้วยก	3,638	3,580	7,218
รวม	21,132	21,099	42,231

1.2.5 การบริการด้านสาธารณสุข

1) สถานพยาบาลภาครัฐ มีโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง จำนวน 1 แห่ง บุคลากรประกอบด้วย นายแพทย์ จำนวน 6 คน ทันตแพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาล จำนวน 44 คน เภสัชกร จำนวน 4 คน และมีสาธารณสุขชั้นมูลฐาน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 27 คน ซึ่งกำกับดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 1,116 คน

2) สถานพยาบาลเอกชน ประกอบด้วย คลินิกแพทย์ จำนวน 5 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ จำนวน 10 แห่ง และร้านขายยาแผนโบราณ จำนวน 1 แห่ง

1.2.6 การศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม

1) การศึกษา ประกอบด้วย โรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษา เขต 20 จำนวน 2 แห่ง โรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การประถมศึกษาอุดรธานี เขต 4 จำนวน 28 แห่ง โรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 แห่ง โรงเรียนเอกชน จำนวน 2 แห่ง ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน 84 หมู่บ้าน และศูนย์การเรียนนอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอน้ำโสม ศูนย์กศน.ตำบล จำนวน 7 แห่ง

2) การศาสนา มีประชาชนนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.3% ประชาชนที่นับถือศาสนาอื่น คิดเป็นร้อยละ 0.64%

3) วัฒนธรรม การอนุรักษ์ สืบสาน พัฒนาและสืบทอดมรดกของชาวอำเภอน้ำโสม ตั้งแต่บรรพชน ถึงอนุชนรุ่นต่อมา ได้รับอิทธิพลจากพระพุทธศาสนา และลัทธิพราหมณ์ ที่ผสมกลมกลืนอย่างเหมาะสม ฮีตสิบสองเป็นประเพณี วัฒนธรรมของชาวอำเภอน้ำโสม โดยได้ยึดเป็นแนวปฏิบัติในรอบปี โดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ จากสิ่งที่ดีงาม นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ส่งผลดีให้ชุมชนเกิดความสงบสุข ความสามัคคี มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

4) ประเพณีสำคัญของท้องถิ่น ได้แก่ 1) ประเพณีบุญพระเวส เดือน มกราคม ถึง มีนาคม 2) ประเพณีสงกรานต์ รดน้ำดำหัว เดือน เมษายน 3) ประเพณีบุญบั้งไฟ เดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 4) ประเพณีลอยกระทง เดือน พฤศจิกายน 5) งานบวงสรวงอนุสาวรีย์วีรชนอำเภอน้ำโสม เดือน พฤศจิกายน และ 6) งานฉลองศาลเจ้า และ ปู่โสม เดือน พฤศจิกายน

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนา

2.1 ความหมายของยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ หมายถึง แนวทางในการบรรลุจุดหมายของหน่วยงาน ดังนั้น จุดหมายจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการจัดทำยุทธศาสตร์ โดยผู้จัดทำจำเป็นต้องกำหนด จุดหมายของหน่วยงานให้ชัดเจน เพื่อให้ยุทธศาสตร์ที่ได้ออกมานั้นตรงตามความต้องการ และดำเนินไปในทิศทางที่ถูกต้อง

2.2 ความหมายของการพัฒนา

การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่มีการกำหนดทิศทางหรือการเปลี่ยนแปลงที่ได้วางแผนไว้แน่นอนล่วงหน้า ซึ่งทิศทางที่กำหนดขึ้นย่อมจะต้องเป็นของดีสำหรับกลุ่มหรือชุมชนที่สร้างขึ้น การพัฒนาจึงอาจเรียกได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่พึงปรารถนา และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถูกพอกพูนด้วยค่านิยมของชุมชนหรือสังคมนั้น และการพัฒนาเป็นวิธีการในการเพิ่มพูนสมรรถนะของคนในการควบคุมอนาคตของสังคม อันมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน คือ 1) การเพิ่มความสามารถ (Capacity) ของคนในการพิจารณาว่าสิ่งใดจำเป็นต้องกระทำเพื่อขยายขีดความสามารถและพลังงานในอันที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น 2) การสร้างความเป็นธรรม (Equity) ของสังคม เพราะการจำแนกแจกจ่ายทรัพยากรและบริการต่างๆ หากกระทำไม่ได้ไม่ทั่วถึงและไม่เท่าเทียมกัน ย่อมนำไปสู่การแตกแยกและทำลายความสามารถของคนในที่สุด 3) การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในทางการเมืองของประชาชน โดยวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตกลงใจในการปฏิบัติงาน และการประเมินผลการดำเนินงานของรัฐ อันจะนำไปสู่การแก้ไขความขัดแย้งกับการแบ่งสรรผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม และ 4) การสร้างเสถียรภาพ (Sustainability) ในการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจในการใช้ทรัพยากรทางการผลิตให้เกิดประโยชน์สอดคล้องกับภาวะนิเวศวิทยาและสภาพแวดล้อมโดยทั่วไป ซึ่งการสร้างเสถียรภาพอาจเกิดขึ้นได้โดยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependence) ระหว่างบุคคลกลุ่มต่างๆ ระหว่างภูมิภาค ทั้งภายใน และระหว่างประเทศอันหมายถึงว่าการสร้างสรรค์การพัฒนาความเจริญก้าวหน้าหรือเสถียรภาพของฝ่ายหนึ่งจะไม่เป็นการทำลายล้างการพัฒนาของอีกฝ่ายหนึ่ง สนธยา พลศรี (2547 : 14-17)

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2551 : 73) ได้ให้ความหมายการพัฒนาว่า การพัฒนาอันเป็นการเปลี่ยนแปลงทีละเล็กทีละน้อยโดยผ่านลำดับขั้นตอนต่างๆ ไปสู่ระดับที่สามารถขยายตัวขึ้นเติบโตขึ้น มีการปรับปรุงให้ดีขึ้นและเหมาะสมไปกว่าเดิมหรืออาจก้าวหน้าไปถึงขั้นที่อุดมสมบูรณ์เป็นที่น่าพอใจ

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ (อ้างถึงใน สัญญา สัญญาวิวัฒน์. 2551 : 80-88) ได้ทรงกล่าวถึง หลักการพัฒนา คือ แนวปฏิบัติที่จะต้องยึดถือในการดำเนินการพัฒนาสังคมให้ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งได้พิจารณาจากเอกสารและผลงานพัฒนาด้านต่างๆแล้วพอจะสรุปหลักการที่สมเด็จพระเทพฯ ทรงยึดถือเป็นแนวในการทำงานของพระองค์ดังนี้

1. การช่วยตนเอง พึ่งตนเอง เป็นการปลูกฝังหลักการนี้ให้อยู่ในความรู้สึกของคนที่จะพัฒนา ไม่ว่าจะในหมู่คนปรกติ หรือคนไม่ปรกติ
2. การเริ่มจากสภาพที่เขาเป็นอยู่ นั่นคือ ชาวบ้านเขาเคยมีชีวิตอยู่อย่างไร มีความรู้หรือฐานะอย่างไร ให้เริ่มจากตรงนั้น แล้วจึงค่อยๆ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น ให้สูงขึ้น ไม่นิยมให้เปลี่ยนแปลงอย่างฮวบฮาบ นำเอาเครื่องมือเครื่องใช้ในเมืองเข้ามาใช้ในชนบทอย่างทันทีทันใด
3. การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นเพราะเป็นสิ่งใกล้ตัว ชาวบ้านย่อมรู้จักดี จะนำมาใช้ได้ทันทีไม่ต้องมีการศึกษาทำความเข้าใจใหม่ ไม่ต้องรอกจากภายนอกซึ่งไม่รู้จะใช้เวลานานเท่าใด
4. การมีส่วนร่วมของคนในท้องถิ่น มีตัวอย่างดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โครงการพัฒนาทุกโครงการต้องพยายามนำชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเขาจะได้เรียนรู้และมีความรู้ความชำนาญเพิ่มขึ้นนั่นคือ การพัฒนา
5. วัฒนธรรมและผู้นำท้องถิ่น หรือกล่าวง่ายๆว่า ให้ยึดความเป็นไทยไว้อย่างมั่นคง ไม่นำความเจริญจากภายนอกเข้ามาผสมผสานหรือเพิ่มเติม
6. ความมีประสิทธิภาพ การดำเนินการพัฒนาต้องมีโครงการทำงาน ต้องมีการประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อให้งานดำเนินไปสู่เป้าหมายได้อย่างมากแต่ใช้เวลา น้อย ใช้คนน้อยและใช้เงินน้อย
7. การประสานงาน งานพัฒนาแต่ละโครงการ มีลักษณะของการร่วมมือประสานงานกันระหว่างหลายหน่วยงาน ทั้งที่เป็นราชการและเอกชน
8. การทำงานเชิงรุก ตัวอย่างคือ แนะนำการทำมาหากิน การฝึกอาชีพ หรือการรักษาสุขภาพอนามัย และการป้องกันการทำลายธรรมชาติแวดล้อม เป็นต้น
9. ความมีคุณธรรมและศิลปะ ตัวอย่าง สนับสนุนส่งเสริมด้านศาสนา กตัญญูรู้คุณ บิดามารดา ครูบาอาจารย์ ซื่อสัตย์และขยันหมั่นเพียร เป็นต้น ในขณะเดียวกัน งานพัฒนาไม่มุ่งเฉพาะด้านเศรษฐกิจ วัตถุนิยม แต่ให้มีความสวยงาม ความไพเราะไปด้วย
10. การเชื่อมประสานด้านเวลา เป็นหลักการงานพัฒนาอีกประการหนึ่งที่กล่าวคือ งานโบราณคดี ประวัติศาสตร์ศึกษาและอนุรักษ์โบราณสถานและขนบธรรมเนียมประเพณีไทย ซึ่งเป็นเรื่องของอดีต พัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นต้น ในขณะเดียวกัน สนใจเรื่องของอนาคต นำความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เข้ามาใช้ เช่นการใช้คอมพิวเตอร์

สนธิยา พลศรี (2547 : 2-5) ได้จำแนกความหมายการพัฒนาออกได้เป็น 10 ลักษณะ คือ

1. การพัฒนาจากรูปศัพท์จึง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความเจริญเติบโตองงามและดีขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ ความหมายดังกล่าวนี้ เป็นที่มาของความหมายในภาษาไทยและเป็นแนวทางในการกำหนดความหมายอื่นๆ
2. การพัฒนา ในความหมายโดยทั่วไปจึง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม ความหมายนี้ นับว่าเป็นความหมายที่รู้จักกันโดยทั่วไป เพราะนำมาใช้มากกว่าความหมายอื่นๆ แม้ว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของนักวิชาการก็ตาม
3. การพัฒนา ในความหมายนักเศรษฐศาสตร์ได้กำหนดความหมายของการพัฒนา โดยใช้ความหมายจากรูปศัพท์และความหมายโดยทั่วไป คือ หมายถึง ความเจริญเติบโต แต่เป็นความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ตามเนื้อหาของวิชาเศรษฐศาสตร์ ซึ่งเป็นการเน้นความหมายเชิงปริมาณ คือ การเพิ่มขึ้น หรือการขยายตัวทางเศรษฐกิจมากกว่าด้านอื่นๆ
4. การพัฒนา ในความหมายของนักพัฒนาบริหารศาสตร์จะมีขอบข่ายกว้างขวางกว่าความหมายจากรูปศัพท์ ความหมายโดยทั่วไป และความหมายทางเศรษฐศาสตร์ที่กล่าวมาแล้ว หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งในด้านคุณภาพ (ดีขึ้น) ปริมาณ (มากขึ้น) และสิ่งแวดล้อม (มีความเหมาะสม) ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว
5. การพัฒนา ในทางเทคโนโลยีแตกต่างออกไปจากความหมายที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยหมายถึง การเปลี่ยนแปลงสังคมให้ทันสมัยด้วยความเจริญก้าวหน้า ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งเป็นความหมายอีกแนวทางหนึ่ง
6. การพัฒนา ในความหมายของนักวางแผน จะเป็นไปอีกแนวทางหนึ่ง โดยอาจสรุปได้ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเตรียมการของมนุษย์ไว้ล่วงหน้า ในลักษณะของแผนและโครงการ แล้วบริหารหรือจัดการให้เป็นไปตามแผนและโครงการจนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้ จะเห็นได้ว่าความหมายของการพัฒนาทางการวางแผน กำหนดให้การพัฒนาเป็นกิจกรรมของมนุษย์และเกิดขึ้นจากการเตรียมการไว้ล่วงหน้า เท่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้เกิดจากการวางแผนโดยมนุษย์ ไม่ใช่การพัฒนาในความหมายนี้
7. การพัฒนา ในความหมายของการปฏิบัติการนี้เป็นความหมายต่อเนื่องจากความหมายทางการวางแผนโดยมุ่งเน้นถึงการนำแผนและโครงการไปดำเนินการอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่อง เพราะถึงจะมีแผนและโครงการแล้วแต่ถ้าหากไม่มีการนำไปปฏิบัติการพัฒนา ก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้
8. การพัฒนา ในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การพัฒนาคนให้มีความสุขมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การพัฒนาในความหมายนี้ มีลักษณะเดียวกันกับการพัฒนาในความหมาย

ทางด้านกรวางแผน คือ เป็นเรื่องของมนุษย์เท่านั้น แตกต่างกันเพียงการวางแผนให้ความสำคัญที่วิธีการดำเนินงาน ส่วนพุทธศาสนามุ่งเน้นผลที่เกิดขึ้น คือ ความสุขของมนุษย์เท่านั้น

9. การพัฒนา ในนักสังคมวิทยาได้ให้ความหมายของการพัฒนา โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม คือ มนุษย์ กลุ่มทางสังคม การจัดระเบียบทางสังคม ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับความหมายในทางพุทธศาสนา คือ การเปลี่ยนแปลงมนุษย์และสิ่งแวดล้อมให้มีความสุข และมีลักษณะเช่นเดียวกับความหมายทางการวางแผน คือ ด้วยวิธีการจัดสรรทรัพยากรของสังคมอย่างยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งนักวางแผน เรียกว่า การบริหารและการจัดการนั่นเอง

10. การพัฒนา ในนักพัฒนาชุมชนได้ให้ความหมายของการพัฒนา ไว้ใกล้เคียงกับนักสังคมวิทยา คือ เป็นวิธีการเปลี่ยนแปลงมนุษย์และสังคมมนุษย์ให้ดีขึ้น แต่นักพัฒนาชุมชนมุ่งเน้นที่มนุษย์ในชุมชนต้องร่วมกันดำเนินงานและได้รับผลจากการพัฒนาร่วมกัน

เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร (2552 : 8) ได้กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิธีการ กิจกรรม โครงการหรือแนวทางการดำเนินงานจากสภาพเดิมไปสู่สภาพใหม่ที่ก้าวหน้าหรือเป็นไปในเชิงบวก โดยวิธีการหรือกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

สรุปความหมายของการพัฒนาได้ว่า การพัฒนาเป็นการแก้ไขปัญหาที่ไม่พึงประสงค์และการไปสู่เป้าหมายที่ดีกว่า หรือเป็นการแก้ปัญหาและการกระทำให้ บรรลุเป้าหมายในการแสวงหาลู่ทางเพื่อแก้ไขปัญหาความอดอยากหรือภาวะทุพโภชนาการแก้ปัญหาความยากจนและแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชน เพราะปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่บั่นทอนและทำลายศักยภาพของปัจเจกบุคคล ก็บจะนำความยุ่งยากมาสู่สังคมในที่สุด

2.3 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์หรือการพัฒนาคน

2.3.1 ความหมายและความสำคัญการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นหัวใจหลักของการพัฒนา ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่าพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ดังนี้

Brian. (2005 : 2-3) ได้กล่าวว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรในองค์กรมีความรู้ ทักษะและความสามารถทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ

อาชญญา รัตนอุบล (2554 : 2) ได้กล่าวว่า การอบรมเป็นกระบวนการพัฒนาความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และทัศนคติ (Attitude) ของทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ดียิ่งขึ้น

จากคำจำกัดความสามารถ สรุปได้ว่า การพัฒนาทรัพยากรคือการทำให้นมนุษย์ ความก้าวหน้าทางความรู้ ความสามารถ และ ทักษะ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะปรับปรุงผลงานภายใน องค์การให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

คั้งนั้นการเสริมสร้างและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีความสามารถสมรรถนะและมีความรู้ทันต่อเหตุการณ์ สถานการณ์ท่องเที่ยวของโลกในปัจจุบัน บุคคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับการท่องเที่ยวจึงมีความจำเป็นอย่างที่ต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว เพื่อรองรับอุตสาหกรรมท่องเที่ยวและนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย ทั้งในปัจจุบันและอนาคต การพัฒนาการใช้ภาษาต่างประเทศของกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เป็นเป้าหมายหลักจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะภาษาอังกฤษ เพราะว่าเป็นภาษาต่างประเทศที่ใช้กันทั่วโลก จากรายงานจำนวนนักท่องเที่ยวที่มาเที่ยวในประเทศไทย ปี 2549 พบว่า จำนวนนักท่องเที่ยวมาจากทวีปยุโรป อเมริกา ออสเตรเลีย และ ประเทศอื่นๆที่ใช้ภาษาอังกฤษ มาเที่ยวประเทศไทยมีจำนวนมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษของบุคลากรในสาขาอาชีพต่าง จึงมีความสำคัญมากสำหรับการพัฒนาประเทศเพื่อการแข่งขันในสังคมโลกปัจจุบัน และภาษาอังกฤษยังเป็นภาษาต่างประเทศหลักที่ใช้สำหรับการสื่อสารกันทั่วโลก (International Communication)

2.3.2 หลักการพัฒนาคน

การพัฒนาให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเน้นการพัฒนาคนเป็นสำคัญ การพัฒนาคนจึงมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคน คือ การเน้นเรื่องการพัฒนาคนโดยเฉพาะ ทั้งนี้เพราะคนเป็นหัวใจขององค์กรและสังคม การพัฒนาองค์กรและสังคมก็จำเป็นต้องพัฒนาคนเป็นหลัก หากคนได้รับการพัฒนาจนกลายเป็นคนที่พัฒนาแล้ว คนจะพัฒนาอย่างอื่นให้เจริญขึ้นตามที่เขาต้องการ ซึ่งต้องอาศัยหลักการพัฒนาคน 3 ส่วน คือ 1) การพัฒนาคน มีเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคนอยู่ที่การทำให้คนมีคุณภาพและคุณธรรม 1.1) คนที่มีคุณภาพ หมายถึง คนที่มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในวิชาชีพจนสามารถหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ในวิชาสาธาณสุข จนสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ในวิชาการเมืองจนปกครองตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ และในวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จนสามารถเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ใช้และบำรุงรักษาเทคโนโลยีใหม่ได้และปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นเรื่อยๆได้ 1.2) คนที่มีคุณธรรม หมายถึง เป็นคนดี คิดดีและประพฤติดี ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่นในสังคม และมีเมตตากรุณาตนเองและผู้อื่น เป็นผู้ใฝ่รู้อยู่เสมอ รู้จักตนเอง เสียสละเพื่อส่วนรวม มองการไกล ไม่ประมาทและมีศีลธรรม เหตุที่คนจะพัฒนาได้จะต้องมีทั้งคุณภาพและคุณธรรม ก็เพราะหากมุ่งแต่คุณภาพอย่างเดียว ไม่มีคุณธรรม จะชักนำคนให้มุ่งแต่ประโยชน์ตนฝ่ายเดียว ไม่เผื่อแผ่ผู้อื่น หรือทำให้เกิดความเห็นแก่ตัวอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมขึ้นมากมาย สังคมยุ่งเหยิง ไม่มั่นคงและไม่มีความสุข แต่การมีแต่คุณธรรมความดี แต่ไม่มีคุณภาพ มนุษย์ก็ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในโลกได้เพราะมนุษย์จะ

ไม่รู้จักรประกอบอาชีพ ไม่รู้จักสร้างสรรค์เครื่องอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน เช่น เครื่องมือ เครื่องใช้ ยานพาหนะ เครื่องจักรเครื่องกลประเภทต่างๆ ทำให้ชีวิตไม่สะดวกสบายตามควร ดังนั้น คนพัฒนาจะต้องเป็นทั้งคนที่มีคุณภาพและคุณธรรม 2) การพัฒนาคนโดยอาศัยหลักการ คือ หลักการประชาธิปไตยในการดำเนินการพัฒนา หลักช่วยกันคิดช่วยกันทำ หลักการทำงานเป็นกลุ่ม หลักการให้การศึกษา หลักการช่วยตนเองพึ่งตนเอง หลักการความสมดุล หลักการหาความรู้ ความสามารถให้กับตนเองเสมอ หลักการวางโครงการทำงาน หลักการประเมินโครงการทำงาน หลักการสร้างเครือข่ายในการพัฒนาหรือการประสานงาน หลักการเริ่มงานพัฒนาจากสภาพที่เป็นอยู่ ของประชาชน หลักความเป็นผู้นำ หลักคุณธรรม จากหลักการทั้ง 13 หลักการ มีความละม้าย คล้ายคลึงกัน เช่น หลักประชาธิปไตยในการดำเนินการ หลักช่วยกันคิดช่วยกันทำ หลักการทำงาน เป็นกลุ่ม แต่ก็ไม่เหมือนกันทุกอย่างและยังสนับสนุนซึ่งกันและกัน รวมทั้งยังรวมเอาหลักการที่ คล้ายคลึงกัน เช่น การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินการหลักการ PAR (Participatory Action Research) ซึ่งรวมเอาเรื่องการพัฒนาและการวิจัยเข้ามาด้วยอีกทอดหนึ่ง ดังนั้นหลักการต่างๆ จึงเกี่ยวพันกัน 3) วิธีการพัฒนาคน เพื่อให้คนเป็นคนที่มีทั้งคุณภาพและคุณธรรมนั้น ก็คือการนำเอาหลักการพัฒนา คนที่กล่าวมาข้างต้นมาลงมือทำ จัดเป็นหมวดหมู่มีวิธีการดังนี้ 3.1) การให้การศึกษา (Education) คือ การเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นต่างๆ ให้กับผู้อื่นที่เราจะพัฒนา ให้การศึกษาทุกเรื่องที่อยู่ ในกระบวนการ ให้ผู้รับการพัฒนามีความรู้ความเข้าใจและทำได้ 3.2) การให้การศึกษาจะต้อง คำนึงถึงพื้นฐานความรู้ของผู้รับการศึกษาแล้วจึงเพิ่มเติมจากที่มีให้มากขึ้น 3.3) ให้นำเอาการพัฒนา ทางวัตถุมมาใช้ เช่น การสร้างเครื่องมือเครื่องใช้ 3.4) การเรียนที่ดี การทำงานเพื่อการพัฒนาที่ดี จะต้องทำเป็นกลุ่ม เพื่อให้ชาวบ้านได้ช่วยกันคิด ช่วยกันเรียน สอนกันเอง เรียนกันเอง จะได้ทั้ง ความรู้ ความเข้าใจ และช่วยกันจดจำไว้ใช้ในอนาคต 3.5) นำเอารูปแบบมาเป็นแนวการพัฒนา คือ ในขณะที่เพิ่มความรู้ความสามารถด้านต่างๆ จะต้องรักษาสมดุลในตัวเองแต่ละคน ผู้เรียนไม่ให้เสีย สุขภาพจิต สุขภาพกาย ต้องมีเพื่อนทั้งที่เป็นรายบุคคลและรายกลุ่มคอยช่วยประคับประคอง 3.6) นำเอา BAN มาเป็นแนวทางการพัฒนา คือ ครู (จะเป็นนักพัฒนา นักวิชาการด้านต่างๆ พระหรือใคร ที่ทำหน้าที่สอน) และลูกศิษย์ (คือ ชาวบ้าน) จะต้องร่วมกันเรียน ร่วมกันสอน งานที่ทำและเรียน มี ทั้งงานพัฒนาและงานวัดผล ประเมินผลการทำงาน ครูนักเรียนต้องทำร่วมกัน และ 3.7) การพัฒนา คนจำเป็นต้องค่อยทำค่อยไป ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือความกล้าสมัยของสิ่งเก่า การมี ความชำนาญในการคิดและทำสิ่งใหม่ ตลอดจนการฝังเอาสิ่งใหม่เข้าไปในวัฒนธรรมหรือนิสัยของ ตนจะต้องใช้เวลามาก ต้องพยายามต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งครูและลูกศิษย์หรือคนภายนอกมีความ พอใจในผลงานจึงจะหยุดงานนั้น แต่งานใหม่ก็จะมีมาอีก การเรียนและการพัฒนาจึงไม่มีวันจบสิ้น เป็นกระบวนการตลอดชีวิต (Education is a Lifelong Process) (สัจญญา สัจญญาวิวัฒน์. 2551 : 124-130)

เจลีเยว บูร์รักดี และคณะ (2545 : 56-57) ได้กล่าวถึง การพัฒนาโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การพัฒนาของประชาชนเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของประชาชน โดยการเรียนรู้ อย่างมีระบบ การพัฒนาโดยประชาชนเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเป็นผู้ลงมือทำการพัฒนา เศรษฐกิจชุมชนตนเอง และการพัฒนาเพื่อประชาชนเป็นการพัฒนาของหน่วยงานภายนอกชุมชนที่ ดำเนินการให้กับประชาชน โดยคำนึงถึงประชาชนและดำเนินงานตามความต้องการของประชาชน อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาที่มีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งจะเป็นวิธีที่จัดการ ให้ประชาชนร่วมกันเก็บวิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาปัญหาชุมชน กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาดัดสนใจ เลือกกิจกรรม ลงมือดำเนินการและประเมินผลสรุป คือ 1) ร่วมมือกันอย่างพันธมิตรที่เท่าเทียมกัน ด้วยวิสัยทัศน์ร่วม นับถือกัน พยายามทำด้วยกันและยอมรับกัน 2) กระตุ้นและดำเนินการในการ เสริมพลังความพยายามพัฒนาของประชาชนทุกหนทุกแห่ง 3) มาตรการกำหนดมาจากเบื้องต้นต้อง เปลี่ยนกระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพของทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างพื้นฐานความสามารถ หลายด้านเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน 4) รูปแบบเทคนิค วิธีการที่ถ่ายทอดลงมาให้ประชาชนต้อง เปลี่ยนเป็นการให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและแหล่งทรัพยากรตามสะดวกผู้เชี่ยวชาญเป็นฝ่ายอำนวยความสะดวกสร้างให้ประชาชนตั้งสมประสงค์และความรู้ 5) การอำนวยความสะดวกให้ ประชาชนวางแผนงาน โครงการพัฒนาความต้องการความอดทนและทักษะการปฏิบัติในการ สนับสนุนการเรียนจากการปฏิบัติจริง และ 6) การจัดการให้ปฏิบัติได้จนเป็นนิสัยต้องเปลี่ยนจาก การควบคุม สั่งการไปเป็นการให้มีส่วนร่วมและสร้างความสามารถ

ลิขิต ธีรเวคิน (2547 : 25-30) ได้กล่าวถึง การบริหารงานที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen Center) หมายถึง การเอาผลประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง ทรัพยากรที่ใช้ทำเพื่อ ประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่ และเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าวจะต้องมีนโยบายที่สอดคล้องกับ ความต้องการของประชาชนเป็นพื้นฐาน แนวการบริหารดังที่กล่าวมาแล้วนี้อยู่บนพื้นฐานของ หลักการที่ว่า อำนาจอธิปไตยเป็นของปวงชนชาวไทย และเสียงประชาชนเป็นเสียงสวรรค์ (Vox Populi, Vox Dei) กล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การบริหารโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้น เป็นการสะท้อน ถึงหลักปรัชญาและการปฏิบัติภายใต้ระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตย ประชาชนจะต้องเป็นผู้ ได้รับประโยชน์จากนโยบาย โครงการและการใช้ทรัพยากร ดังนั้น ทรัพยากรอันจำกัดจะต้องมีการ นำไปใช้ประโยชน์หรือมีการแจกแจงโดยถือเอาความต้องการของประชาชนเป็นที่ตั้ง ซึ่งสามารถจะ ใช้ทรัพยากรดังกล่าวใน 2 ส่วนด้วยกัน คือ

1. ทรัพยากรธรรมชาติและทรัพยากรมนุษย์จะต้องนำไปใช้เพื่อการแก้ปัญหาจำเป็น เร่งด่วนของประชาชน ปัญหาดังกล่าวอาจจะเป็นปัญหาซึ่งประชาชนได้เรียกร้องมาในลักษณะของ การร้องทุกข์ต่อผู้บริหารประเทศ หรือ โดยผู้ถือบังเหียนการบริหารประเทศเป็นผู้เห็นปัญหาเอง

ยกตัวอย่างเช่น ในหมู่บ้านห่างไกลที่ไม่มีความสะดวกสบายในชีวิตเนื่องจากขาดสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ เช่น น้ำประปา ไฟฟ้า โทรศัพท์ ประชาชนในหมู่บ้านอาจจะรวมตัวกันเรียกร้องผ่านผู้นำหมู่บ้าน ส่งคำเรียกร้องดังกล่าวไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการพัฒนาสาธารณูปโภคและสาธารณูปการดังที่กล่าวมานั้นคือ การนำส่วนนำเข้า (Input) จากการเรียกร้องทางการเมือง (Political Demand) ของประชาชนเข้าสู่ระบบของการตัดสินใจ ซึ่งได้แก่ ผู้บริหาร อันมีหลายระดับด้วยกัน ตั้งแต่ส่วนท้องถิ่น ส่วนภูมิภาค จนมาถึงส่วนกลาง ขึ้นอยู่กับว่าขอบข่ายของการเรียกร้องดังกล่าวจะผ่านไปยังหน่วยงานใด ทั้งนี้ ก็เพื่อให้มีการพิจารณาและตัดสินใจวางแผนนโยบายเพื่อนำทรัพยากรมาแก้ปัญหาดังกล่าว ขณะเดียวกันถ้าหากหน่วยงานหรือผู้บริหารที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับพื้นที่ใดมองเห็นความจำเป็นที่จะต้องยกระดับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น และถึงแม้ไม่มีการเรียกร้องให้มีการแก้ปัญหาตามที่กล่าวมาแล้วเบื้องต้น ผู้รับผิดชอบในการบริหารก็สามารถเสนอนโยบายได้เอง อันถือว่าเป็นนโยบายที่เกิดจากผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อเอื้ออำนวยประโยชน์ให้กับประชาชนหรือที่เป็นที่ทราบกันว่าเป็น Within-put (ภายใน)

2. การวางนโยบายและการใช้ทรัพยากรเพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนที่ดีขึ้น ถึงแม้ประชาชนในพื้นที่หนึ่ง ๆ จะมีความจำเป็นพื้นฐานครบถ้วนแล้วก็ตาม แต่การบริหารที่ดีก็คือการทำให้เกิดคุณภาพดีขึ้นในทุกระดับถ้าทรัพยากรเอื้ออำนวย ตัวอย่างเช่น ในหมู่บ้านซึ่งมีถนนหนทางสำหรับการคมนาคมและการขนส่งอยู่แล้ว ก็อาจจะมีการพัฒนาพื้นผิวจราจรให้ดีขึ้นจากคิบลูกรังมาสู่การลาดยางแอสฟัลท์ หรือการสร้างด้วยคอนกรีต ฯลฯ ซึ่งการวางนโยบายในส่วนนี้มีจุดมุ่งเน้นเพื่อการพัฒนาไม่เพียงการแก้ปัญหา และจากตัวอย่างดังกล่าวก็อาจอนุมานได้ว่า เมื่อพื้นผิวจราจรเพื่อการขนส่งมีคุณภาพดีขึ้นการเดินทางก็จะสะดวก และถ้ามีการขยายถนนให้มีขนาดกว้างขึ้นการขนส่งสินค้าด้วยรถบรรทุกขนาดใหญ่ก็จะสะดวกรวดเร็ว นำไปสู่การขนส่งสินค้าที่ผลิตในชุมชนนั้น ๆ ไปสู่ตลาดภายนอกได้มากยิ่งขึ้น อีกตัวอย่างหนึ่ง ก็คือการมีสาธารณูปโภคและสาธารณูปการที่ครบบริบูรณ์ ซึ่งนอกจากจะเป็นการยกคุณภาพชีวิตของชุมชนนั้น ๆ แล้ว ยังจะมีส่วนส่งเสริม ชักจูง การเข้ามาลงทุนในอุตสาหกรรมของนักลงทุนเนื่องจากมีความครบถ้วนในโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจ อันได้แก่ ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ เส้นทางคมนาคมและการขนส่งทั้งหลายทั้งปวงดังกล่าวนี้มีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้งอันได้แก่ประชาชนส่วนใหญ่ ไม่ใช่เพื่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นประชาชนส่วนน้อย ตัวอย่างของการมีนโยบายเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่ที่เห็นเป็นรูปธรรมได้ก็คือ การจัดสรรที่ดินทำกินให้กับเกษตรกรที่ไร้ที่ดินทำกิน การจัดหาแหล่งน้ำและการพัฒนาชนบท ซึ่งมีการเน้นเป็นอย่างมากในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ โดย 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ มุ่งเน้นพัฒนาชนบทเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่

ของประเทศ อย่างไรก็ตาม การบริหารโดยประชาชนเป็นศูนย์กลางแม้จะเป็นหลักการที่ดี แต่ในทางปฏิบัติย่อมจะพบอุปสรรคในระดับหนึ่ง โดยอุปสรรคต่าง ๆ นั้นส่วนหนึ่งเกิดจากระบบ ส่วนหนึ่งเกิดจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ และส่วนหนึ่งเกิดจากประชาชน เช่น 1) ในส่วนของระบบนั้นโครงสร้างของระบบราชการ เกิดจากกฎหมายที่ล้าสมัย ขั้นตอนที่ยุ่มหิยิมและยึดเยื่อที่เรียกว่า red tape เป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารงาน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้อง 1.1) ปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบโครงสร้างระบบราชการเพื่อให้ความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น 1.2) กฎหมายที่ล้าสมัยต้องมีการยกเลิก 1.3) ขณะเดียวกันงานที่มีความซ้ำซ้อนกันก็ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงให้มีความกะทัดรัด และ 1.4) ที่สำคัญกระบวนการการบริหารงานจะต้องเปิดช่องว่างระหว่างประชาชนกับหน่วยงาน นอกจากนี้การเอื้ออำนวยความสะดวกในมุมต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับบริการที่เร็วขึ้น เป็นจุดสำคัญของการบริหารงานโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง เรื่องที่น่ายินดีก็คือกระบวนการทำบัตรประชาชน การต่อทะเบียนรถยนต์ ในปัจจุบันกระทำได้อย่างรวดเร็วโดยอาศัยสมองกลเป็นเครื่องมือ 2) อุปสรรคส่วนที่สอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ของรัฐจำนวนไม่น้อยยังคงติดนิสัยแบบเก่า ถือตัวเป็นเจ้าของประชาชน ไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยตรงในเรื่องกฎระเบียบ ขาดความยืดหยุ่น และที่สำคัญ ขาดความฉลาดเฉลียว ไม่ปรับปรุงสมรรถภาพและสมรรถนะของการทำงาน ทำงานแบบเช้าชามเย็นชามในลักษณะซังกะตาย ขาดความกระตือรือร้น ทั้งนี้ เนื่องจากขาดแรงจูงใจ หรืออาจจะเนื่องจากความบกพร่องของระบบอันเกี่ยวเนื่องกับการเล่นพรรคเล่นพวก หรือถูกแทรกแซงโดยการเมืองทำให้ขาดขวัญและกำลังใจ จนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรค ถ้าไม่มีการแก้ไข ผู้เสียหายประโยชน์ก็คือประชาชนผู้เสียหาย และ 3) ในส่วนของประชาชนซึ่งเป็นศูนย์กลางในการบริหารอาจจะกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคในตัวเองด้วย เช่น 3.1) ถ้าประชาชนมีความเฉื่อยชาและขาดความกระตือรือร้น 3.2) ไม่เรียกร้องสิทธิที่ตนควรมีควรได้ และ 3.3) สยบเกรงกลัวต่ออำนาจรัฐและบารมีของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทำให้ขาดความกล้าหาญและเรียกร้องต่อสู้เพื่อสิทธิ ความพยายามที่จะปรับปรุงสังคมให้ดีขึ้นก็จะไร้ผล ขณะเดียวกันประชาชนที่ฉวยโอกาสหาประโยชน์จากนโยบายดังกล่าว ก็จะมีส่วนทำให้เกิดความล้มเหลวของการบริหารโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เช่น การกู้เงินจากธนาคารประชาชนมาซื้อโทรศัพท์มือถือ หรือมาใช้จ่ายฟุ่มเฟือย กินเหล้าเมายา การแจ้งข้อมูลเท็จเพื่อจะได้ประโยชน์จากโครงการของรัฐ เป็นต้น การขาดความซื่อสัตย์สุจริตในหมู่ประชาชน หรือการไม่ให้ความร่วมมือกับทางฝ่ายรัฐ ย่อมจะเป็นอุปสรรคสำคัญของการบริหารงานดังกล่าว ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากการบริหารงานโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางซึ่งแตกต่างจากการบริหารงานแบบเก่า จะมีทั้งในแง่รูปธรรมและนามธรรม ในแง่รูปธรรมนั้น สิ่งที่เห็นชัดก็คือ การให้ความสำคัญและการใช้ทรัพยากร ทรัพยากรถ้าหากใช้ในโครงการที่เอื้ออำนวยประโยชน์ต่อกลุ่มที่ได้เปรียบในสังคม ก็สะท้อนให้เห็นถึงหลักการ

บริหารว่า เพื่อประโยชน์ของชนกลุ่มน้อย แต่ถ้าทรัพยากรส่วนใหญ่นำไปสู่การเสนอนโยบายที่อิงประชาชน เช่น นโยบายต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วเบื้องต้น ประชาชนย่อมจะได้ประโยชน์ในเชิงรูปธรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น คนที่เข้าไม่ถึงแหล่งเงินทุนก็จะมีโอกาสเข้าถึงแหล่งเงินทุนในนโยบายแปลงทรัพย์สินให้เป็นทุน คนที่ไม่มีบ้านอยู่อาศัยก็จะมีบ้านอยู่อาศัยทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่น ส่วน ในเชิงนามธรรมนั้น สิ่งที่ประชาชนจะได้จากการบริหารที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางก็คือทัศนคติที่มองประชาชนเป็นส่วนสำคัญของคนในชาติประโยชน์ที่ทำให้กับประชาชนซึ่งมาจากเงินภาษีอากรของประชาชนก็คือ การให้บริการโดยรัฐผ่านเจ้าหน้าที่ของรัฐ ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการดังกล่าว และรัฐก็มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวเช่นเดียวกัน

3. แนวคิดเกี่ยวกับยา

3.1 ความหมายของยา

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 จากมาตรา 4 ยา หมายความว่า 1) วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ 2) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ 3) วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป หรือ และ 4) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์

วัตถุดตาม 1) 2) หรือ 4) ไม่หมายความรวมถึง ก) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการเกษตร หรือการอุตสาหกรรมตามที่รัฐมนตรีประกาศ ข) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นอาหารสำหรับมนุษย์ เครื่องกีฬา เครื่องมือ เครื่องใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เครื่องสำอาง หรือเครื่องมือและส่วนประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในการประกอบโรคศิลปะหรือวิชาชีพเวชกรรม และ ค) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในห้องวิทยาศาสตร์สำหรับการวิจัย การวิเคราะห์ หรือการชันสูตรโรคซึ่งมิได้กระทำโดยตรงต่อร่างกายของมนุษย์ โดยแบ่งได้ ดังนี้

ยาแผนปัจจุบัน หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน หรือการบำบัดโรคสัตว์

ยาแผนโบราณ หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศหรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณ

ยาอันตราย หมายถึง ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาอันตราย

ยาควบคุมพิเศษ หมายถึง ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาควบคุมพิเศษ

ยาใช้ภายนอก หมายถึง ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่มุ่งหมายสำหรับใช้ภายนอก ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาใช้เฉพาะที่

ยาใช้เฉพาะที่ หมายถึง ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่มุ่งหมายใช้เฉพาะที่กับหู ตา จมูก ปาก ทวารหนัก ช่องคลอด หรือท่อปัสสาวะ

ยาสามัญประจำบ้าน หมายถึง ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาสามัญประจำบ้าน

ยาบรรจุเสร็จ หมายถึง ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่ได้ผลิตขึ้นเสร็จ ในรูปต่าง ๆ ทางเภสัชกรรม ซึ่งบรรจุในภาชนะหรือหีบห่อที่ปิดหรือผนึกไว้ และมีฉลากครบถ้วนตามพระราชบัญญัตินี้

ยาสมุนไพร หมายถึง ยาที่ได้จากพฤกษชาติ สัตว์ หรือแร่ ซึ่งมีได้ผสมปรุง หรือแปรสภาพ

พจนานุกรม ราชบัณฑิตยสถาน อธิบายว่า ยา หมายถึง สิ่งที่ใช้แก้หรือป้องกันโรค หรือ บำรุงร่างกาย เรียกชื่อต่าง ๆ กัน คือ เรียกตามลักษณะก็มี เช่น ยาผง ยาเม็ด ยาน้ำ เรียกตามสีก็มี เช่น ยาแดง ยาเขียว ยาเหลือง ยาดำ เรียกตามรสหรือกลิ่นก็มี เช่น ยาขม ยาหอม เรียกตามวิธีทำก็มี เช่น ยาต้ม ยากลั่น ยาคอง เรียกตามกิริยาที่ใช้ก็มี เช่น ยากวาด ยากิน ยาฉีด ยาคุม ยาอม เรียกยา ผื่นว่า ยา ก็มี เช่น โรงยา สารเคมีสำหรับเคลือบเงินทองให้มีสีต่าง ๆ (กฏ) วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายา ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศ วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป หรือวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์. ก. ทำให้หายโรค รักษาให้หาย ในคำว่า เขียวยา ทำให้หายเร็ว เช่น ยาเร็ว. ว. ใช้ประกอบคำพ้อง หลูก ว่า พียา น่องยา หลูกยา ใช้ในราชาศัพท์ หมายความว่า เพศชาย เช่น พระเจ้าลูกยาเธอ

สุนทรื ท.ชัยสัมฤทธิโชค (2540 : 1) ได้ให้คำจำกัดความ ยา หมายถึง 1) วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ 2) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ 3) วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป และ 4) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ที่รัฐมนตรีประกาศ

ก่าพล ศรีวัฒนกุล (2545 : 32) ได้ให้ความหมายว่า ยาตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง สารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีวัตถุประสงค์ในการใช้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขบวนการทางพยาธิวิทยา ซึ่งทำให้เกิดโรค ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ได้รับยานั้น

ยานับเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในหลายปัจจัยในการดำรงชีวิต ยาจึงนับเป็นสิ่งที่มีความค่านันต์ แต่ในขณะที่เดียวกันก็จะมีโทษมหันต์ ถ้าหากนำยานั้นไปใช้ในทางที่ผิดหรือใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสมจะใ้ยาให้ปลอดภัยได้อย่างไร

เมื่อได้รับยาจากการไปพบแพทย์หรือซื้อยาจากร้านขายยากี่ตาม สิ่งที่จะต้องทราบเกี่ยวกับยาและถือปฏิบัติมีดังนี้

1. อ่านฉลากยาให้เข้าใจและหากมีปัญหาเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาต้องถามให้เข้าใจอย่างชัดเจนก่อน

2. เมื่อ ไรก็ตามที่ได้รับการจ่ายยามา ลองหาคำตอบสำหรับคำถามเหล่านี้

2.1 ควรรู้ชื่อยา หากเป็นไปได้อย่างน้อยควรรู้ว่ามีข้อบ่งใช้หรือรักษาอะไร

2.2 มีข้อควรระวังในการใช้ยาอย่างไร

2.3 ไม่ควรรับประทานร่วมกับยาใดบ้าง

2.4 ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่มประเภทใดบ้าง

2.5 มีวิธีใช้ยาอย่างไรและเวลาใดบ้าง

2.6 ต้องใช้เป็นระยะเวลาานเท่าใด หรือควรพบแพทย์อีกหรือไม่

3. ทุกครั้งที่พบแพทย์หรือซื้อยามาใช้ด้วยตนเอง ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรได้รับทราบว่ากำลังใช้ยาอะไรอยู่บ้าง

4. ยาเกือบทุกชนิดจะมีฤทธิ์ข้างเคียงที่นอกเหนือจากฤทธิ์สำคัญที่ต้องการ และอาจเกิดกับคนแต่ละคนไม่เหมือนกัน หากผู้ใช้ยามีปัญหาของฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดขึ้นควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

5. ผู้ใช้ยาควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบทุกครั้งว่าตนเองเคยมีอาการแพ้ชนิดใดบ้าง อาการแพ้ยาแสดงให้เห็นด้วยลักษณะต่างๆ เช่น เกิดผื่นแดงที่ผิวหนัง ผื่นลมพิษ คันตามตัวหรือใบหน้า หน้าบวม หรือหายใจขัด เป็นต้น

6. ไม่ควรนำยาของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์ไปให้ผู้อื่น หรือนำผู้อื่นให้ผู้อื่นใช้ชนิดเดียวกับตน ถึงแม้ว่าจะแสดงอาการคล้ายคลึงกันแต่อาจไม่ใช่โรคเดียวกันก็ได้

7. การซึ่ยามาใช้ด้วยตนเอง เช่น ยาหยอดหู ตา จมูก หรือยาเหน็บ ควรอ่านฉลาก หรือถามผู้ขายถึงวิธีใช้ยาให้เข้าใจ เพราะบ่อยครั้งที่พบว่าการใช้ไม่ถูกต้องทำให้โรคหรืออาการไม่หายได้

8. คนที่มีโรคประจำตัวอยู่จะต้องใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ จำเป็นต้องระมัดระวังในการซึ่ยามาใช้ด้วยตนเอง เพราะอาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาได้

9. ไม่ควรให้ยาแก่ทารกที่มีอายุต่ำกว่า 1 ขวบ โดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรและการให้ยาเพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงแก่เด็กที่มีอายุของเด็ก

10. สตรีมีครรภ์อยู่ในระยะให้นมบุตร ควรปรึกษาการใช้ยากับแพทย์หรือเภสัชกร

11. ควรมีความรู้เกี่ยวกับการเก็บยาให้ถูกต้อง โดยทั่วไปยาที่ไม่ได้ระบุในฉลากว่าต้องเก็บในตู้เย็น ก็ควรเก็บไว้ในตู้เก็บยาที่ปิดมิดชิดในสถานที่แห้งและเย็น ไม่มีแสงแดดส่อง

12. ตรวจสอบดูยาเป็นระยะๆ เพื่อกำจัดยาที่ไม่ใช้หรือหมดอายุแล้ว

3.1.1 การให้ยาให้ถูกต้อง

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือไม่สบาย คนส่วนมากมักนึกถึงการให้ยาเป็นลำดับแรก บ่อยครั้งที่พบว่าอาการเจ็บป่วยนั้นอาจหายได้โดยไม่ต้องพึ่งพาหา หากมีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง แต่โรคบางโรคจำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงและต้องให้ยาจึงจะหายหรือทุเลาได้ การวินิจฉัยให้ถูกโรคเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร หากขาดซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้

1. ให้ยาให้ถูกวิธีหรือถูกทาง

วิธีการใช้ยามีความแตกต่างกันตามรูปแบบทางเภสัชกรรมของยาดังนี้

1.1 ยาเม็ดหรือแคปซูล วิธีใช้ยาที่ถูกต้องคือ กลืนยาทั้งเม็ดหรือแคปซูลพร้อมน้ำโดยไม่ต้องเคี้ยว เนื่องจากมีวัตถุประสงค์ให้ยาไปแตกตัวหรือละลายที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ว่ามีการเคลือบเม็ดยาหรือไม่ นอกจากนี้ยังป้องกันการรับรสที่ไม่พึงประสงค์จากยาบางชนิดอีกด้วย ยาเม็ดที่ระบุว่า “ควรเคี้ยวก่อนกลืน” เช่น ยาลดกรด ก็ต้องเคี้ยวให้ละเอียดแล้วกลืนพร้อมน้ำเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ดีและเร็วขึ้น

1.2 ยาน้ำสำหรับรับประทาน มีทั้งชนิดที่เป็นยาน้ำใสและยาน้ำแขวนตะกอนสำหรับยาน้ำแขวนตะกอน ก่อนรินยาต้องเขย่าขวดก่อนทุกครั้งเพื่อให้ตัวยากระจายทั่วขวด จึงทำให้ขนาดให้ยาแต่ละครั้งมีตัวยาท่าๆกัน และต้องใช้เครื่องตวงยามาตรฐาน เช่น ช้อนตวง หรือหยอดยา ซึ่งโดยทั่วไปจะให้มาพร้อมกับขวดยาอยู่แล้วห้ามใช้ช้อนกาแฟหรือช้อนรับประทานอาหาร เพราะทำให้ได้รับยาในขนาดที่ไม่ถูกต้อง

1.3 ยาผงสำหรับรับประทาน หากระบุว่าให้ละลายน้ำก่อนรับประทานก็ต้องละลายก่อน เพราะหากเทใส่ปากในลักษณะผงแห้งแล้วดื่มน้ำตามอาจเกิดอันตราย โดยเฉพาะเกิดการอุดตันใน

หลดอาหารได้ หากเป็นยาผงโรยแผล เวลาใช้ต้องระวังอย่าให้ผงปลิวเข้าปาก จมูก หรือตา และเมื่อใช้เสร็จแล้วต้องล้างมือให้สะอาด

1.4 ยาขี้ผึ้งหรือครีม เป็นยาที่ใช้สำหรับผิวหนังนอกร่างกาย เวลาใช้ให้ทาบางๆ วันละ 2 – 3 ครั้ง โดยไม่ต้องถูหรือนวด ยกเว้นเมื่อมีระบู่ไว้ในแผลเท่านั้นจึงจะทาและถูวนวดเพื่อให้ยาซึมซาบดีขึ้น

1.5 ยาประเภทหยอดหู ตา จมูก ก่อนใช้ให้อ่านฉลากที่แนะนำวิธีการใช้ก่อนและหากไม่เข้าใจเข้าใจควรสอบถามผู้ขายหรือผู้มีหน้าที่จ่ายยาก่อนเสมอ

1.6 ยาเหน็บ เป็นยาที่ใช้สอดเข้าช่องทวารหนักหรือช่องคลอด เพื่อให้ยาละลายแล้วดูดซึมเข้าร่างกายหรือออกฤทธิ์เฉพาะที่ซึ่งขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการใช้

1.7 ยาอม เป็นยาที่ต้องการให้ละลายในปาก บางชนิดใช้อมเพื่อให้ออกฤทธิ์เฉพาะที่ เช่น ยาอมแก้เจ็บคอ ดังนั้น จึงห้ามเคี้ยวหรือกลืนยา

1.8 ยาฉีด เป็นยาที่ให้เข้าสู่กระแสโลหิตโดยไม่ผ่านการรับประทาน อาจฉีดเข้าเส้นเลือดดำโดยตรง หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เป็นต้น

2. ใ้ยาให้ถูกกับโรค

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและจำเป็นต้องใช้ยา ควรระลึกเสมอว่า ยามีใช้ขมนหรืออาหารที่จะทดลองรับประทานได้ ดังนั้น จึงควรเลือกซื้อยาจากร้านขายยาที่มีเภสัชกรเป็นผู้แนะนำยาให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น ไม่ควรใช้ตามคำแนะนำของเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและยา เพราะอาการแสดงของโรคหลายชนิดมีลักษณะคล้ายกันได้ แต่อาจ ไม่ใช่โรคเดียวกัน

3. ใ้ยาให้ถูกขนาดและถูเวลา

“ขนาดยา”คือจำนวนยาที่ให้เข้าไปในร่างกายเพื่อทำให้เกิดผลในการรักษาที่ดีที่สุด โดยทั่วไปขนาดยาหรือขนาดใ้ยาในแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากันซึ่งแตกต่างกันไปตามอายุ น้ำหนัก ร่างกาย และความรุนแรงของโรค ดังนั้น ผู้ใ้ยาจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำในฉลากเกี่ยวกับขนาด และระยะเวลาหรือช่วงห่างในการใ้ยา จึงทำให้การใ้ยานั้นๆ ได้ผลตามต้องการ ยาแต่ละชนิดจะมีจำนวนใ้ต่อวันไม่เหมือนกัน เช่น บางชนิดอาจรับประทานวันละ 3 – 4 ครั้ง บางชนิดระบุให้ใ้ทุก 6 ชั่วโมง หรือบางชนิดอาจรับประทานวันละ 1 ครั้ง ช่วงห่างของการใ้ยาดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญมาก หากใ้ไม่ถูกต้องจะทำให้ใ้ยาเกินขนาดหรือไม่ถึงขนาดที่จะให้ผลในการรักษาได้ นอกจากนี้ บนฉลากยาจะสังเกตเห็นว่ายานบางชนิดระบุให้ทานก่อนหรือหลังอาหาร ผู้ใ้ยาควรต้องทราบถึงความหมายของคำต่างๆ ที่พบเสมอบนฉลากยา เช่น อาหาร ผู้ใ้ยาควรต้องทราบถึงความหมายของคำต่างๆ ที่พบเสมอบนฉลากยา เช่น

3.1 รับประทานก่อนอาหาร หมายความว่าก่อนอาหารอย่างน้อยครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง ทั้งนี้เพื่อให้ยาดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต ได้ดีขณะในท้องว่าง

3.2 รับประทานหลังอาหาร หมายความว่าหลังอาหารอย่างน้อย 15 นาที ยาส่วนใหญ่ มักให้รับประทานหลังอาหาร ซึ่งสามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดี โยมีสารอาหารช่วยในการดูดซึม

3.3 รับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหารทันที ยาพวกที่มีฤทธิ์เป็นกรดทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหารถึงขั้นเป็นแผลทะลุได้ และบ่อยครั้งทำให้คลื่นไส้ หรืออาเจียนอย่างรุนแรงหากรับประทานขณะท้องว่าง ดังนั้นจึงต้องมีอาหารหรือน้ำช่วยให้เจือจาง ยาดังกล่าวได้แก่ ยาแก้ปวดข้อ ยาแก้ปวด แอสไพริน หรือยาปฏิชีวนะบางชนิด

3.4 รับประทานก่อนนอน หมายความว่าให้รับประทานก่อนนอนตอนกลางคืนวันละ 1 ครั้ง เท่านั้น หากลิ้มรับประทานยาตามกำหนดในฉลาก เมื่อนึกขึ้นได้และเป็นเวลาใกล้เคียงกับเวลาเดิมให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้กับครั้งต่อไปให้รับประทานตามปกติโดยไม่ต้องเพิ่มขนาด เพราะอาจเกิดอันตรายได้

4. ไม่ใช้ยาในทางที่ผิด

ปัจจุบันได้มีการนำเอายาบางชนิด โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมาใช้ในทางอื่น ที่มีใช้การรักษาโรคเพื่อก่อให้เกิดการสุกกายสบายใจ โดยอาศัยฤทธิ์ข้างเคียงของยาเหล่านั้น การใช้ยาในทางที่ผิดอาจนำไปสู่การติดยา และก่อให้เกิดปัญหามากมายในสังคมตามมาภายหลัง ยาบางชนิด อาจก่อให้เกิดการเสพติด ตัวอย่างที่พบบ่อย เช่น แอมเฟตามีน (ยาบ้า) มักถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด วัตถุประสงค์ เช่น คนขับรถบรรทุกนำมาใช้แก้ง่วงนอนขณะขับรถ นักศึกษาต้องการดูหนังสือ กลางคืนก่อนสอบ เป็นต้น

ยาจำพวกสเตียรอยด์ เป็นยาที่มีประโยชน์มากแต่ให้โทษมหันต์ เช่น เพรดนิโซโลน และ เดกซาเมทาโซน เป็นต้น ยาเหล่านี้ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิดกันมาก เช่น ใช้เป็นยาทำให้อ้วน ทำให้ผู้ที่ใช้ยา รับประทานอาหารได้มากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วแต่หน้าบวม ไข้เป็นยาชุดแก้ปวดเมื่อย ผลเสียที่ตามมาหลักจากการใช้ยาคือ ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้มากมาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกผุ โรคจิตประสาท หรือโรคแผลในกระเพาะอาหาร

5. ไม่ควรใช้ยาผิดบุคคล

ยาแต่ละชนิดแต่ละขนาดย่อมเหมาะสมกับอาการ โรคของแต่ละบุคคลเพราะผลของยาที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน เช่น เด็ก หนุ่มสาว ผู้ใหญ่ เพศหญิง เพศชาย ผู้สูงอายุ และสตรีมีครรภ์ เนื่องจากสภาพร่างกายของคนแต่ละวัยแตกต่างกัน เช่น ในเด็กอวัยวะต่างๆ ในร่างกายยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ ในผู้สูงอายุอวัยวะต่างๆ กำลังเสื่อมสภาพไป เช่นระบบการย่อยซึ่งเกี่ยวข้องกับการ

ดูดซึมของยา อวัยวะตับ ไต ซึ่งทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงและขจัดยาออกจากร่างกายได้น้อยลงบางครั้งทำให้มีการสะสมยาในร่างกายจนเกิดเป็นพิษ และในสตรีมีครรภ์ ยาที่ใช้อาจมีผลกระทบต่ออวัยวะของทารก จึงต้องคำนึงถึงทารกในครรภ์ด้วย เพราะยาบางชนิดสามารถผ่านรกไปยังกระแสเลือดของลูกได้ คนส่วนใหญ่มีการตอบสนองต่อยาคล้ายคลึงกัน แต่ความไวต่อการตอบสนองต่อยาจะแตกต่างกันไปตามอายุ น้ำหนัก เพศ และการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ไต และหัวใจ ในผู้ป่วยเด็กมีการตอบสนองต่อยามากกว่าผู้ใหญ่ ดังนั้น ขนาดของยาที่ใช้ในเด็กจึงน้อยกว่าผู้ใหญ่ การนำเอายาที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่มาใช้กับเด็กอาจทำให้เกิดอันตรายขึ้นได้ ส่วนผู้ใหญ่มีการตอบสนองต่อยามากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ ยาบางชนิดห้ามใช้กับเด็ก หรือหญิงมีครรภ์ เพราะจะทำให้ทารกมีฟันเหลืองกระดูกมีการเจริญเติบโตผิดปกติอีกด้วย และห้ามใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี เพราะจะทำให้ฟันแท้เปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลดำ

6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาหลายขนานในเวลาเดียวกัน

ยาบางอย่างต้องคำนึงถึงปฏิกิริยาระหว่างยา เมื่อร่างกายได้รับยาหลายขนานพร้อมกัน ยาเหล่านั้นอาจเกิดปฏิกิริยาต่อกัน ซึ่งอาจทำให้เริ่มฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์กัน ยาที่ต้านฤทธิ์กันเรียกตามภาษาชาวบ้านว่า “ยาตีกัน” แทนที่โรกภัยไข้เจ็บจะหายกลับทำให้ทรุดหนักลง ส่วนยาที่เสริมฤทธิ์กันอาจทำให้เกิดผลการรักษาโรคดีขึ้น แต่ฤทธิ์ของยาที่เสริมอาจสูงเกินขนาดการรักษาโรค ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ ตัวอย่างเช่น การรับประทานยาคลอฟนิรามีน (ยาแก้แพ้) ร่วมกับยาไดอะซีแพม (ยากล่อมประสาท) จะเสริมฤทธิ์กันทำให้ง่วงนอนมากขึ้น การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาไม่ใช่เกิดเฉพาะยาเท่านั้น อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างอาหารก็ได้

ตัวอย่าง ยาเทตระไซคลิน	ไม่ควรรับประทานพร้อมกับนม
ยาเพนนิซิลลิน	ไม่ควรรับประทานพร้อมับน้ำผลไม้
ยาคลอฟนิรามีน	ไม่ควรรับประทานพร้อมับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

7. ไม่ควรใช้ยาหมดอายุ

ยาทุกชนิดมีวันหมดอายุหรือสิ้นอายุ หมายถึง ยานั้นไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาโรค เนื่องจากตัวยาบางส่วนสลายตัวเมื่อเก็บไว้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง วันสิ้นอายุของยาจะระบุไว้ที่ฉลากติดข้างขวดหรือบนแผงยา ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่บ่งบอกถึงวันหมดอายุของยาไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะต้องระบุวันหมดอายุเสมอเพราะยานี้มีอายุต่างจากยาอื่น วันหมดอายุของยาที่ผลิตจากต่างประเทศจะเขียนเป็นภาษาอังกฤษมีคำว่า Exp. Date หรือ Used Before ตามด้วยตัวเลขระบุถึงวันเดือนปีที่ยาหมดอายุ เช่น 2.5.1996 (หมายความว่า ยาหมดอายุวันที่ 2 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2539) แต่ในบางครั้งจะบอกแต่เดือนและปี เช่น Aug. 1996 หมายความว่า ยาหมดอายุวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2539 ยาปฏิชีวนะที่เป็นผงแห้งเมื่อนำมาผสมน้ำแล้วใช้สำหรับเด็กจะมีอายุการ

ใช้เพียงเจ็ดวัน เมื่อเก็บไว้ในตู้เย็น ส่วนยาที่ไม่ได้กำหนดวันหมดอายุให้ดูจวันผลิต ถ้าเป็นภาษาอังกฤษจะมีคำว่า M.F.D หรือ Mid. Date แล้วตามด้วยตัวเลขของวันเดือนปี โดยปกติยาน้ำมีอายุไม่เกิน 3 ปี ยาที่หมดอายุแล้วห้ามนำมาใช้กับผู้ป่วย เพราะนอกจากจะไม่ได้ผลในการรักษาแล้ว ยังอาจเกิดอันตรายต่ออวัยวะในร่างกาย เช่น ตับ ไต และอวัยวะอื่นๆ อีกด้วย

3.1.2 อันตรายจากการใช้ยา

ยาเปรียบเสมือนดาบสองคม ไม่มียาใดที่ให้คุณโดยไม่ให้โทษ ถ้าใช้อย่างถูกต้องจะเกิดประโยชน์อย่างมากมาย ในขณะที่เดียวกันก็อาจทำให้เกิดโทษได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงชีวิตได้ โทษนี้ถือว่าเป็นอันตรายจากการใช้ยา ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 จำพวกใหญ่ๆ คือ อันตรายจากการใช้ยาทั่วไป และอันตรายจากการแพ้ยา รวมทั้งปฏิกิริยาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

1. อันตรายจากการใช้ยาทั่วไป ได้แก่

1.1 อันตรายจากการใช้ยาผิด เกิดจากการใช้ยาผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์โดยความพลั้งเผลอ หรือผู้จ่าย ผู้ขายหยิบยาผิด เช่นรับประทานยานอนหลับ โดยเข้าใจว่าเป็นยาระงับปวด เอาขี้ผึ้งป้ายแผลไปป้ายตา เป็นต้น

1.2 อันตรายจากการใช้ยาในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ นั่นคือ ยาที่ผู้ผลิต ผลิตออกมาเพื่อใช้วัตถุประสงค์อย่างหนึ่ง แต่กลับนำมาใช้อีกวัตถุประสงค์หนึ่ง เช่น แอมเฟตามีน เป็นยาอันตรายทำให้เสพติดได้ มีฤทธิ์กระตุ้นศูนย์ประสาททำให้ความกึกก้องใส มีประโยชน์สำหรับบุคคลที่มีอาการอ่อนเพลียทั้งร่างกายและสมอง แพทย์ใช้รักษาโรคประเภทโรคจิตซึมเศร้าแต่ถ้าใช้นานๆ จะทำให้สุขภาพทรุดโทรม เกิดความเสื่อมทางจิตถึงขั้นโรคจิต ดังนั้น เมื่อคนขับรถหรือนักศึกษาเอาไปใช้เป็นยาแก้ง่วงฤทธิ์ของยาจะกระตุ้นประสาททำให้ตื่นตัวตลอดเวลา และกำลังสำรองก็หมดลงจะมีอาการพลอดตัววูบไปเพราะความอ่อนเพลีย ขาดความรู้สึกรักษาการควบคุมตนเองชั่วขณะ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

1.3 อันตรายจากการใช้ยาผิดวิธี เป็นอันตรายที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ใช้ยามิได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร มีคำแนะนำให้เคี้ยวแต่ผู้ใช้กลืนโดยไม่เคี้ยวก่อน ยาชนิดนี้ตอกเม็ดแน่น ดังนั้น เมื่อยาลงไปในกระเพาะอาหารจะละลายเพียงบางส่วนแล้วก็เลยไปที่ลำไส้ ทำให้ไม่ได้ผลในการรักษาและบางทีอาจเสียดสีแผลลุกลาม ตกเลือดได้

1.4 อันตรายจากการใช้ยาผิดขนาด ได้แก่

1.4.1 ใช้ยาในขนาดน้อยกว่าที่กำหนด ทำให้ไม่มีผลทางการรักษาและอาจทำให้เชื้อโรคเกิดการดื้อยาได้

1.4.2 ใช้ยาในขนาดมากกว่าที่กำหนด ทำให้เกิดพิษ และหากมากเกินไปอาจถึงขนาดเสียชีวิตได้ อาทิเช่น ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท ผู้ใช้บางคนเกรงว่ายาจะได้ผลน้อย

อยากเห็นผลการรักษาเร็วรับประทานมากกว่าที่กำหนดหรืออาจเกิดความถี่เกินเช่น ข้อกำหนดให้รับประทาน 1 เม็ดทุก 6 ชั่วโมง ก็รับประทานที่เดียว 2 เม็ด เพื่อจะได้ไม่ต้องลุกกลางดึก

1.4.3 ใช้ยาบางอย่างติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการทำลาย

โครงสร้างของร่างกายบางอย่าง เช่น ยาคลอแรมเฟนิค จะทำให้เกิดโรคโลหิตจางอย่างร้ายแรง หรือทำลายการสร้างเม็ดโลหิต ทำให้ตายได้

1.5 อันตรายจากการใช้ยาไม่ได้มาตรฐาน หรือยาปลอม อันตรายจากการใช้ยาไม่ได้มาตรฐาน หรือจากการใช้ยาปลอมจะคล้ายคลึงกันกล่าวคือ

1.5.1 ถ้ายานั้นมีตัวยาน้อยไป โรคอาจไม่หาย อาการทรุดลง เชื้อโรคอาจคืบยาและอาจตายได้

1.5.2 ถ้ายานั้นมีตัวยามากเกินไป โรคอาจหายได้ แต่อาจเกิดพิษจากการใช้ยาเกินขนาดได้

1.5.3 ถ้ายานั้นไม่มีตัวยาสำคัญเลย โรคไม่หาย แต่อาการรุนแรงขึ้นอาจถึงตายได้

1.5.4 ใส่ตัวยาอื่นแทน ทำให้ผู้ใช้ยาเข้าใจผิดคิดว่าเป็นยาคี จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เพราะเกิดการใช้ยาผิด หรือ โรคนั้นลุกลามมากขึ้น

2. อันตรายจากการแพ้ยา การแพ้ยาเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายได้รับสิ่งแปลกปลอม(แอนติเจน) ในที่นี้หมายถึงยา ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายจะพยายามกำจัดสิ่งแปลกปลอมนั้นหมดไป ในกรณีที่สิ่งแปลกปลอมถูกกำจัดไม่ได้หรือไม่หมดเนื่องจากชนิดของสิ่งแปลกปลอมหรือผิดปกติทางพันธุกรรมบางอย่างทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อร่างกาย อาจโดยทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร เชื้อบูดวงดตา หรือโดยการฉีด สิ่งแปลกปลอมจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารชนิดหนึ่งไปจับแน่นที่แมสเซลล์ (Mast cell) หรือเม็ดเลือดขาวเบโซฟิล (Basophil) ถ้าได้รับเพิ่มอีกจะมีการจับซ้ำเพิ่มขึ้น ไปอีกผลคือ ทำให้เกิดการหลั่งสารที่ทำให้เกิดอาการแพ้หลายชนิดในร่างกาย ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบ การขยายตัวของหลอดเลือดฝอย มีความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น นั่นคือเกิดกลุ่มอาการหลั่งสารที่ทำให้เกิดอาการ จากปฏิกิริยาภูมิแพ้ จะเกิดมากหรือน้อยขึ้นกับการหลั่งสารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ต่อเนื้อเยื่ออวัยวะของร่างกาย ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนอาจจะเกิดอาการแพ้ขณะที่คนอื่น ๆ อาจจะไม่มีอาการเลยก็ได้

กลุ่มอาการแพ้ที่เกิดขึ้น อาการจะรุนแรงอย่างเฉียบพลัน ถ้าได้รับสารแปลกปลอมโดยการฉีด ถ้ารักษาไม่ทันอาจถึงตายได้ อาการประกอบด้วย มีผื่นคันผิวหนัง อาเจียน ท้องเดิน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก เข้าสู่ภาวะช็อก ส่วนอาการที่ไม่รุนแรงอาจเกิดเฉพาะที่กับอวัยวะบางระบบเท่านั้น อาจเป็นผิวหนังหรือทางเดินอาหารหรือทางเดินหายใจ เช่น ผื่นคันมีผื่นลมพิษ อาเจียน ท้องเดิน ปวดท้อง หรือหอบหืด เป็นต้น

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องในการทำให้เกิดการแพ้ยาที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิแพ้

1. ลักษณะเฉพาะของยา ถ้าเป็นยาที่มีโมเลกุลใหญ่จะกระตุ้นภูมิคุ้มกันทำให้เกิดอาการแพ้ง่ายกว่ายาที่มีโมเลกุลเล็ก
2. วิธีการใช้ยาและอายุของผู้ใช้ยา การให้ยาทางหลอดเลือดจะทำให้เกิดการแพ้บางชนิดรุนแรง ส่วนวิธีการใช้ยาอื่นๆจะทำให้เกิดอาการแพ้ทางผิวหนังอายุของผู้ใช้ยาพบว่า อาการแพ้ในเด็กจะน้อยกว่าในผู้ใหญ่
3. ผลจากสิ่งแวดล้อม เช่น แสงแดดจะกระตุ้นให้เกิดการแพ้ยาในคนที่รับประทานยาขับปัสสาวะบางชนิด หรือได้รับยาปฏิชีวนะบางชนิดจะทำให้เกิดผื่นแพ้ได้ในคนที่ เป็นโรคไวรัสชนิดหนึ่ง

อาการแสดงของการแพ้ยา การแพ้ยาทำให้เกิดอาการได้ในเกือบทุกส่วนของร่างกาย ได้แก่

1. อาการทางผิวหนัง เช่น คัน โดยไม่มีผื่น ลมพิษ เป็นผื่นนูนแดง เป็นตุ่มน้ำพองใส เป็นรอยดำ
2. อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน
3. อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น การทำงานของไตเสียไป ไตวาย
4. อาการทางหู เช่น หูอื้อ

นอกจากนี้ ยังมีอาการอื่นๆเช่นอ่อนเพลีย ต่อม้ำเหลืองโต สิว บวมตามตัว กรณีสงสัยว่าเกิดการแพ้ยา ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. หยุดใช้ยาทันที ถ้าใช้ยาอยู่หลายชนิดไม่ทราบว่าเป็นยาตัวไหน ควรหยุดยาทุกชนิด แต่ถ้าหากมีความจำเป็นต้องใช้และอาการแพ้ไม่รุนแรงอาจจะใช้ยาต่อไปได้ แล้วเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด

2. กินยาแก้แพ้

3. ถ้ากินยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ให้ไปพบแพทย์

4. ควรนำยาทุกชนิดที่รับประทานไปให้แพทย์ดูด้วย

5. เมื่อหายจากอาการแพ้ยาแล้ว ควรจดชื่อยาและลักษณะอาการที่เกิดจากการแพ้ยาไว้ และแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อจำเป็นต้องใช้ยา ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

อันตรายจากการใช้ยาที่มักพบเสมอ นอกเหนือจากการแพ้ยาเนื่องจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ในร่างกายแล้ว ยังมีปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องจากยาต่อร่างกายอื่นๆที่ทำให้ร่างกายได้รับอันตรายจากการใช้ยา กลุ่มอาการดังกล่าวเหล่านั้น ได้แก่

1. ฤทธิ์ข้างเคียงหรือฤทธิ์อันไม่พึงประสงค์ของยา

เป็นฤทธิ์ยาที่เกิดขึ้น โดยผู้ใช้ยาไม่ต้องการให้เกิด มักจะเกิดขึ้นเสมอร่วมกับฤทธิ์ทางการรักษา แต่เมื่อเลิกใช้ยาไปแล้วอาการจะหายไป ฤทธิ์ข้างเคียงนี้อาจจะไม่เกิดกับยาทุกตัวหรือเกิดกับทุกคนก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถในการต้านทานยาของร่างกายผู้ใช้ แต่ถ้ามีอาการมากจนทนไม่ไหวควรหยุดใช้ยานั้น ตัวอย่าง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น เทตระไซคลิน ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ยาแก้แพ้ทำให้ง่วงนอน ยาปฏิชีวนะคานาไมซินสเตรปโตไมซิน ใช้ไปนานๆทำให้หูหนวกได้ ยารักษาโรคมะเร็งทำให้ผมร่วง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางอย่างอาจจะป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้ หรือได้รับอันตรายจากยาน้อยลง เช่น ยาที่มีผลทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากกระคายเคืองกระเพาะอาหาร สำหรับยาแก้แพ้ควรรับประทานก่อนเข้านอนเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่ทำให้ง่วงนอน เป็นต้น

2. อันตรายต่อดับและไต

เมื่อให้ยาเข้าสู่ร่างกาย ยาจะต้องถูกแปรสภาพที่ตับ และถูกขับออกจากร่างกายโดยไต ทำให้ปริมาณของยาในร่างกายที่ผ่านตับและไตค่อนข้างสูง ถ้าสูงมากเกินไปจะมีผลไปทำให้เซลล์ของตับหรือไตเสียไปด้วย ตับและไตเสมือนกับได้รับพิษของยาโดยตรง

ตัวอย่างยาที่มีผลต่อดับ ได้แก่ ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวดลดไข้พาราเซตามอล ยาเม็ดคุมกำเนิด ยารักษาโรคมะเร็ง ยารักษาวัณโรคพาราอะมิโนซาลิไซเลต ยาด้านการอักเสบ เช่น อินโดเมทาซิน ยาลดความดันโลหิต เช่น เมทิลโดปา ยาป้องกันการชัก เช่น ไดแลนติน บาร์บิทูเรต ยาขับปัสสาวะไทอะไซด์ ยารักษาเบาหวานพอกซัลโฟนิยูเรีย ยาปฏิชีวนะ เช่น อิริโทรไมซิน เทตระไซคลิน และโคไตรมอกซาโซล เป็นต้น

ตัวอย่างยาที่อาจก่อให้เกิดอาการพิษต่อไต ได้แก่ ยาที่เข้าสารปรอท ยาแก้โรคลมชัก ยาปฏิชีวนะซัลโฟนาไมด์ คานาไมซิน เจนตาไมซิน นีโคไมซิน เป็นต้น

3. อันตรายจากการสะสมยา

ยาบางชนิดเมื่อให้เข้าสู่ร่างกายครั้งแรกไปแล้ว ยาถูกนำไปใช้ไม่หมดหรือถูกแปรสภาพไม่หมดและต่อมมาได้รับยาซ้ำเข้าไปอีก หรือเมื่อยาที่ได้รับในครั้งแรกถูกขับถ่ายออกมาทางไตซ้ำมาก ซ้ำกว่าการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย เมื่อให้ยารั้งต่อมา ยาที่ควรจะถูกขับถ่ายออกทางปัสสาวะแต่ถูกขับออกมาได้น้อยจึงทำให้ยาหลงเหลืออยู่ในร่างกายจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนถึงกับทำให้เกิดอาการพิษ จากยาขึ้นได้ เนื่องจากตัวยาสะสมในร่างกาย ตัวอย่างยาผสมแอลกอฮอล์ เมื่อได้รับไปนานๆจะเกิดอาการพิษจากแอลกอฮอล์ได้

4. อันตรายของยาต่อทารกในครรภ์มารดา

สำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อได้รับยาเข้าไปในร่างกาย ยาบางชนิดสามารถผ่านไปถึงทารกในครรภ์ทางทารก นั่นคือ ทารกจะได้ทั้งผลการรักษาและอันตรายจากยา เช่น มารดาที่รับประทานยาแอสไพรินเป็นประจำในปริมาณสูง อาจมีผลทำให้ทารกเกิดมาเลือดไหลไม่หยุด ยาปฏิชีวนะเพนอะซิคลินทำให้ทารกมีฟันเหลืองและกระดูกอ่อน นูห์รีทำให้ทารกคลอดออกมามีน้ำหนักตัวน้อย เป็นโรคหัวใจ แอลกอฮอล์มีผลต่อการเติบโตและรูปร่างของทารก ฉะนั้น สตรีมีครรภ์ควรระมัดระวังการใช้ยาต่างๆการใช้ยาจึงควรอยู่ในความดูแลของแพทย์

5. อันตรายของยาเนื่องจากการเคยต่อยาหรือทนต่อยา

การให้ยาบางอย่าง เช่น ฟีน ยานอนหลับบาร์บิทูเรต และแอลกอฮอล์ เมื่อใช้ยาในครั้งหลังๆจะพบว่าไม่ได้ผลเท่าในครั้งแรกๆร่างกายจะมีการตอบสนองต่อยาลดลง ฉะนั้นการให้ยาในครั้งหลังๆจึงต้องเพิ่มขนาดของยาขึ้นอีก เพื่อให้ได้ผลทางการรักษาเท่าเทียมกับผลทางการรักษาในครั้งแรกๆทั้งนี้เชื่อว่าเป็นผลจากร่างกายทนต่อยา หรือเคยต่อยา กลไกการเกิดจริงๆยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตาม เมื่อร่างกายได้รับยา จะมีการสังเคราะห์เอ็นไซม์มาทำลายยาที่ดับ อันตรายจึงเกิดกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางของยา โดยเฉพาะตับ และไต

6. อันตรายจากการติดยา

ยาจำพวกมอร์ฟีน ยานอนหลับบาร์บิทูเรต ยาระงับประสาท ยากระตุ้นประสาท ยาเหล่านี้มีผลต่ออารมณ์ การรับรู้ จะทำให้ผู้ใช้มีอาการติดยา นั่นคือ ร่างกายต้องการยาจะเกิดอาการผิดปกติขึ้น

การติดยาแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ การติดยาทางจิตใจ และติดยาทางร่างกาย การติดยาทางจิตใจเป็นความผลักดันทางใจให้ใด้ยานั้นมา ต้องอาศัยยานั้นเป็นหลักในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่การติดยาทางร่างกายเป็นภาวะทางสรีรวิทยาที่ร่างกายต้องการจะได้ยาที่ติดนั้น อาการที่เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้รับยา เช่น หาว เหงื่อไหล ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อกระตุก ปวดกระดูก ความดันโลหิตสูง หรือท้องเดิน เรียกอาการเหล่านี้ว่า อาการถอนยา

3.2 ประเภทของยา

ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ได้แบ่งประเภทของยาเอาไว้ดังนี้

1. ยาสามัญประจำบ้าน เป็นยาที่ได้รับการพิจารณาแล้วว่าปลอดภัย โอกาสเป็นอันตรายต่อสุขภาพมีน้อย ให้วางจำหน่ายได้โดยทั่วไป และผู้ซื้อสามารถตัดสินใจซื้อด้วยตนเองตามอาการเจ็บป่วย แต่ยาที่เป็นยาสามัญประจำบ้านได้นั้นต้องเป็นตำรับยา สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ คำเตือน การเก็บรักษา และขนาดบรรจุตามที่กำหนด

2. ยาอันตราย เป็นยาที่ต้องขายเฉพาะในร้านขายยาแผนปัจจุบันภายใต้การควบคุมของรัฐบาลเท่านั้น

3. ยาควบคุมพิเศษ เป็นยาที่จ่ายได้เมื่อมีการนำไปส่งยามาซื้อยา กลุ่มนี้เป็นยาที่มีความเป็นพิษภัยสูงหรืออาจก่ออันตรายต่อสุขภาพได้ง่าย จึงเป็นยาที่ถูกจำกัดการใช้

ยาทั้งสามกลุ่มนี้สามารถจำหน่ายได้ในร้านที่มีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนร้านขย. 2 นั้น จำหน่ายได้เฉพาะยาสามัญประจำบ้าน และยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่มีใช้ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ โดยมีเงื่อนไขว่ายาที่จำหน่ายในร้าน ขย. 2 นั้น ต้องเป็นการจำหน่ายโดยไม่แบ่งออกมาจากภาชนะบรรจุเดิม คือต้องจำหน่ายทั้งแผงหรือขวด จำแนกยากกลุ่มต่าง ๆ กระทำได้โดยสังเกตจากฉลาก เพราะกฎหมายกำหนดให้ยาที่ขึ้นทะเบียนตำรับแล้วทุกตัว ต้องระบุประเภทของยาบนฉลากด้วย **อักษรสีแดง** (ตัวอย่างยากกลุ่มต่าง ๆ แสดงไว้ในภาคผนวกที่ 1) ส่วนความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับประเภทของยามีดังนี้

ตารางที่ 3 การแบ่งประเภทของยา

ประเภทใบอนุญาต	สาระ	บทกำหนดโทษ
ขย. 2	ขายยาผิดประเภทที่ได้รับอนุญาต กล่าวคือ ขายยาอันตราย หรือยาควบคุมพิเศษ (มาตรา 19(2))	ปรับ 2,000 ถึง 15,000 บาท

ที่มา : ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

การแบ่งประเภทยาตามกฎหมายทั้งสามประเภทนั้น ไม่เพียงพอสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคในภาวะปัจจุบัน ผลกระทบที่ยาบางชนิดเป็นยาที่อาจมีอันตรายจากการใช้ยาสูง จำเป็นต้องใช้ภายใต้การดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด ยาดังกล่าวจึงถูกจำกัดการใช้ให้อยู่ในสถานพยาบาลหรือ โรงพยาบาล เท่านั้น ห้ามจำหน่ายในร้านขายยาทุกประเภทและยังได้กำหนดให้ผู้รับอนุญาตนำหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร ต้องจัดทำบัญชีรายชื่อยาที่ผลิตหรือนำหรือส่งฯ รายงานให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบทุก 4 เดือน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่เรียกว่า “ยาใหม่” ยากลุ่มนี้จะต้องมีระบบการติดตามความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงให้ทะเบียนตำรับยาแบบมีเงื่อนไข และให้ติดตามอันตรายหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยากกลุ่มนี้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ยาใหม่กลุ่มนี้จึงต้องจำกัดให้มีการใช้เฉพาะในสถานพยาบาล หรือเฉพาะใน โรงพยาบาลที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลอย่างใกล้ชิดและรายงานผลความปลอดภัยของยาดังกล่าวจนเป็นที่พอใจจึงจะปรับเป็นเลขทะเบียนตำรับแบบปกติ

3.3 ยากลุ่มต่าง ๆ

1. ยาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนดให้รายงานผลิตภัณฑ์ ยาในกลุ่มนี้อาจมีอันตรายจากการใช้มากจึงจำเป็นต้องใช้ภายใต้การดูแลจากแพทย์ผู้มีความชำนาญ อย่างใกล้ชิด ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่ผลึกจะแสดงข้อความว่า “ใช้เฉพาะ โรงพยาบาล” หรือ “ใช้เฉพาะ สถานพยาบาล” เป็นอักษรไทยสีแดง ปรากฏไว้ชัดเจน ซึ่งยาในกลุ่มนี้ไม่อนุญาตให้จำหน่ายตาม สถานที่ขายยาหรือสถานที่อื่นใดโดยเด็ดขาด และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยังได้ ประกาศกำหนดให้ผู้รับอนุญาตผลิตยา หรือผู้รับอนุญาตนำเข้าหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร จะต้อง จัดทำบัญชีรายชื่อวัตถุดิบที่ใช้ผลิตยา บัญชีรายชื่อยาที่นำเข้าหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร รายงานต่อ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทุก 4 เดือน ยากลุ่มนี้ประกอบด้วย

1.1 ยาจำพวกรักษาโรคมะเร็งทุกชนิด (Antineoplastics)

1.2 ยาที่ประกอบด้วย L-Tryptophan ที่มีขนาดการใช้ 100 มิลลิกรัมต่อวัน หรือมากกว่า

1.3 ยา Nicorette

1.4 ยารักษาสิวจำพวก Retinoid เฉพาะที่เป็นยาควบคุมพิเศษ

กลุ่มยาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนดรายงานการผลิตหรือการนำเข้าหรือ ส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยังได้ให้ผู้รับอนุญาตฯ จัดทำคำ ารับรองเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนตำรับยาประเภทดังกล่าวไว้ด้วย ในขณะที่ผู้รับอนุญาตยื่นคำขอขึ้น ทะเบียนตำรับยา

2. ยาที่กำหนดขอบเขตการจำหน่าย ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายจากการ ใช้ยา เช่นเดียวกับยาในกลุ่มแรก ดังนั้นคณะกรรมการยาจึงได้มีมติให้ผู้รับอนุญาตฯ ทำคำรับรอง เงื่อนไขในการขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ โดยจำกัดการใช้ให้อยู่ภายใต้การดูแลและควบคุมจากแพทย์ผู้ มี ความเชี่ยวชาญเฉพาะ และได้กำหนดเงื่อนไขการจำหน่ายไว้ด้วย แต่ไม่ต้องจัดทำบัญชีรายชื่อวัตถุดิบ ที่ใช้ผลิตยาหรือบัญชีรายชื่อยาที่นำเข้าหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรให้สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยาทราบทุก 4 เดือน เหมือนกับยากลุ่มแรก ยาในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

2.1 ยา AZT มีเงื่อนไขในการใช้และข้อความที่ผลึกยาว่า “ใช้เฉพาะสถานพยาบาล”

2.2 ยา Alprostadil ให้จำหน่ายเฉพาะสถานพยาบาลที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลอย่าง ใกล้ชิดและมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมเท่านั้น โดยผลึกจะต้องแสดงข้อความ “ใช้เฉพาะสถานพยาบาล ที่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อม และใช้โดยแพทย์ผู้มีความชำนาญเท่านั้น”

2.3 ยา Ganciclovir กำหนดให้ขายเฉพาะ โรงพยาบาล โดยมีการติดตามดูแลอย่าง ใกล้ชิดเท่านั้น โดยที่ผลึกจะต้องแสดงข้อความ “ใช้เฉพาะสถานพยาบาล”

2.4 ยารักษาโรคมาลาเรีย ได้กำหนดให้ขายเฉพาะกรมควบคุมโรค หน่วยงาน ภาครัฐบาลและโรงพยาบาลบางแห่งที่มีผู้ป่วยมาลาเรียเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้จะต้อง

ได้รับความเห็นชอบจากกรมควบคุมโรคก่อนเท่านั้น และที่ฉลากจะต้องแสดงข้อความว่า “ใช้เฉพาะหน่วยงานภาครัฐบาล”

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้กำหนดให้ผู้รับอนุญาตผลิตยาและผู้รับอนุญาตนำเข้าหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร ทำคำรับรองเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนตำรับยาดังกล่าวไว้ขณะที่ผู้รับอนุญาตฯ ได้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ด้วย และสำหรับยาในกลุ่มที่ใช้รักษาโรคเด็มนอกระบบในสัตว์ จะขายได้เฉพาะสถานประกอบการที่มีเภสัชกร หรือสถานที่ที่มีสัตวแพทย์ควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดเท่านั้น ซึ่งฉลากจะต้องแสดงข้อความว่า “ใช้โดยสัตวแพทย์เท่านั้น” เป็นอักษรภาษาไทยสีแดงปรากฏไว้ให้ชัดเจน

3. ยาใหม่ ปัจจุบันเนื่องจากผลกระทบของการมีสิทธิบัตรยาคุ้มครองผลิตภัณฑ์ยาใหม่มีให้ถูกลอกเลียนแบบ ทำให้มีการนำหรือสั่งยาชนิดใหม่ๆ เข้ามาสู่ประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการอนุมัติและติดตามตรวจสอบกำกับยาใหม่ จำเป็นต้องมีกฎเกณฑ์การควบคุมที่เข้มงวด โดยพิจารณาเกณฑ์การออกอย่างละเอียดรอบคอบในด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล คุณภาพ และพิจารณาในแง่ของอัตราความเสี่ยงภัยต่อประโยชน์ที่ได้รับ (Risk/Benefit Ratio) เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค ป้องกันมิให้เกิดปัญหาความเป็นพิษของยาดังกล่าว กล่าวคือ ผลิตภัณฑ์ยาใหม่ จะได้รับการพิจารณาให้ขึ้นทะเบียนตำรับแบบมีเงื่อนไข (Conditional Approval) โดยจำกัดการจำหน่ายยาเฉพาะสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีแพทย์ดูแลได้อย่างใกล้ชิด และมีการติดตามความปลอดภัยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี โดยมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์ในเชิงสถิติ ขณะเดียวกัน ในช่วงเวลาดังกล่าวจะยังไม่ให้มีการรับขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาสามัญที่ใช้ตัวยาสัญชาตภัณฑ์เดียวกัน จนกว่าผลิตภัณฑ์ยาใหม่จะได้รับการพิจารณาแบบไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Approval) คือ สามารถจำหน่ายได้โดยทั่วไปตามปกติหลังจากที่มีข้อมูลด้านความปลอดภัยเสนออย่างครบถ้วนและถูกต้องดังกล่าวแล้ว และผลิตภัณฑ์ยาสามัญซึ่งใช้ตัวยາเดียวกับที่ขอขึ้นทะเบียนตำรับหลังจากนี้ก็ต้องทำการศึกษาความเท่าเทียมกันของประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา (Bioequivalence) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการขอขึ้นทะเบียนตำรับยาด้วย

3.1 ขอบเขตของยาใหม่ ยาใหม่ที่ต้องยื่นคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาตามระเบียบนี้ครอบคลุมถึง

3.1.1 ตำรับยาที่มีตัวยาสัญชาตภัณฑ์เป็นตัวยาใหม่ (New Chemical Entities) หรืออนุพันธ์ใหม่ ซึ่งหมายถึงตัวยาที่ไม่เคยมีการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยมาก่อน (รวมตัวยาที่อยู่ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศและไม่เคยมีการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยด้วย)

3.1.2 ยาที่มีข้อบ่งใช้ใหม่ (New Indication) 3) ตำรับยาที่เป็นสูตรผสมใหม่ (New Combination) มีหลักเกณฑ์สำหรับตำรับยาที่จะจัดเป็น New Combination ดังนี้ (ก) เป็นตำรับ

ยาที่ประกอบด้วยตัวยาใหม่ (New Chemical Entities) และอนุพันธ์ใหม่ (ข) เป็นตำรับยาที่ประกอบด้วยตัวยาที่ขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป แต่ไม่ซ้ำกับตำรับยาผสมที่ได้รับขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้ว (ค) เป็นตำรับยาที่ประกอบด้วยตัวยาเหมือนกับตำรับยาผสมที่ได้รับขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้ว แต่ปริมาณตัวยาไม่เท่ากัน โดยจะต้องมีเหตุผลแสดงถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของปริมาณตัวยาในตำรับยานั้นด้วย

3.1.3 ยาที่มีรูปแบบใหม่ของการใช้ยา (New Delivery System) ซึ่งต้องเป็นระบบนำยาเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการใหม่ที่แตกต่างจากเดิม โดยมีนัยสำคัญถึงขั้นที่จะทำให้ Bioavailability ของยาแตกต่างไป โดยหัวข้อเหล่านี้ต้องจัดเป็นสิ่งที่มีความใหม่ (Novelty) และอาจจดสิทธิบัตรในประเทศต้นกำเนิดได้ทั้งนี้คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยความปลอดภัยและประสิทธิภาพของตำรับยาแผนปัจจุบันที่ใช้สำหรับมนุษย์ (ยาใหม่) จะพิจารณาว่าผลิตภัณฑ์ใดเข้าข่ายยาใหม่ และจะต้องติดตามความปลอดภัยหรือไม่เป็นแต่ละกรณีไป โดยใช้เหตุผลทางวิชาการประกอบข้อเท็จจริงของยาแต่ละตำรับ ขอบเขตของยาใหม่ไม่ขึ้นกับการจัดแบ่งชนิดของยาว่าเป็นยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

3.2 เงื่อนไขการอนุญาตทะเบียนตำรับยาใหม่ที่ควรทราบ

3.2.1 หลังอนุมัติเลขทะเบียนและออกใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่แล้ว ผู้ผลิตผู้แบ่งบรรจุ หรือผู้นำหรือส่งยาใหม่เข้ามาในราชอาณาจักร ต้องดำเนินการติดตามความปลอดภัยของการใช้ยาใหม่เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี

3.2.2 ในช่วงระยะเวลาติดตามความปลอดภัย ไม่น้อยกว่าให้จำหน่ายในร้านขายยาให้จำหน่ายยาใหม่ได้เฉพาะในสถานพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิดเท่านั้น

3.2.3 เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาติดตามความปลอดภัย และมีข้อมูลความปลอดภัยถูกต้องครบถ้วนเพียงพอแล้ว จึงอนุญาตทะเบียนตำรับยาใหม่แบบไม่มีเงื่อนไข ซึ่งการจำหน่ายยาจะกระทำได้ในลักษณะปกติเหมือนยาทั่วไป (หมายถึง สามารถจำหน่ายยาใหม่บางชนิดได้ในร้านขายยา)

3.2.4 วิธีสังเกตความแตกต่างระหว่างยาใหม่และยาทั่วไป ฉลากยาใหม่จะระบุเลขทะเบียนตำรับยาที่มีอักษร (Nc) หรือ (N) ต่อท้าย ในขณะที่ฉลากยาทั่วไปไม่มีอักษร (Nc) หรือ (N) ต่อท้าย ตัวอย่างเลขทะเบียนตำรับยาใหม่ เช่น 1c 13/43 (Nc), 1c 13/43 (N) ตัวอย่างเลขทะเบียนตำรับยาทั่วไป เช่น 1c 13/43

3.2.5 วิธีสังเกตความแตกต่างระหว่างยาใหม่ที่ยังอยู่ระหว่างการติดตามความปลอดภัยและยาใหม่ที่ผ่านมาการติดตามความปลอดภัยเรียบร้อยแล้ว ดังนี้



1. จลากยาใหม่ที่ยังอยู่ระหว่างการติดตามความปลอดภัย จะแสดงเครื่องหมายและข้อความ “ใช้เฉพาะสถานพยาบาล” หรือ “ใช้เฉพาะโรงพยาบาล” แล้วแต่กรณี ส่วนเลขทะเบียนตำรับยาที่ปรากฏบนฉลากจะใช้รหัส (Nc) ต่อท้ายความหมายว่ายาในกลุ่มนี้ไม่อนุญาตให้จำหน่ายในร้านขายยา



2. จลากยาใหม่ที่ผ่านการติดตามความปลอดภัยแล้ว จะไม่มีเครื่องหมายและเลขทะเบียนตำรับยาที่ปรากฏบนฉลากจะใช้รหัส (N) ต่อท้าย การจำหน่ายแบ่งออกได้เป็น 2 กรณี

(ก) กรณีที่ฉลากยังมีข้อความ “ใช้เฉพาะโรงพยาบาล” หรือ “ใช้เฉพาะสถานพยาบาล” หมายความว่า ยาในกลุ่มนี้ไม่อนุญาตให้จำหน่ายในร้านขายยา (ข) กรณีที่ฉลากไม่มีข้อความตามข้อ (ก) ก็สามารถให้จำหน่ายในร้านขายยาได้ สำหรับกลุ่มยาใหม่นี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ให้ผู้รับอนุญาตทำคำรับรองเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนตำรับยาประเภทดังกล่าวไว้ด้วย ขณะที่ผู้รับอนุญาตยื่นคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยา มาตรการควบคุมยาที่ไม่อนุญาตให้จำหน่ายในร้านขายยา ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตผลิตยา หรือผู้รับอนุญาตนำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรสำหรับยาใหม่ทั้ง 3 ประเภท (ตำรับยาที่มีตัวยาสำคัญเป็นตัวยาใหม่ยาที่มีข้อบ่งใช้ใหม่ ตำรับยาที่เป็นสูตรผสมใหม่) ได้กระทำการฝ่าฝืน โดยการจำหน่ายยาดังกล่าวให้กับร้านขายยา หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในคำรับรองการขึ้นทะเบียนตำรับยา ซึ่งได้ให้ไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ขณะที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยา ถึงแม้กฎหมายจะไม่ได้กำหนดบทลงโทษแก่ร้านขายยาที่ซื้อขายดังกล่าวเพื่อขาย หรือผู้ผลิตยาและผู้นำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรที่ได้ขายยาให้กับร้านขายยา แต่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก็สามารถจะเพิกถอนทะเบียนตำรับยาดังกล่าวได้ ตามที่ผู้รับอนุญาตผลิตยาหรือผู้รับอนุญาตนำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรได้ให้คำรับรองไว้ ซึ่งมีข้อความตอนหนึ่งว่า “หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้นแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้กระทรวงสาธารณสุข เพิกถอนทะเบียนตำรับยาดังกล่าวได้ ในฐานะเป็นยาที่ไม่ปลอดภัยในการใช้ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530” ดังนั้น หากเจ้าหน้าที่ตรวจพบว่ามี การจำหน่ายยาดังกล่าวร้านขายยาหรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในคำรับรองการขึ้นทะเบียนตำรับยา ซึ่งได้ให้ไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเจ้าหน้าที่จะต้องทำหลักฐานการตรวจสอบและเสนอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการต่อไป

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ถึง 2559

พิพัฒน์ ยิ่งเสรี (2554 : ง-ช) ได้กล่าวถึง นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 ไว้ดังนี้

3.4.1 ความเป็นมาของการพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยา

สิทธิด้านสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษยชาติยาจึงมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพการรักษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ ปัญหาตั้งแต่การเข้าไม่ถึงยา ยาราคาแพง ความไม่เชื่อมั่นในคุณภาพยา การใช้ยาเกินจำเป็น รวมทั้งอิทธิพลของการส่งเสริมการขายยา การโฆษณา การขายตรง และโฆษณาแฝง ปัญหายามีความเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน เกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลากหลายทั้งรัฐและเอกชนในและนอกประเทศ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยาให้ทันสมัยโดยกำหนด เป้าหมายและทิศทางในการทำงานร่วมกันของหน่วยราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อจัดการกับปัญหาให้เกิดการพัฒนาระบบยาอย่างต่อเนื่อง ทันทับบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

3.4.2 นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2524

ประเทศไทยประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับแรกเมื่อ พ.ศ. 2524 มีสาระสำคัญคือ นโยบายยาหลักแห่งชาติและการพึ่งตนเองด้านยา โดยจัดให้มียาปลอดภัย มีคุณภาพดี ในราคาพอสมควรกระจายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะยาสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน รวมถึงการปรับปรุงวิธีการด้านการจัดหาและการกระจายยา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตลอดจนสนับสนุนการผลิตยาภายในประเทศของภาครัฐและภาคเอกชน การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นไปอย่างเข้มแข็งโดยการสนับสนุนของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น (เสมอ พริ้งพวงแก้ว) ผลงานสำคัญ คือ การประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับแรกของประเทศใน พ.ศ. 2524 และนำไปสู่การปฏิบัติโดยใช้“ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการซื้อขายด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2524” นับเป็นกลไกสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ควบคู่กับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การจัดทำวารสารผู้สั่งใช้ยา การตรึงราคาจากการรวมศูนย์จัดซื้อของบางหน่วยงาน ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุพ.ศ. 2535 ซึ่งกำหนดให้หน่วยงานรัฐทุกแห่งจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติตามราคากลางยา ตามสัดส่วนวงเงินงบประมาณที่กำหนด รวมทั้งได้จัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 ถึง 2529) ที่เน้นให้มี 1) แผนงานพัฒนายาแห่งชาติ ประกอบด้วย 3 โครงการ คือ โครงการผลิตยา โครงการจัดหากระจายยาโครงการวิจัยยาและสมุนไพร 2) แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน การจัดหายาที่

จำเป็นสำหรับประชาชน และ 3) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง และ วัตถุมีพิษ

3.4.3 นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2536

นโยบายแห่งชาติด้านยาได้มีการปรับปรุงอีกครั้งเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2536 “นโยบายแห่งชาติด้านยา”(ฉบับที่สอง) มีสาระสำคัญไม่ต่างกัน แต่มีการแก้ไขบางส่วนให้เหมาะสมกับสถานการณ์อาทิจการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา การขยายนโยบายจากเดิมที่ระบุเพียงยาแผนโบราณ ให้ครอบคลุมสมุนไพร ยาสมุนไพร รวมทั้งผนวกการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรไว้ด้วย

3.4.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยาและการพัฒนาระบบยา

ในระยะต่อมา การพัฒนาระบบยาประสบปัญหาความไม่ต่อเนื่อง เช่น ใน พ.ศ. 2549 การปรับเปลี่ยนคณะรัฐมนตรี ทำให้คณะกรรมการแห่งชาติด้านยาหมดวาระ ส่งผลให้การจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติหยุดชะงักเป็นเวลาหลายเดือน ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเป็นองค์กรหลักในการกำกับ ดูแล และขับเคลื่อนนโยบายแห่งชาติด้านยาและพัฒนาระบบยาแทนคณะกรรมการแห่งชาติด้านยาที่แต่งตั้งตามมติคณะรัฐมนตรี

คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่สำคัญคือ 1) การกำหนดคณนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ 2) การติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานตามนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติตลอดจนอำนวยความสะดวกแก้ไขปัญหาจากการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ 3) จัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติและกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ และ 4) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นต้น

นอกจากนั้น กฎกระทรวงว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ซึ่งตราขึ้นใหม่ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบยาแห่งชาติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ ไว้อย่างชัดเจน ในข้อ 2 (8) ว่า สำนักงานฯ มีอำนาจหน้าที่“ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย” และในข้อ 14(3)ระบุอำนาจหน้าที่สำนักยาว่ามีอำนาจหน้าที่ “สนับสนุน ข้อมูลองค์ความรู้ในการกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาและนโยบายแห่งชาติด้านยา รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาระบบยาตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด” ส่งผลให้การพัฒนาระบบยาและนโยบายแห่งชาติด้านยาเป็นหน้าที่รับผิดชอบของสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอย่างเป็นทางการ

3.4.5 ความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ และบัญญัติให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการประชุมสมัชชาฯ ครั้งที่ 1 ได้มีมติรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2552 และมอบหมายคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เป็นกลไกหลักในการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ฯ แบบมีส่วนร่วม แต่เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าว ยังไม่มีคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงมีคำสั่งที่ 12/2552 แต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการยกร่างแผนปฏิบัติการจนเสร็จสิ้นแล้วเสนอไปยังคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 เรื่อง ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย และการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมอบหมายคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปีและปรับปรุงยาไทยและยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชีหลักแห่งชาติ

3.4.6 นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554

เนื่องจากนโยบายแห่งชาติด้านยาไม่ได้ปรับปรุงมาเป็นเวลานาน 16 ปีจึงไม่เหมาะสมกับบริบทของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป และคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้รับมอบหมายตามมติคณะรัฐมนตรีให้ดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งนั้น เพื่อให้มีการพัฒนาระบบยาในภาพรวมทั้งระบบ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้านยาในการประชุมครั้งที่ 1/2553 เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2553 ได้มีมติเห็นชอบต่อร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเพื่อใช้แทนนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2536 ทั้งนี้คณะกรรมการฯ ได้ผนวกผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ภายใต้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติยุทธศาสตร์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลที่เสนอโดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 เรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย และร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย ซึ่งผ่านการรับฟังความคิดเห็น

จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างกว้างขวางแล้วและมติสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 เรื่อง การยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพผู้ป่วย รวมถึงเรื่อง การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2554 เห็นชอบต่อนโยบายแห่งชาติด้านยา และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติตามที่เสนอและมอบหมายคณะกรรมการฯ เป็นเจ้าภาพหลักในการกำหนดแผนงาน เป้าหมายตัวชี้วัดและกลไกติดตามประเมินผล โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐที่กำหนดไว้ในแต่ละยุทธศาสตร์ย่อยๆ

3.5 แนวคิดเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ด้านที่ 1 การเข้าถึงยา (พิพัฒน์ ยิ่งเสรี. 2554 : ง-ซ)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาจำเป็นอย่างเสมอภาค ทั้งถึง และทันการณืในราคาที่เหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน ตลอดจนจรรยาบรรณวิชาชีพของประเทศไทย ยุทธศาสตร์ย่อย ดังนี้

1. การประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา
2. การสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยาและมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพ
3. การส่งเสริมราคาขายในประเทศให้สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน
4. การใช้ประโยชน์และลดอุปสรรคของข้อกำหนดทางกฎหมายเพื่อให้เกิดการเข้า

ถึงยา

ยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน เป็นไปอย่างสมเหตุผล ถูกต้อง และคุ้มค่ามียุทธศาสตร์ย่อย ดังนี้

1. การพัฒนาระบบและกลไกการกำกับดูแล เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
2. การพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาเทคโนโลยีและเครื่องมือ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
4. การสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
5. การส่งเสริมการผลิตและประกันคุณภาพยาชื่อสามัญ
6. การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาด้านจุลชีพ

และการดื้อยาของเชื้อก่อโรค

7. การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ยุทธศาสตร์ด้านที่ 3 การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยา ชีววัตถุ และสมุนไพรเพื่อการพึ่งพาตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของอุตสาหกรรมยา ชีววัตถุ และสมุนไพรภายในประเทศ ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน มียุทธศาสตร์ย่อย ดังนี้

1. การพัฒนาและแก้ไขกฎระเบียบให้เกิดการลงทุนและการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศ
2. การส่งเสริมการวิจัยพัฒนาในอุตสาหกรรมยาและนวัตกรรมต่อยอดทางยาสู่อุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์
3. การสร้างทรัพยากรเพื่อส่งเสริมภาคการผลิตและการตลาดของอุตสาหกรรมยาในประเทศ
4. การสร้างความเชื่อมั่นและประกันคุณภาพยาที่ผลิตในประเทศแก่ผู้สั่งใช้ยาและประชาชน

ยุทธศาสตร์ด้านที่ 4 การพัฒนาระบบการควบคุมยา เพื่อประกันคุณภาพประสิทธิผลและความปลอดภัยของยา

วัตถุประสงค์ เพื่อประกันคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยาโดยพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการควบคุมยาของประเทศ มียุทธศาสตร์ย่อย ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพระบบการควบคุมยาให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสตามหลักธรรมาภิบาล
2. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังยาหลังออกสู่ตลาด และสร้างช่องทางการเฝ้าระวังและระบบการเตือนภัยด้านยา

3. การทบทวนทะเบียนตำรับยาที่มีผลกระทบสูงต่อผู้บริโภคและสังคม

3.6 แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

3.6.1 ยุทธศาสตร์ด้านที่ 1 การเข้าถึงยา (พิพัฒน์ ยิ่งเสรี. 2554 : ง-ช)

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 1 การประสานความร่วมมือเครือข่าย เพื่อการเข้าถึงยากลยุทธ์

1. พัฒนากลไกและกระบวนการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ นักวิชาการ ผู้ป่วยหรือผู้ใช้ยา เพื่อพัฒนานโยบายและ กฎหมาย ให้ประชาชนเข้าถึงยาและบริการ
 2. พัฒนากลไกให้มีอำนาจและแก้ไขปัญหาคาราคาเขินภายในประเทศ
- หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 2 การสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยา และมีส่วนร่วมสร้างเสริม

สุขภาพ

กลยุทธ์

1. สนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้มีพลังผลักดันข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. สนับสนุนการรวมกลุ่มในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจ

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3 การส่งเสริมราคาขายในประเทศให้สอดคล้องกับค่าครองชีพของ

ประชาชน

กลยุทธ์

1. กำหนดให้มีการควบคุมราคาขายตามกฎหมาย
2. กำหนดให้มีการแสดง โครงสร้างราคาขายเพื่อประกอบการตั้งราคาขายสำหรับยาที่มีสิทธิบัตร
3. ควบคุมการตั้งราคาขายที่ขายให้กับผู้บริโภคในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน
4. พิจารณาใช้ข้อยืดหยุ่นทางการค้าตามความตกลงว่าด้วยการค้าเกี่ยวกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (The Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights : TRIPs) ซึ่งเป็นไปตามหลักสากลเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยา
5. กำหนดรายการยาที่ประชาชนมีปัญหาในการเข้าไม่ถึง และกำหนดหลักเกณฑ์การส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงยาดังกล่าว

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 4 การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคของข้อกำหนดทางกฎหมาย เพื่อให้เกิดการเข้าถึงยา

กลยุทธ์

1. การจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ ต้องไม่ผูกพันประเทศเกินไปกว่าความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า
2. รมรณรงค์เพื่อทำความเข้าใจกับประชาชนและผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการเจรจาการค้าและการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา โดยใช้รายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัย

โลก สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ องค์การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา และองค์การการค้าโลก

3. จัดทำและปรับปรุงฐานข้อมูลสิทธิบัตรในรหัสสิทธิบัตรสากล A61K ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้สามารถสืบค้นได้ง่ายรวดเร็ว ครบถ้วน เพื่อให้ทราบสถานะสิทธิบัตรและเอื้อต่อการผลิตยาชื่อสามัญ (Generic Drug)

4. แก้ไขกฎหมายสิทธิบัตร เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม

5. ยกเลิกภาษีการนำเข้ายาเฉพาะยาช่วยชีวิต ยาแก้พรี และตัวยาสำคัญออกฤทธิ์ที่นำมาผลิตยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

6. พัฒนาช่องทางการสื่อสารด้านข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาฯ กับผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงการต่างประเทศ

3.6.2 ยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 1 การพัฒนาระบบและกลไกการกำกับดูแล เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

กลยุทธ์

1. พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาและทบทวนทะเบียนตำรับยา
2. ควบคุมการกระจายและการเข้าถึงยาและเคมีภัณฑ์ที่ใช้ในมนุษย์และสัตว์
3. พัฒนาระบบและกลไกเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดในสัตว์และปัญหา ยาและเคมีภัณฑ์ตกค้างที่ใช้ในการเลี้ยงสัตว์

4. พัฒนาระบบและกลไกเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดในมนุษย์

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 2 การพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

กลยุทธ์

1. ปฏิรูประบบการศึกษาในสถาบันการศึกษาของทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

2. พัฒนาการศึกษาและการให้ความรู้ต่อเนื่องแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสภาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3 การพัฒนากลไกและเครื่องมือ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

กลยุทธ์

1. ปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัย และส่งเสริมการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. จัดทำมาตรฐานการบำบัดรักษาโรคแห่งชาติ ให้ทันสมัย เชื่อถือได้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ
3. สร้างความเข้มแข็งให้กับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของสถานพยาบาลทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน
4. ส่งเสริมให้มีฐานข้อมูลด้านยาและสุขภาพที่เป็นกลางสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพและประชาชนที่เป็นระบบ เข้าถึงได้ง่าย และเป็นปัจจุบัน
5. จัดตั้งองค์กรระดับชาติที่กำกับดูแลด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
6. พัฒนากลไกกำกับดูแลการสั่งใช้ยา

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และกระทรวงศึกษาธิการ

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

กลยุทธ์

1. พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกับภาคประชาชนในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
2. สร้างค่านิยมของประชาชนในการสร้างสุขภาพดีโดยไม่ต้องใช้ยาโดยไม่จำเป็น และองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
3. สร้างภาคีสื่อมวลชนและสื่อพื้นบ้านในการประชาสัมพันธ์ที่ตรงเป้าหมาย เพื่อสร้างค่านิยมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในสังคมไทย

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมประชาสัมพันธ์ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงเกษตร

และสหกรณ์ และคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม
แห่งชาติ

**ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 5 การส่งเสริมการผลิตและประกันคุณภาพยาชื่อสามัญ
กลยุทธ์**

1. พัฒนาศักยภาพอุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลิตยาชื่อสามัญทดแทนยาต้นแบบ
2. พัฒนาศักยภาพหน่วยงานและระบบที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบัตรด้านเภสัชภัณฑ์ เพื่อให้มีฐานข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย
3. พัฒนาระบบการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ของยาชื่อสามัญ (Generic drug) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อยาชื่อสามัญที่ผลิตในประเทศ
4. ส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญ (Generic Drug)

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค

กลยุทธ์

1. พัฒนาระบบและกลไกเพื่อแก้ปัญหาคือยาต้านจุลชีพในสัตว์
2. พัฒนาระบบและกลไกเพื่อแก้ปัญหาคือยาต้านจุลชีพในมนุษย์

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการคลัง และกระทรวงศึกษาธิการ

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 7 การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

กลยุทธ์

1. พัฒนากฎเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกเป็นเกณฑ์กลางของประเทศ และปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนนำเกณฑ์จริยธรรมไปประยุกต์ใช้และขยายเพิ่มเติม
3. ควบคุมกำกับส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม ลดความสูญเสียทางสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้รับบริการ

4. จัดตั้งองค์กรอิสระที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับผิดชอบจัดทำกลไกติดตามตรวจสอบ รวบรวม และรายงานสถานการณ์การส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมในระดับประเทศ

5. ประสานผลักดันให้มีการขับเคลื่อนให้มีจริยธรรมในกลุ่มผู้สั่งใช้ยา
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงศึกษาธิการ

3.6.3 ยุทธศาสตร์ด้านที่ 3 การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยา ชีววัตถุ และสมุนไพร เพื่อการพึ่งพาตนเอง

1. สร้างการมีส่วนร่วมเชิงรุกระหว่างหน่วยงานของรัฐเกี่ยวกับสาธารณสุข นวัตกรรมและทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อผลักดันให้มีการวิจัยยาใหม่ ชีววัตถุใหม่ และสมุนไพรไทย
2. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับยาที่กำลังจะหมดสิทธิบัตร
3. สนับสนุนให้เกิดศูนย์วิจัยทางคลินิกและศูนย์ศึกษาชีวสมมูลภายในประเทศที่ได้มาตรฐานสากล
4. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาต่อยอดจากระดับห้องปฏิบัติการสู่ระดับอุตสาหกรรม

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการต่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 1 การพัฒนาและแก้ไขกฎระเบียบให้เกิดการลงทุนและการพัฒนา อุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศ

กลยุทธ์

1. แก้ไขกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมอุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศ
2. การจัดการกับมาตรการการค้าที่ไม่ใช่ภาษี (Non-tariff Barrier) ระหว่างประเทศคู่ค้าด้วยความเสมอภาค

3. จัดการปัญหาด้านสิทธิบัตรและการผูกขาดทางการค้า

4. สร้างกลไกให้ภาคอุตสาหกรรมยาเข้าถึงข้อมูลจำเป็นต่อการพัฒนาตำรับยาสามัญ

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 2 การส่งเสริมการวิจัยพัฒนาในอุตสาหกรรมยาและนวัตกรรมต่อยอดทางยาสู่อุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์

กลยุทธ์

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับยาใหม่ที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของประเทศ
2. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับยาที่กำลังจะหมดสิทธิบัตร
3. สนับสนุนให้เกิดศูนย์วิจัยทางคลินิกและศูนย์ศึกษาชีวสมมูลภายในประเทศที่ได้มาตรฐานสากล
4. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาต่อยอดจากระดับห้องปฏิบัติการสู่ระดับ

อุตสาหกรรม

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการต่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3 การสร้างทรัพยากรเพื่อส่งเสริมภาคการผลิตและการตลาดของอุตสาหกรรมยาในประเทศ

กลยุทธ์

1. สนับสนุนให้เกิดหน่วยงานกลางเพื่อพัฒนาศักยภาพอุตสาหกรรมผลิตยา
2. สร้างความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานภาครัฐ และอุตสาหกรรมยาในประเทศในการผลิตวัตถุดิบทางยา และตัวยาสำคัญ
3. สร้างความร่วมมือและพันธมิตรเพื่อพัฒนาความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานและอุตสาหกรรมยาในประเทศ
4. พัฒนาบุคลากรให้พร้อมต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยา

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 4 การสร้างความเชื่อมั่นและประกันคุณภาพยาที่ผลิตในประเทศแก่ผู้สั่งใช้ยาและประชาชน

กลยุทธ์

1. ส่งเสริมกลไกสร้างความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาที่ผลิตภายในประเทศ
2. สร้างระบบและกลไกในการสนับสนุนให้เกิดมาตรฐานและคุณภาพของอุตสาหกรรมยา

3. มีห้องปฏิบัติการกลางที่มีมาตรฐานในการตรวจสอบและวิเคราะห์ตำรับยาและสมุนไพรมากขึ้น

4. จัดตั้งโรงงานกลาง (Contracting Manufacturer Organization) ที่ได้มาตรฐานเพื่อรองรับผู้ผลิตรายย่อยของยาสมุนไพร และชีววัตถุ จากโรงงานย่อยที่ยังไม่พร้อม เพื่อลดปัญหาเรื่องมาตรฐานและคุณภาพของยา

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

3.6.4 ยุทธศาสตร์ด้านที่ 4 การพัฒนาระบบการควบคุมยา เพื่อประกันคุณภาพประสิทธิผล และความปลอดภัยของยา

1. การพัฒนาศักยภาพระบบการควบคุมยาให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสตามหลักธรรมาภิบาล

2. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังยาหลังออกสู่ตลาด และสร้างช่องทางการเฝ้าระวังและระบบการเตือนภัยด้านยา

3. การทบทวนทะเบียนตำรับยาที่มีผลกระทบสูงต่อผู้บริโภคและสังคม
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 1 การพัฒนาศักยภาพระบบการควบคุมยาให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตามหลักธรรมาภิบาล

กลยุทธ์

1. พัฒนาศักยภาพองค์กรในการควบคุมยาของประเทศให้มีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

2. พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใสโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบการพิจารณาอย่างรอบด้านและผนวกระบบโครงสร้างราคาขายที่มีสิทธิบัตรไว้ในระบบการขึ้นทะเบียน

3. พัฒนากฎหมายและหลักเกณฑ์ในการกำกับดูแลด้านยาให้มีความทันสมัย
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 2 การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังยาหลังออกสู่ตลาดและสร้างช่องทางการเฝ้าระวังและระบบการเตือนภัยด้านยา

กลยุทธ์

1. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังดูแลหลังขายออกสู่ตลาด ในด้านการเฝ้าระวังความปลอดภัย คุณภาพมาตรฐานยา การโฆษณา และการส่งเสริม การขายยา การเฝ้าระวังสถานบริการ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาระบบการเตือนภัยด้านยาของภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่เป็นกลางอย่างทันทั่วถึง

3. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ ที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3 การทบทวนทะเบียนตำรับยาที่มีผลกระทบต่อผู้บริโภคและสังคม

กลยุทธ์

1. คัดเลือกและทบทวนทะเบียนตำรับยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยให้ผู้รับอนุญาตแสดงหลักฐานพิสูจน์ และกำหนดเป็นแผนงานชัดเจนในการทบทวนทะเบียนตำรับยาทั้งระบบ

2. พัฒนาระบบการทบทวนทะเบียนตำรับยาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการขึ้นทะเบียนตำรับยาที่สอดคล้องกันและมีการสื่อสารสู่สาธารณะ

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

การศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เพื่อหาตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ที่ปรากฏในเอกสาร และงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ก่อนนั้น ถือได้ว่าเป็นแนวคิดสำคัญของการสร้างทฤษฎีแบบอนุมาน (Deductive) ที่ให้ความสำคัญกับทฤษฎี แนวคิด ประสบการณ์ และองค์ความรู้เดิมที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยตรงจริง ๆ นั้นมีน้อยมาก งานวิจัยเกือบทั้งหมดที่นักวิจัยสนใจศึกษาในอดีตจะเป็นเรื่องของ การปฏิบัติตามกฎหมายหรือระเบียบต่าง ๆ ดังนั้นในการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ จึงมักจะเป็นเรื่องที่มีลักษณะใกล้เคียง ติความเทียบเคียงโดยเหตุและผลว่าตัวแปรเหล่านั้น น่าจะมีความเกี่ยวข้อง และน่าที่จะนำมาศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และผลของการพัฒนา

พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ผู้วิจัยใคร่ขอกล่าวถึงกลุ่มตัวแปรหรือปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่สำคัญ ๆ ในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

๔.1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

4.1.1 ความหมายของความรู้

พฤติกรรมการใช้ยาเกี่ยวข้องกับความรู้ ดังนั้นการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาจะต้องพยายามให้ประชาชนมีความรู้ ในการปฏิบัติตามหลักความปลอดภัย หลีกเลี่ยงอันตรายและไม่ประพหุติใด ๆ ที่มีความเสี่ยง ได้มีบุคคลต่าง ๆ ให้ความหมายของความรู้ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (อ้างถึงใน จอมปวีร์ จันทรศิริ. 2555 : 27) อธิบายความหมายของ “ความรู้” ว่าหมายถึงพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกหรือการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในที่นี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี โครงสร้างวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้ เป็นต้น

จิตรา วสุวานิช (อ้างถึงใน จอมปวีร์ จันทรศิริ. 2555 : 28) อธิบายความหมายของ “ความรู้” ว่า หมายถึง การจำข้อเท็จจริง เรื่องราวรายละเอียดที่ปรากฏในตำรา หรือสิ่งที่ได้รับการบอกกล่าวความรู้ เป็นคำสมาสของคำว่า ความและคำว่ารู้ ซึ่งพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546 : 231) และได้ให้ความหมายว่า อาการ หรือเนื้อความ หรือเกิดความ และคำว่า ู้ แปลว่า แจ่ม หรือ เข้าใจ หรือทราบเมื่อรวมเข้าด้วยกัน หมายถึง การรู้หรือเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546 : 962)

กล่าวสรุป “ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา” หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง ข้อมูล กฎเกณฑ์ สิ่งของ บุคคลและรายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้รับการค้นคว้า จากประสบการณ์ การสังเกต ซึ่งเป็นความจำที่มนุษย์ได้สะสม พร้อมแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ระลึกได้ เรียกเอาสิ่งที่จำได้นั้น ออกให้ปรากฏได้สังเกตได้และวัดได้เป็นการแสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการจดจำเรื่องราว องค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาดังต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน มีดังนี้

1.หลักทั่วไปในการใช้ยา (วนิดา ไทรชมพู และคณะ.2544.หน้า 10.คณาจารย์สาขาชีวเคมี.2552 หน้า 35)ควรอ่านคำแนะนำการใช้ยาและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ดังนี้

1.1. วิธีการใช้ยา ผู้ใช้ยาควรศึกษาหาความรู้และข้อมูลต่างๆที่ควรทราบ โดยสอบถามจากแพทย์และเภสัชกร หรืออ่านจากหนังสือ เอกสารทางยาอื่นๆ โดยดู ชื่อยา สรรพคุณของยา ระยะเวลาที่ใช้ การรับประทาน ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ความถี่และระยะเวลาในการใช้ยา วันหมดอายุ และการเก็บรักษา เป็นต้น การรับประทานยาตามกำหนดระยะเวลาที่ระบุไว้บนฉลากจะทำให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษาโรค เช่น

ยารับประทานก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนอาหารอย่างน้อยครึ่งถึงหนึ่ง ชั่วโมง เช่นยากลุ่มเพนนิซิลินวี ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ยาคูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดีขึ้น ท้องว่าง

ยารับประทานหลังอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารอย่างน้อย 15 – 30 นาที ยาสสามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดี โดยมีสารอาหารช่วยในการดูดซึม

ยารับประทานหลังอาหารทันทีหรือพร้อมอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารทันทีเพราะถ้ารับประทานท้องว่าง จะทำให้กระเพาะอาหารเป็นแผลได้

ยารับประทานเมื่อมีอาการ เช่น พาราเซตามอล ไข้บรรเทาอาการปวด ลดไข้ กำหนดให้รับประทานทุก 4 – 6 ชั่วโมง ถ้ามีอาการปวดหลังจากการรับประทานยา ซึ่งยังไม่ถึงเวลาที่กำหนด ไม่ควรรับประทานยาซ้ำ เพราะอาจทำให้พิษจากการรับประทานยาเกินขนาดได้

ยาที่รับประทานระหว่างมื้ออาหาร เช่น ยาลดกรดควรรับประทานหลังอาหาร 1 ชั่วโมง เพราะเป็นเวลาที่ท้องว่าง จะทำให้ได้ผลดีในการรักษา

ยารับประทานก่อนนอน ควรรับประทานก่อนนอนตอนกลางคืนวันละ 1 ครั้ง เท่านั้น

1.2 อันตรายจากการใช้ยา แบ่งเป็น 2 จำพวกใหญ่ๆ คือ (คณาจารย์สาขาชีวเคมี. 2552 หน้า 26. 38-40)

1. อันตรายจากการใช้ยาทั่วไป ได้แก่

อันตรายจากการใช้ยาผิด เกิดจากการใช้ยาผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ โดยความพลั้งเผลอ หรือผู้จ่ายหรือผู้ขายหยิบยาผิด เช่น รับประทานยานอนหลับโดยเข้าใจว่าเป็นยาระงับปวด เป็นต้น

อันตรายจากการใช้ยาในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ เช่น แอมเฟตามีน เป็นยาอันตรายทำให้เสพติดได้ มีฤทธิ์กระตุ้นศูนย์ประสาททำให้ผ่อนคลาย มีประโยชน์สำหรับบุคคลที่มีอาการอ่อนเพลีย ทั้งร่างกายและสมอง แพทย์ใช้รักษาโรคประเภทจิตซึมเศร้า แต่ถ้าใช้นานๆจะทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม เกิดความเสื่อมทางจิตถึงขั้นโรคจิต ดังนั้น เมื่อคนขับรถหรือนักศึกษาเอาไปใช้เป็นยาแก้ง่วง ฤทธิ์ของยาจะกระตุ้นระบบประสาท ทำให้ตื่นตัวตลอดเวลา และกำลังสำรองก็หมดลง จะมีอาการผลอตตัว วูบไปเพราะความอ่อนเพลีย ขาดการควบคุมตัวเองชั่วขณะ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

อันตรายจากการใช้ยาผิดวิธี เป็นอันตรายที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ใช้ยาไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร มีคำแนะนำให้เคี้ยว แต่ผู้ใช้กลืนโดยไม่เคี้ยวก่อน ยานชนิดนี้ตอกเม็ดแน่น ดังนั้น เมื่อยาลงไปในกระเพาะอาหารจะละลายเพียงบางส่วนแล้วก็เลยไปลำไส้ ทำให้ไม่ได้ผลในการรักษา และยาที่อาจเสียดสีแผลอุทกตาม ตกเลือดได้

อันตรายจากการใช้ยาผิดขนาด ได้แก่ ใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด ทำให้ไม่มีผลในการรักษาและอาจทำให้เกิดเชื้อโรคเกิดการดื้อยาได้ หรือใช้ในขนาดที่มากกว่ากำหนด ทำให้เกิดพิษ และหากมากเกินไปอาจถึงขนาดทำให้เสียชีวิตได้ หรือใช้ยาบางอย่างติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างของร่างกายบางอย่างได้

อันตรายจากการใช้ยาไม่ได้มาตรฐาน หรือยาปลอม

2. อันตรายจากการแพ้ยา

อันตรายจากการแพ้ยา การแพ้ยาเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายได้รับสิ่งแปลกปลอม(แอนติเจน) ในที่นี้หมายถึงยา ระบบภูมิคุ้มกันทานในร่างกายจะพยายามกำจัดสิ่งแปลกปลอมนั้นหมดไป ในกรณีที่สิ่งแปลกปลอมถูกกำจัดไม่ได้หรือไม่หมดเนื่องจากชนิดของสิ่งแปลกปลอมหรือผิดปกติทางพันธุกรรม บางอย่างทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อร่างกาย เกิดพยาธิต่อเนื้อเยื่อ กลุ่มอาการแพ้ที่เกิดขึ้น อาการจะรุนแรงอย่างเฉียบพลัน ถ้าได้รับสารแปลกปลอมโดยการฉีด ถ้ารักษาไม่ทันอาจถึงตายได้ อาการประกอบด้วย มีผื่นคันผิวหนัง อาเจียน ท้องเดิน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก เข้าสู่ภาวะช็อก ส่วนอาการที่ไม่รุนแรงอาจเกิดเฉพาะที่กับอวัยวะบางระบบเท่านั้น อาจเป็นผิวหนังหรือทางเดินอาหารหรือทางเดินหายใจ เช่น ผื่นคันมีผื่นลมพิษ อาเจียน ท้องเดิน ปวดท้อง หรือหอบหืด เป็นต้น

2.1 อาการแสดงของการแพ้ยา ได้แก่ อาการแสดงของการแพ้ยา การแพ้ยาทำให้เกิดอาการได้ในเกือบทุกส่วนของร่างกาย ได้แก่

2.1.1 อาการทางผิวหนัง เช่น คันโดยไม่มีผื่น ลมพิษ เป็นผื่นนูนแดง เป็นตุ่มน้ำพองใส เป็นรอยดำ

2.1.2 อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน

2.1.3 อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น การทำงานของไตเสียไป ไตวาย

2.1.4 อาการทางหู เช่น หูอื้อ

นอกจากนี้ ยังมีอาการอื่นๆเช่นอ่อนเพลีย ต่อมาน้ำเหลืองโต สิว บวมตามตัว กรณีสงสัยว่าเกิดการแพ้ยา ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

หยุดใช้ยาทันที ถ้าใช้ยาอยู่หลายชนิดไม่ทราบว่าแพ้ยาตัวไหน ควรหยุดยาทุกชนิด แต่ถ้าหากมีความจำเป็นต้องใช้และอาการแพ้ นั้นไม่รุนแรงอาจจะใช้ยาต่อไปได้ แล้วเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด

กินยาแก้แพ้

ถ้ากินยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ให้ไปพบแพทย์

ควรรักษาทุกชนิดที่รับประทานไปให้แพทย์ดูด้วย

เมื่อหายจากอาการแพ้ยาแล้ว ควรจดชื่อยาและลักษณะอาการที่เกิดจากการแพ้ยาไว้ และแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อจำเป็นต้องใช้ยา ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

3. การเก็บรักษายา

ยาทุกชนิดควรเก็บไว้ในที่แห้งและไม่ให้ถูกแสงแดด เพราะคุณสมบัติของยาอาจจะเปลี่ยนไปเมื่อถูกความร้อนและความชื้นควรเก็บรักษายาไว้ในตู้ที่ล็อกได้และเด็กเอื้อมไม่ถึง ยาบางชนิดต้องเก็บไว้ในตู้เย็น เช่นยาหยอดตา เป็นต้น ควรเก็บยาให้ห่างจากบริเวณที่มีความร้อน และปิดฝาภาชนะยาให้สนิททุกครั้งหลังการใช้ยา ควรจำวันหมดอายุกำกับไว้บนฉลากยาและควรใช้คยาทุก 2-3 เดือน เป็นต้น การพิจารณาว่ายาที่เก็บไว้นั้นเป็นยาที่เสื่อมคุณภาพหรือไม่ อาจใช้หลักดังนี้

3.1 ควันทันหมดอายุที่ปรากฏบนฉลากหรือกล่องยา ถ้าเลยวันหมดอายุถือว่าเป็นยาเสื่อม

3.2 ถ้าไม่มีวันหมดอายุ ให้ดูลักษณะของยา ยาเม็ดที่แตกกร่อน กะเทาะ มีผิวสีขรุขระ สีเปลี่ยน กลิ่นเปลี่ยน ยาน้ำที่ตกตะกอนเขย่าไม่กระจาย สีเปลี่ยนไป เป็นลักษณะของยาที่เสื่อมแล้ว

3.3 ยาที่มีไว้เกิน 5 ปี ถือเป็นยาเสื่อม

3.4 ยาหยอดตาที่เปิดใช้แล้ว เกิน 2 สัปดาห์

3.5 ยาที่ฉลากหลุดออกและเลือน

3.6 ยาที่ภาชนะบรรจุบุสลาย จุกหลุดหาย

1.2 ยาสามัญประจำบ้าน คือยาที่กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาคัดเลือกกว่าเป็นยาที่เหมาะสมที่จะให้ประชาชนหาซื้อได้ด้วยตนเอง เพื่อการดูแลรักษาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ที่อาจเกิดขึ้น ยาเหล่านี้มีความปลอดภัยสูง หากใช้ยาอย่างถูกต้องก็จะไม่มีอันตรายเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นยาที่มีราคาไม่แพง ประชาชนหาซื้อได้ด้วยตนเอง

ยาแผนปัจจุบันที่มีตำรับยา สรรพคุณ ขนาดและวิธีใช้ คำเตือน การเก็บรักษา และขนาดบรรจุต่อไปนี้ เป็นยาสามัญประจำบ้าน จากราชกิจจานุเบกษา เล่ม 116 ตอนที่ 38 ง วันที่ 13 พฤษภาคม 2542)

1. ยาแก้ปวดท้องท้องอืดท้องขึ้นท้องเฟ้อ

1.1 ยาเม็ดลดกรดอะลูมินา-แมกนีเซียม

1.2 ยาน้ำลดกรดอะลูมินา-แมกนีเซียม

1.3 ยาเม็ดแก้ท้องอืดท้องเฟ้อโซดาไมนัท

- 1.4 ยาขับลม
- 1.5 ยาแก้ท้องอืดท้องเฟ้อยาธาตุน้ำแดง
- 1.6 ยาน้ำแก้ท้องอืดท้องเฟ้อโซเดียมไบคาร์บอเนต
- 1.7 ยาทาแก้ท้องอืดท้องเฟ้อทิงเจอร์มหาหิงค์
2. ยาแก้ท้องเสีย
 - 2.1 ยาแก้ท้องเสียผงน้ำตาลเกลือแร่
3. ยาระบาย
 - 3.1 ยาระบายกลีเซอรินชนิดเหน็บทวารสำหรับเด็ก
 - 3.2 ยาระบายกลีเซอรินชนิดเหน็บทวารสำหรับผู้ใหญ่
 - 3.3 ยาระบายแมกนีเซีย
 - 3.4 ยาระบายมะขามแขก
 - 3.5 ยาระบายโซเดียมคลอไรด์ชนิดสวนทวาร
4. ยาถ่ายพยาธิลำไส้
 - 4.1 ยาถ่ายพยาธิตัวกลมมีเบนดาโซล
5. ยาบรรเทาปวดลดไข้
 - 5.1 ยาเม็ดบรรเทาปวดลดไข้แอสไพริน
 - 5.2 ยาเม็ดบรรเทาปวดลดไข้พาราเซตามอล 500 มก.
 - 5.3 ยาเม็ดบรรเทาปวดลดไข้พาราเซตามอล 325 มก.
 - 5.4 ยาน้ำบรรเทาปวดลดไข้พาราเซตามอล
 - 5.5 พลาสเตอร์บรรเทาปวด
6. ยาแก้แพ้ลดน้ำมูก
 - 6.1 ยาเม็ดแก้แพ้ลดน้ำมูกคลอร์เฟนิรามีน
7. ยาแก้ไอขับเสมหะ
 - 7.1 ยาน้ำแก้ไอขับเสมหะสำหรับเด็ก
 - 7.2 ยาแก้ไอน้ำคำ
8. ยาคุมหรือทาแก่วิงเวียนหน้ามืดคัดจมูก
 - 8.1 ยาคุมแก่วิงเวียนหน้ามืดไอเอ็มโคโนเนียหอม
 - 8.2 ยาคุมแก่วิงเวียนหน้ามืดคัดจมูก
 - 8.3 ยาทาระเหยบบรรเทาอาการคัดจมูกชนิดขี้ผึ้ง
9. ยาแก้เมารถเมาเรือ
 - 9.1 ยาเม็ดแก้เมารถเมาเรือโดเมนไฮดริเนท

10. ยาสำหรับโรคตา
 - 10.1 ยาหยอดตาซัลฟาเซตานิไมด์
 - 10.2 ยาล้างตา
11. ยาสำหรับโรคปากและลำคอ
 - 11.1 ยากวาดคอ
 - 11.2 ยารักษาลิ้นเป็นฝ้าบนเยื่อในไวยโอเลต
 - 11.3 ยาแก้ปวดฟัน
 - 11.4 ยาอมบรรเทาอาการระคายคอ
12. ยาใส่แผลล้างแผล
 - 12.1 ยาใส่แผลทิงเจอร์ไอโอดีน
 - 12.2 ยาใส่แผลทิงเจอร์ไทเมอรอซอล
 - 12.3 ยาใส่แผลโพวิโดน-ไอโอดีน
 - 12.4 ยาไอโซโพรพิลแอลกอฮอล์
 - 12.5 ยาเอทิลแอลกอฮอล์
 - 12.6 น้ำเกลือล้างแผล
13. ยารักษาแผลติดเชื้อไฟไหม้น้ำร้อนลวก
 - 13.1 ยารักษาแผลน้ำร้อนลวกฟีนอล
 - 13.2 ยารักษาแผลติดเชื้อซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีนคริม
14. ยาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อเมลงักัดต้อย
 - 14.1 ยาหม่องชนิดขี้ผึ้ง
15. ยาสำหรับโรคผิวหนัง
 - 15.1 ยารักษาหิดเหาเบนซิลเบนโซเอต
 - 15.2 ยารักษาหิดขี้ผึ้งกำมะถัน
 - 15.3 ยารักษากลากเกลื้อนน้ำกัดเท้า
 - 15.4 ยารักษาโรคผิวหนังเรื้อรัง
 - 15.5 ยาทาแก้ผดผื่นคันคาลาไมน์
 - 15.6 ยารักษาเกลื้อนโซเดียมไทโอซัลเฟต
16. ยาบำรุงร่างกาย
 - 16.1 ยาเม็ดวิตามินบีรวม
 - 16.2 ยาเม็ดวิตามินซี
 - 16.3 ยาเม็ดบำรุงโลหิตเฟอร์รัสซัลเฟต

16.4 ยาเม็ดวิตามินรวม

16.5 น้ำมันตับปลาชนิดแคปซูล

16.6 น้ำมันตับปลาชนิดน้ำ

การใช้ยาสามัญประจำบ้านให้ปลอดภัยมีหลักใหญ่ 3 ประการ คือ

1. อ่านฉลากและเอกสารกำกับยาก่อนใช้ยา
2. ใช้ยาให้ถูกต้อง – ถูกโรค ถูกคน ถูกทาง ถูกวิธี ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกจำนวนครั้ง
3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาในทางที่ผิดโรคหรืออาการของโรค 16 กลุ่ม กับยาสามัญประจำบ้าน 53 ชนิด

4.1.2 ระดับความรู้

Bloom *et al.* (1971 ; อ้างถึงใน จอมปวีร์ จันทรศิริ. 2555 : 29) ได้แบ่งระดับความรู้ ออกเป็น 6 ระดับ ซึ่งเรียงลำดับก่อนหลัง ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นความจำและการระลึกได้ต่อความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยู่ยาก ซับซ้อน และมีความสัมพันธ์ต่อกัน แบ่งออกเป็น ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา เฉพาะ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการและการดำเนินงานที่เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยเฉพาะ และความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและ โครงสร้างของสิ่งหนึ่งสิ่งใด
2. ความเข้าใจ (Comprehension) ในความหมายของบลูม นั้น มี 3 ประการ คือ การแปลความหมาย การตีความ และการสรุปความ
3. การนำไปใช้ (Application) คือ การนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง
4. การวิเคราะห์ (Analysis) คือ การพิจารณาแยกแยะวัตถุ หรือเนื้อหาออกเป็น ส่วนปลีกย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน และการสืบเสาะความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อความมันประกอบเข้าด้วยกันได้อย่างไร เป็นเรื่องของกระบวนการรวมส่วนต่าง ๆ ของเนื้อหาสาระเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ไม่ชัดเจนมาก่อน เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของงาน หรือปัญหาที่กำหนดไว้
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) คือ ความสามารถในการรวมส่วนประกอบย่อยๆ หรือส่วนใหญ่ ๆ เข้าด้วยกัน ให้เป็นเรื่องเดียวกัน
6. การประเมินผล (Evaluation) ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระ เพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์เป็นฐานในการพิจารณาการตัดสินใจ

จากคำจำกัดความที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่า ระดับความรู้มีหลายระดับ แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะวัดระดับความรู้ ที่เป็นความจำและการระลึกได้ต่อการใช้ยาชนิดต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของประชาชน

4.1.3 การวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

กิตติมา ฉวีภัลยากุล และคณะ (2548 :13) ได้สร้างเครื่องมือวัด ผู้ที่มาซื้อยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน จากร้านยาแผนปัจจุบัน ในเขตอำเภอ เมืองจังหวัดนครปฐม โดยแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ (Structural Interview)อันประกอบด้วยหัวข้อ พฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด แหล่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ได้แก่ วิธีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดร่วมกับยาอื่น ประโยชน์ของยาเม็ดคุมกำเนิด และข้อควรระวังในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ (2549 : ก) ได้สร้างเครื่องมือวัด โดยใช้วิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง โดยทางอ้อม 3 วิธีร่วมกัน คือ 1) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง โดยการนับเม็ดคยาংশเหลือ 2) การตรวจสอบการมาตามนัดเพื่อรับยาในวันนัดครั้งต่อไป และ 3) การรายงานถึงความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง โดยใช้แบบสอบถาม จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 40 ราย จำแนกผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 19 รายได้รับบริการตามปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 21 รายได้รับการให้คำแนะนำด้านยาตั้งแต่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัดตัวแปรความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือวัดของ กิตติมา ฉวีภัลยากุล และคณะ (2548 :13) และ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ (2549 : ก) มาประยุกต์ใช้ซึ่งครอบคลุมคุณสมบัติของความรู้ในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ (Structural Interview) หัวข้อพฤติกรรมการใช้ยา แหล่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับยา ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชนิดรับประทาน ได้แก่ วิธีการใช้ยา การใช้ร่วมกับยาอื่น ประโยชน์ของยา และข้อควรระวังในการใช้ยา ข้อคำถาม ชนิด 2 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบถูกหรือ ผิด ในแต่ละข้อ

4.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

ยศพงษ์สิทธิ์ แก่นจันทร์ (2551 : 1) ได้ศึกษาการใช้ยาที่อยู่ประจำบ้านของประชาชน ในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า การไม่รู้ถึงข้อควรระวังของการใช้ยามีอยู่ในระดับที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนิดของยาที่พบมากในครัวเรือน ได้แก่ ยาเม็ดบรรเทาอาการปวดลดไข้ พารา

เซตามอส (ร้อยละ 61.3) ยาลดกรด อะลูมินา-แมกนีเซียม (ร้อยละ 34.7) ยาคลอร์เฟนิรามีนซัยรัป (ร้อยละ 4.5) ยาอะม็อกซิซิลลิน แคปซูล (ร้อยละ 38.6) และจากการสำรวจความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษายาที่อยู่ประจำบ้านของประชาชนอำเภอกระนวน พบว่า มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 85 ที่มีความรู้ถึงวิธีการเก็บรักษาที่ถูกต้อง

เอชธ จิรเสวตกุล และคณะ (2549 : ก) ได้ศึกษา ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนสามเหลี่ยม 1 จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนสามเหลี่ยม 1 มีความรู้ในการดูแลตนเองที่จำเป็นไม่เพียงพอ ควรเน้นให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยมากกว่าเดิม ได้แก่ การจำกัดข้าวเหนียว การออกกำลังกายรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการสวมรองเท้าเพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า

การันต์ กิจวิจารณ์ (2549 : ก) ได้ศึกษาพฤติกรรมและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาอาการไข้เจ็บคอของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า นักศึกษาแพทย์มากกว่าครึ่งที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาอาการไข้เจ็บคอ โดยส่วนใหญ่เคยใช้ยาปฏิชีวนะเอง โดยไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ และจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าระดับความรู้เข้าใจเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำมาประเมินพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะได้

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ (2549 : ก) ได้ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ประเมินโดยใช้วิธี 1) การนับเม็ดยาคงเหลือ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา Theophylline ชนิดรับประทานมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 99.99 และ 79.54 ตามลำดับ เช่นเดียวกับยา Salbutamol ชนิดรับประทานที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเป็น 94.58 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม คือ ร้อยละ 79.68 แต่สำหรับยา Budesonide ชนิดสูดพ่นนั้นพบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) การตรวจสอบการมาตามนัดเพื่อรับยา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมาพบแพทย์ตามนัดแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.134$) แต่เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้คำแนะนำด้านยา พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.031$) และ 3) การรายงานถึงความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง โดยใช้แบบสอบถามพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.062$) สำหรับการประเมินความถูกต้องของเทคนิคการสูดพ่นยา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถสูดพ่นยาได้ถูกต้องกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.032$) และสำหรับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) สรุปจากการศึกษาผลของการให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดหรือหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การให้คำแนะนำด้านยา

ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาดีขึ้น และช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งเพิ่มมากขึ้นได้

กานนท์ อังคนาวิตต์ย์ (2556 : ก) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2556 พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2556 ยังมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบนออกจากร่างกาย เย็บแผล และแผลสด น้อย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี และส่งผลโดยอ้อมผ่านปัจจัยด้านเจตคติ

4.2 ระดับการศึกษา

4.2.1 ความหมายของระดับการศึกษา

การจัดการศึกษาของไทยได้มีการจัดควบคู่กันไปทั้งที่เป็นการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียน และการจัดการศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งพอจะแบ่งระดับของการศึกษาออกได้เป็น 4 ระดับ คือ

1. การศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา เป็นการศึกษาที่มุ่งอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนการศึกษาภาคบังคับ เพื่อเตรียมเด็กให้มีความพร้อมทุกด้านดีพอที่จะเข้ารับการศึกษาต่อไป การจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษานี้อาจจัดเป็นสถานรับเลี้ยงดูเด็ก ศูนย์เด็กปฐมวัย โรงเรียนอนุบาล หรือจัดเป็นชั้นเด็กเล็กในโรงเรียนประถมศึกษา

2. การศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นการศึกษาที่มุ่งให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถขั้นพื้นฐานและให้สามารถลงสภาพอ่านออกเขียนได้ คิดคำนวณ ได้มีความสามารถประกอบอาชีพตามควรแก่วัย และความสามารถ ดำรงตนเป็น พลเมืองดีในระบบการปกครองแบบประชาธิปไตย ที่มีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข การจัดสถานศึกษาระดับประถมศึกษา พังจัดเป็นตอนเดียวตลอดใช้เวลาเรียนประมาณ 6 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นการศึกษาภาคบังคับ ซึ่งแต่ละท้องถิ่นจะกำหนดอายุเข้าเกณฑ์ให้เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและความพร้อมของเด็ก แต่ต้องไม่บังคับเด็กเข้าเรียนตอนอายุครบ 6 ปีบริบูรณ์ และไม่ช้ากว่าอายุครบ 8 ปีบริบูรณ์

3. การศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นการศึกษาหลังระดับประถมศึกษาที่มุ่งให้ผู้เรียนมีความรู้ทั้งวิชาการและวิชาชีพที่เหมาะสมกับวัย ความต้องการ ความสนใจ และความถนัด เพื่อให้บุคคลเข้าใจและรู้จักเลือกอาชีพที่เป็นประโยชน์แก่ตนเองและสังคมการศึกษาระดับนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้เวลาเรียนตอนละประมาณ 3 ปี นับว่าเป็นการศึกษาระดับกลาง ซึ่งจัดขึ้นสำหรับเด็กวัยรุ่นอายุประมาณ 12 ถึง 17 ปี ให้ได้เรียนหลังจากจบประถมศึกษาและเพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาระดับสูงขึ้นไป ผู้ที่เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา อาจจะ

ออกไปประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถ หรือศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา ดังนั้นในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พึงให้ผู้เรียนได้เลือกเรียนกลุ่มวิชาการและ วิชาชีพตามความถนัด และความสนใจอย่างกว้างขวางและในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย พึงให้ผู้เรียนได้เน้นการเรียนกลุ่มวิชาที่ผู้เรียนจะยึดเป็นอาชีพต่อไป

4. การศึกษาระดับอุดมศึกษา เป็นการศึกษาหลังระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มุ่งพัฒนาความเจริญงอกงามทางสติปัญญาและความคิด เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ การศึกษาระดับนี้จัดแบบกว้างให้ผู้เรียนมีความรู้รอบ และเน้นเฉพาะสาขาวิชาชีพให้ผู้เรียนมีความรู้ลึกและชำนาญชำนาญทั้งในด้านทฤษฎี ปฏิบัติและมีจรรยาบรรณของวิชาชีพนั้นๆ หน้าที่ของสถาบันอุดมศึกษาจึงมุ่งดำเนินการเรียนการสอนทั้งด้านวิชาการและวิชาชีพ การวิจัยเพื่อแสวงหาข้อมูล ความรู้ใหม่ และพิสูจน์หลักทฤษฎีต่างๆ การบริการชุมชน และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม เพื่อพัฒนาประเทศทุกด้าน และช่วย แก้ปัญหาของชุมชน (สุมน อมรวิวัฒน์. 2554 : 7-8)

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ระบุว่า การศึกษาขั้นพื้นฐาน หมายถึง การศึกษา ก่อนระดับอุดมศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับก่อนประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา

ระดับก่อนประถมศึกษา หมายถึง การศึกษาในประเภทศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชั้นเด็กเล็ก โดยมีระยะเวลาเรียน 1 ปี และการจัดการศึกษาประเภทอนุบาล มี 2 หลักสูตร คือ อนุบาลหลักสูตร 2 ปี และหลักสูตร 3 ปี ในการรวมอนุบาลหลักสูตร 2 ปี และหลักสูตร 3 ปี ได้รวมชั้นอนุบาล 1 ของหลักสูตร 2 ปี กับชั้นอนุบาล 2 หลักสูตร 3 ปี ไว้ในช่องชั้นอนุบาล 2 และรวมชั้นอนุบาล 2 ของหลักสูตร 2 ปี กับชั้นอนุบาล 3 ของหลักสูตร 3 ปี ไว้ในช่องรวมชั้นอนุบาล

ระดับประถมศึกษา หมายถึง การศึกษาที่มุ่งให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถขั้นพื้นฐาน ในเวลาเรียน 6 ปี

ระดับมัธยมศึกษา หมายถึง การศึกษาหลังระดับประถมศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ช่วงตอน คือ มัธยมศึกษาตอนต้น ที่จัดทำโดยกรมศิลปากรเทียบเท่าชั้น ม. 3 และมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็น 2 ประเภท คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายประเภทสามัญ คือ ชั้น ม. 4 ถึง ม. 6 และประเภทอาชีวศึกษา คือ หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หลักสูตรประกาศนียบัตรนาคูศิลป์ชั้นกลาง หลักสูตรประกาศนียบัตรศิลปชั้นกลาง

การศึกษาระดับอุดมศึกษา หมายถึง การศึกษาหลังระดับมัธยมศึกษาตอนปลายซึ่งได้แก่ หลักสูตรอนุปริญญา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประกาศนียบัตรนาคูศิลป์ชั้นสูง ประกาศนียบัตรศิลปชั้นสูง ระดับปริญญาตรี และรวมหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพครู เทคนิคชั้นสูง (ปทส.) และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ได้แก่ ประกาศนียบัตรบัณฑิตปริญญาโท ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง และปริญญาเอก

การศึกษาของสงฆ์ หมายถึง การศึกษาของสงฆ์(พระ และเณร) ที่จัดโดยหน่วยงาน ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี ได้แก่ กองพุทธศาสนาศึกษา ฝ่ายการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษาและธรรมบาลี และสถาบันในกำกับของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ คือ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

การศึกษานอกระบบ หมายถึง การศึกษาที่มีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบ วิธีการจัดการศึกษา ระยะเวลาของการศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการสำเร็จการศึกษา โดยเนื้อหาและหลักสูตรจะต้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของบุคคลแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียน ผู้เรียน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการศึกษาในสถานศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และที่เทียบเท่าทั้งนี้ รวมถึงการศึกษานอกระบบ โรงเรียน

นักศึกษา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

ผู้เข้าใหม่ หมายถึง นักเรียน ผู้เรียน และผู้เข้ารับการศึกษารหัสฝึกอบรมใหม่ในชั้นปีที่ 1 ของระดับการศึกษา หลักสูตร ที่เข้าศึกษา

ผู้สำเร็จการศึกษา หมายถึง นักเรียน ผู้เรียนและนักศึกษา ที่ฝึกอบรมครบตามหลักสูตร และผ่านเกณฑ์การวัดผลที่กำหนดไว้ของแต่ละระดับ และประเภทการศึกษา

สถานศึกษา หมายถึง สถานที่ ที่ตั้งขึ้นเพื่อให้เกิดการศึกษาและฝึกอบรมซึ่งสถานศึกษามีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน เช่น โรงเรียน สถาบัน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศูนย์/สำนักนักเรียน เป็นต้น

งบประมาณรายจ่าย หมายถึง งบประมาณรายจ่ายตามลักษณะงาน โดยสำนักงบประมาณจัดจำแนกตามหลักการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ค.ศ. 1980 ซึ่งจำแนกลักษณะงานออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการบริหารทั่วไป แบ่งเป็น การบริหารทั่วไปของรัฐ การป้องกันประเทศ และการรักษาความสงบภายใน
2. ด้านการบริการชุมชนและสังคม แบ่งออกเป็น การศึกษา การสาธารณสุข การสังคมสงเคราะห์ และการเคหะและชุมชน และการศาสนา วัฒนธรรมและนันทนาการ
3. ด้านการเศรษฐกิจ แบ่งออกเป็น การเชื้อเพลิงและพลังงาน การเกษตร การเหมืองแร่ ทรัพยากรธรณี การอุตสาหกรรมและการโยธา การคมนาคมขนส่งและสื่อสาร และการบริการเศรษฐกิจ
4. ด้านอื่น ๆ คือ การดำเนินงานอื่น ๆ นอกจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

งบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษามาถึง วงเงินงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้แก่หน่วยงานราชการ และรัฐวิสาหกิจ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริหาร การจัดการศึกษาทุกระดับทุกประเภทรวมทั้งการศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งสำนักงบประมาณ ได้จำแนกไว้เป็น 5 ระดับ ประเภทการศึกษา ได้แก่ ระดับก่อนประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ระดับอุดมศึกษา การศึกษาไม่กำหนดระดับ การบริการสนับสนุนการศึกษา และการศึกษาอื่น

ปี หมายถึง การนับหน่วยเวลาของรอบการจัดเก็บ/แสดงข้อมูล ณ เวลาใด โดยปีการศึกษาเป็นหน่วยเวลาของข้อมูลด้านการศึกษา ปีงบประมาณเป็นหน่วยเวลาของข้อมูลงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษา และปี พ.ศ. เป็นหน่วยเวลาของข้อมูลประชากร

การศึกษา คือ การสร้างคนให้มีความรู้ ความสามารถมีทักษะพื้นฐานที่จำเป็นมีลักษณะนิสัยจิตใจที่ดีงาม มีความพร้อมที่จะต่อสู้เพื่อตนเองและสังคม มีความพร้อมที่จะประกอบกรงานอาชีพได้ การศึกษาช่วยให้คนเจริญงอกงาม ทั้งทางปัญญา จิตใจ ร่างกาย และสังคม การศึกษาจึงเป็นความจำเป็นของชีวิตอีกประการหนึ่ง นอกเหนือจากความจำเป็น ด้านที่อยู่อาศัย อาหารเครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค การศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่ 5 ของชีวิต เป็นปัจจัยที่จะช่วยแก้ปัญหาทุก ๆ ด้านของชีวิตและเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของชีวิตในโลกที่มีกระแสความเปลี่ยนแปลงทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อวิถีดำรงชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกันการศึกษายังมีบทบาทและความจำเป็นมากขึ้นด้วย

4.2.2 การวัดระดับการศึกษา

ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์ (2544 : 7) ได้สร้างเครื่องมือวัดระดับการศึกษา เป็นการกำหนดตัวเลขให้กับสิ่งที่ต้องการศึกษาภายใต้กฎเกณฑ์ที่แน่นอน ผู้วิจัยจำเป็นจะต้องทราบคุณลักษณะของข้อมูลที่ถูกวัด เพื่อใช้ในการพิจารณาว่าจะเลือกใช้วิธีการทางสถิติใดจึงจะเหมาะสม ดังนั้นจึงควรทราบว่าข้อมูลที่ถูกวัดมานั้นอยู่ในมาตรการวัดระดับใด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการวัดระดับการศึกษามาปรับใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ นับจากจำนวนปีที่เข้าศึกษาทั้งหมดจนจบการศึกษาระดับสูงสุด คือ ระดับการศึกษาประถมศึกษา ได้ 1 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ได้ 2 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ได้ 3 ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ได้ 4 ระดับปริญญาตรี ได้ 5 ระดับสูงกว่าปริญญาตรี ได้ 6 มาเป็นกรอบในการวัดระดับการศึกษาในการวิจัยในครั้งนี้

4.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา

นิตดา เกียรติยิ่งอังศุลี (2546 : ก) ได้ศึกษา ระบบยากับสุขภาพหญิงไทย : กรณีศึกษายาคุมกำเนิด ที่เป็นผลเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาในประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับยากุมกำเนิด ลูกเงินของวัยรุ่น ทำการศึกษาในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาภาครัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

พบว่าวัยรุ่นมีความเข้าใจค่อนข้างดี และยังมีประสบการณ์ในการแนะนำยาคุมกำเนิดให้เพื่อนด้วยในสัดส่วนที่สูง แม้ว่าจะมีผู้ใช้ยานี้ในสัดส่วนที่น้อยมาก

กิตติมา ฉวีภัทยากุล และคณะ (2548 :15-16) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรีดรีปประทานของสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดรีดรีปประทาน ซึ่งมารับบริการจากร้านยาในเขตอำเภอเมืองนครปฐมนั้น ผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) อยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี มีวุฒิการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้าง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักตลอดเวลาที่ผ่านมา เพราะมีรายงานว่าพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทยในกลุ่มเช่นนี้จะไม่ให้ความสำคัญกับฉลากยา และเมื่อพิจารณาประกอบกับพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมาติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่า 1 ปี บางรายมีการใช้ติดต่อกันมาหลายสิบปี แต่เมื่อสอบถามถึงความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิดที่ใช้กลับพบว่ามีเพียงร้อยละ 81.5 เท่านั้นที่ได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ แสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคบางคน มีการใช้ยาโดยที่ไม่ได้ให้ความสนใจถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาเลย ซึ่งจัดว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาอย่างไม่มีประสิทธิผล และหรือเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะเกิดกับการใช้ยาดังกล่าวด้วย เพราะยาเม็ดคุมกำเนิดมีข้อห้ามและข้อควรระวังในผู้ที่โรคประจำตัว เช่น ผู้ที่ภาวะผิดปกติของระบบหลอดเลือดและหัวใจ รวมทั้งยาคุมกำเนิดยังมีอันตรกิริยากับยาตัวอื่นๆ หากใช้ร่วมกันส่งผลต่อประสิทธิผลของยาด้วย

เมื่อสอบถามถึงข้อมูลที่ผู้บริโภคได้รับเกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิด พบว่า ส่วนใหญ่แล้วเป็นเรื่องวิธีการใช้ยา ชื่อการค้า และประโยชน์อื่นๆ ของยาเม็ดคุมกำเนิด ในขณะที่เรื่องที่เกี่ยวข้องข้อควรมาใช้อย่างไรได้ สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการใช้ยาอย่างไม่ได้ประสิทธิผล อาจพบได้มากในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดของผู้หญิงไทย รวมทั้งแนวโน้มถึงอันตรายที่จะเกิดกับกลุ่มที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด สถานพยาบาล อาทิเช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย คลินิก และร้านยา ยังเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดที่กลุ่มตัวอย่างให้ความน่าเชื่อถือมากที่สุดแหล่งข้อมูลที่มีผลประโยชน์เกี่ยวกับข้อมูลที่นำเสนอ เช่น ป้ายโฆษณา แผ่นพับซึ่งจัดทำโดยบริษัทฯ พบว่าผู้บริโภค น้อยรายที่ให้ความเชื่อถือในข้อมูลนั้น แต่ข้อมูลจากการส่งเสริมการขายของบริษัท เช่น การส่งเสริมการขายยาคุมกำเนิดในการใช้ลดการเกิดสิวกลับเป็นข้อมูลที่ผู้บริโภคจำได้มากที่สุด แสดงถึงการตอกย้ำข้อมูลด้วยวิธีการโฆษณาที่มีผลต่อการจำของผู้บริโภคนั้น บุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะเภสัชกรประจำร้านยา ต้องให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้องกับผู้มารับบริการทุกครั้งที่ทำให้บริการ โดยเฉพาะการใช้ยาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานซึ่งไม่ได้รับประกันว่า ผู้บริโภคจะมีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เทคนิคและรูปแบบที่ให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านการศึกษาและเศรษฐกิจ ของผู้รับบริการประกอบด้วย เพื่อประสิทธิภาพในการใช้ยาของผู้บริโภค

4.3 ความตระหนัก

4.3.1 ความหมายของความตระหนัก(Awareness)

มีนักวิชาการ ได้ให้ความหมายของความตระหนัก (Awareness) ไว้ ดังนี้
พัฒนศักดิ์ บุปผาสวรรณ. (2546: 22-23) คำว่า “ความตระหนัก” ตรงกับ
 ภาษาอังกฤษว่า “Awareness” หมายถึง ความรู้ การรู้ ความมีสติ ประสบการณ์ทางวัตถุหรือทาง
 ความคิดอย่างใดอย่างหนึ่ง (Suwannapet. 1995)

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546) ได้ให้ความหมายของคำ
 ว่าตระหนัก หมายถึง รูปประจักษ์ชัด รู้ชัดแจ้ง อาจสรุปและขยายความได้ว่า ความตระหนัก หมายถึง
 การแสดงออกถึงความรู้สึก รับรู้ คิดได้ มองเห็นประโยชน์และความสำคัญโดยการแสดงออกมาใน
 ทิศทางที่ต้องการตามประสบการณ์ หรือความตระหนักเป็นการรับรู้ นึกคิด หรือมีความรู้สึกต่อ
 เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งหรือสำนึกถึงบางสิ่งบางอย่างของประสบการณ์ ความตระหนักจะเกิดขึ้น
 เมื่อมีเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมในสังคมหรือสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นให้เกิดความตระหนักและ
 สะท้อนให้เห็นทางพฤติกรรม

วีระชน ขาวผ่อง (2551: 42) กล่าวว่า “ความตระหนัก” หมายถึง สภาวะการมีผลให้
 เกิดความรู้สึก การรับรู้มุ่งสู่สภาวะจิตแห่งตน คือ ทักษะคิด ความคิด ความเชื่อ ความสนใจ อันจะ
 ก่อให้เกิดความตระหนัก และจิตสำนึก

พงษ์ชัย เถลิงกลิ่น (2551: 50) กล่าวว่า “ความตระหนัก” หมายถึง พฤติกรรมที่
 แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ที่เป็นอารมณ์ความรู้สึก
 ด้านทักษะคิด ค่านิยม ความชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี ที่ได้จากการประเมินสิ่งเร้าต่างๆของบุคคล
 นั้น

เอกลักษณ์ ธนเจริญพิศาล.(2554 : 4) อธิบายว่า ความตระหนัก หมายถึง พฤติกรรม
 ที่แสดงถึงการเกิดความรู้สึก หรือการที่บุคคลแสดงความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

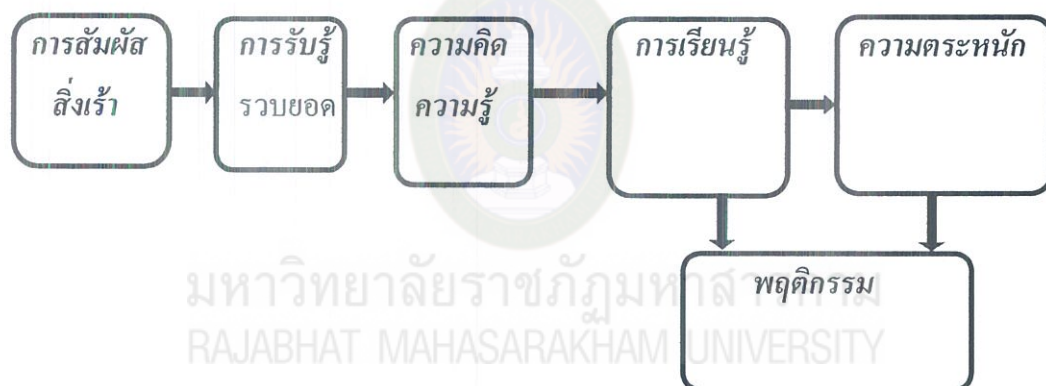
จากความหมายของความตระหนัก (Awareness)ของนักวิชาการที่กล่าวถึงข้างต้น พอสรุป
 ได้ว่า ความตระหนักหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดความสำนึก ความปรารถนาต้องการซึ่งบุคคลเคยมี
 การรับรู้หรือเคยมีความรู้ เคยมีประสบการณ์มาก่อนเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น จะทำให้เกิดความสำนึกขึ้น
 หรือเกิดความตระหนักขึ้นและจะมีการประเมินค่าถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ และ
 นำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอดการเรียนรู้และความตระหนักตามลำดับ

ความตระหนัก ในพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน หมายถึง ความสำนึก ความรู้สึกนึก
 คิด ความต้องการที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น การอ่านฉลากยาก่อนการใช้ยา
 การแนะนำคนที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การคำนึงถึงวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องสุลักษณะ โดยมี

ประสบการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในสังคมหรือสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้นให้เกิดความตระหนัก

4.3.2 ขั้นตอนการเกิดความตระหนัก

ความตระหนักเป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า หรือ ได้รับการสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้วจะเกิดการรับรู้ (Perception) และเมื่อเกิดการรับรู้ในขั้นต่อไปก็จะเข้าใจในสิ่งเร้านั้นเกิดความคิดรวบยอดและนำไปสู่การเรียนรู้ คือมีความรู้ในสิ่งนั้นและนำไปสู่การเกิดความตระหนักในที่สุด ซึ่งความรู้และความตระหนักต่างก็นำไปสู่การกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้านั้น ๆ การที่บุคคลจะเกิดความตระหนักขึ้นได้นั้นบุคคลนั้นจะต้องมีความรู้มาก่อนดังนั้นการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนมองเห็นความสำคัญ ความรับผิดชอบและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมาจะส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักต่อสิ่งนั้น ๆ ต่อไปนี้ในที่สุดซึ่งขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนักแสดงเป็นแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนัก

ที่มา : วีระชน ชาวพ่อง (2551: 43)

4.3.3 องค์ประกอบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตระหนัก

องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความตระหนักมี 3 ประการ (เอกลักษณ์ ชนเจริญพิศาล.2554 : 16)

1. องค์ประกอบด้านความคิด สติปัญญาและเหตุผล (Cognitive Component) หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ หรือความคิดต่าง ๆ ซึ่งเป็นการใช้เหตุผลของบุคคลในการจำแนกแยกแยะความแตกต่าง ผลได้ผลเสีย ซึ่งก็คือการที่บุคคลสามารถนำเอาคุณค่าทางสังคมที่ได้รับการอบรมสั่งสอนและถ่ายทอดมาใช้ในการวิเคราะห์ พิจารณาประกอบเหตุผลในการที่ตนจะประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก(Affective Component)หมายถึงความรู้สึกในด้านทัศนคติค่านิยม ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี พอใจไม่พอใจ รัก เกลียด กลัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการประเมินสิ่งเร้า

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม(Behavior Component) หมายถึง แนวโน้มที่จะแสดงออกทั้งทางวาจา กิริยาท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้า หรือเป็นแนวโน้มที่บุคคลจะสนองตอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งจะมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับความคิด และอารมณ์ความรู้สึก

ความตระหนัก (Awareness) เป็นพฤติกรรมทางด้านอารมณ์หรือความรู้สึก (Affective Domain) ซึ่งคล้ายกับความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต่ำสุดของความรู้ความคิด (Cognitive Domain) ปัจจัยด้านความรู้สึกหรืออารมณ์นั้นจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้ ความคิดเสมอ (เอกลักษณ์ ชนเจริญพิศาล. 2554 : 16) ความรู้เป็นเรื่องที่เกิดจากข้อเท็จจริงจากประสบการณ์การสัมผัสและการใช้จิตไตร่ตรองคิดหาเหตุผลแต่ความตระหนัก เป็นการสัมผัส การรับรู้ความคิดรวบยอดการเรียนรู้การได้รับการสัมผัสจากสิ่งเร้าโดยไม่ตั้งใจการใช้จิตไตร่ตรองแล้วเกิดสำนึกต่อปรากฏการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ และในเรื่องของความตระหนักนี้จะไม่เกี่ยวข้องกับความจำหรือการระลึกมากนักเพียงแต่รู้สึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ (Conscious of Something)จำแนกและรับรู้ (Recognitive)ลักษณะของสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่เร้าออกมาว่ามีลักษณะเป็นเช่นไรอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ความรู้หรือการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความตระหนัก

ทะเบียนศักดิ์ ประสภกิติคุณ (อ้างถึงใน เอกลักษณ์ ชนเจริญพิศาล. 2554 : 16) กล่าวไว้เนื่องจากความตระหนักของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคลดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้จึงมีผลต่อความตระหนักด้วยซึ่งได้แก่

1. ประสบการณ์ที่มีต่อการรับรู้
2. ความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมถ้าบุคคลใดที่มีความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมนั้นก็ทำให้บุคคลนั้นไม่ตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น
3. ความใส่ใจและการเห็นคุณค่าถ้ามนุษย์มีความใส่ใจเรื่องใดมากก็จะมี ความตระหนักในเรื่องนั้นมาก
4. ลักษณะและรูปแบบของสิ่งเร้าสามารถทำให้ผู้พบเห็นเกิดความสนใจยอมทำให้ผู้พบเห็นเกิดการรับรู้และความตระหนักขึ้น
5. ระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้ถ้ามนุษย์ได้รับการรับรู้บ่อยครั้งเท่าใดหรือนานเท่าไรก็ยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดความตระหนักได้มากขึ้นเท่านั้น

4.3.4 ความตระหนักกับเหตุผลเชิงจริยธรรม

1. การจำแนกระดับของความตระหนักทางสังคม(สุดใจ บุญอารีย์. 2541: 95 – 97)ได้กล่าวถึง การจัดลำดับความตระหนักทางสังคม ไว้ ดังนี้

1.1 ในระดับก่อนเกณฑ์บุคคลจะไม่มี การตระหนักทางสังคมหรือมีก็แค่เบาๆ มักจะคิดถึงตัวเองเช่นถ้าถามว่าเหตุใดจึงต้องรักษาสัตย์จะ ได้คำตอบว่า “ถ้าคุณไม่รักษาสัตย์คุณ จะถูกตี” จะเห็นว่าทัศนคติอยู่ที่ตัวเองไม่คิดถึงผู้อื่นไม่เข้าใจถึงเจตนาหรือความคาดหวังของผู้อื่น ในระดับนี้ถ้าเด็กพัฒนาสูงขึ้นมาอีกความคิดก็จะกว้างขึ้น โดยจะคิดถึงผู้อื่นเป็นรายบุคคลเป็นการคิด แบบ “ฉัน” และ “เธอ” ไม่เป็นกลุ่มเหตุผลในการกระทำเพื่อคนอื่นคือต้องการให้เขาเป็นผู้ตอบแทน มิใช่การทำเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคม

1.2 ในระดับที่สองคือระดับตามกฎเกณฑ์เด็กจะคิดเรื่องสัมพันธภาพการเป็น สมาชิกของกลุ่มจะมีความสำคัญคืออยากจะทำตามที่กลุ่มหรือสังคมต้องการระดับที่สองนี้จะตระหนัก ถึงผลประโยชน์ของผู้อื่นและสังคมเป็นระดับแรกที่มีการเห็นประโยชน์ของผู้อื่นเป็นระดับที่เข้าใจว่า เหตุใดบุคคลจึงต้องเสียสละเพื่อสังคมสิ่งที่ไม่เคยตระหนักในระดับก่อนจะเริ่มมีผู้มีการพัฒนาการ ใน ระดับนี้ต้องการการยอมรับในการที่ตนทำดีความแตกต่างระหว่างระดับนี้กับระดับก่อนในเรื่องกฎ ต่าง ๆคือระดับก่อนเห็นว่ากฎต่าง ๆ เป็นเรื่องบังคับเขาแต่ในระดับนี้เห็นว่ากฎต่าง ๆ มีไว้เพื่อช่วย สังคมที่เขาอยู่

1.3 ในระดับที่สามคือระดับเหนือกฎเกณฑ์ทัศนคติจะกว้างออกไปจะไม่มองว่า มนุษย์เป็นเสมือนฟันเฟืองของเครื่องจักรในสังคมและจะต้องยอมปฏิบัติตามที่สังคมกำหนดและรับ ใช้สังคมที่ตัวเองเป็นสมาชิกอยู่แต่จะกระทำตามหลักแห่งความยุติธรรมที่เห็นว่าทุกคนในสังคม จะต้องปฏิบัติไม่ว่าสังคมนั้นจะสนับสนุนหรือไม่ซึ่งเรียกได้ว่ามีลักษณะเป็นสากลเพราะใช้กับคนทุก คนความแตกต่างระดับนี้กับระดับที่แล้วคือระดับก่อนเห็นว่าการกระทำที่ดีจะต้องเป็นการสนับสนุน สังคมผลประโยชน์ของสังคมเป็นตัวกำหนดความถูกต้องแต่ในระดับนี้เห็นว่าการกระทำที่ดีคือการ กระทำที่สอดคล้องกับหลักแห่งความยุติธรรมหลักแห่งความยุติธรรมนี้เป็นอิสระจากสังคมที่เขาอยู่ ดังนั้นหลักแห่งความยุติธรรมเป็นพื้นฐานของสังคม

2. การจำแนกชั้นของความตระหนักทางสังคม

การแยกระดับการหยิ่งถือทางสังคมจะช่วยในกระบวนการวัดพัฒนาการอย่างมาก ถ้าสามารถชี้ชัดถึงขั้นของการพัฒนาการได้ก็ยิ่งจะเป็นแรงสนับสนุนยิ่งขั้นการรู้ขั้นของการพัฒนาการ ด้านการหยิ่งถือทางสังคมของเด็กจะทำให้เราทราบว่าเด็กใช้เหตุผลอยู่ในสองขั้นใดควบกัน (เช่นขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2) ในที่นี้จะอธิบายเพียง 4 ขั้นส่วนผู้ที่มีพัฒนาการด้านการหยิ่งถือทางสังคมในระดับเหนือ กฎเกณฑ์เกือบทั้งหมดจะใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในขั้นที่ 5 ในระดับก่อนเกณฑ์ความแตกต่างด้านการ

ตระหนักทางสังคมระหว่างขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 ได้แก่ความคิดแบบเห็นแก่ประโยชน์ของทั้งสองฝ่าย หรือการตระหนักถึงทัศนคติของผู้อื่น

ขั้นที่ 1. ไม่มีผู้ใช้เหตุผลในขั้นที่ 1 จะไม่เข้าใจว่าผู้อื่นมีความคิดเป็นของตนเองเขา จะคิดว่ามีตัวเขากับโลกภายนอกเท่านั้นในด้านจริยธรรมเด็กจะเข้าใจว่าตัวเขาและผู้อื่นอยู่ภายใน ลักษณะเผด็จการภายนอกอันเดียวกันหากไม่รวมตัวเองเข้ากับสิ่งนี้จะได้รับโทษโดยอัตโนมัติการ พิจารณาถึงความสำคัญและสิทธิของมนุษย์จะมีลักษณะเป็นรูปธรรมตรงๆและการตัดสินใจมาจาก ลักษณะพิเศษทางกายภาพเช่นจะช่วยชีวิตผู้อื่นที่มีเครื่องประดับมากที่สุดหรือผู้ที่สูงที่สุด

ขั้นที่ 2. เด็กจะสามารถพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ร่วมกันได้เด็กจะคิดได้ว่าผู้อื่นมีความคิด ที่แตกต่างไปจากตนและแตกต่างกันและรู้ว่าบางครั้งบุคคลคาดหวังและกระทำในสิ่งที่ขึ้นอยู่กับ ผู้อื่นอย่างไรก็ตามแม้ความคิดในเชิงการตระหนักจะกว้างขึ้นแต่ก็ยังมิขจัดคือการเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลผู้มีพัฒนาการในขั้นที่สองจะมองความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัวในแง่ จริยธรรมยังพิจารณาในสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะกายภาพและสุขนิยมหลักสำคัญของการพัฒนาในขั้นนี้ คือจะมีได้นึกถึงการเป็นกลุ่มหรือสังคมที่คำนึงถึงเพียงประโยชน์ของบุคคลผู้ใฝ่ประโยชน์ ส่วนตัวเท่านั้น

ขั้นที่ 3. กรอบความคิดคือแต่ละคนในกลุ่มจะต้องฟังความเห็นของทุกคนในกลุ่ม และจะต้องพยายามกระทำในสิ่งที่กลุ่มเห็นด้วยผู้ใช้เหตุผลในขั้นนี้จะพยายามจัดพฤติกรรมของเขาให้ อยู่ในรูปแบบของคนดีตามความคิดของตน

ขั้นที่ 4. จะพิจารณาสัมพันธ์ภาพเช่นกันแต่จะขยายร่วม ไปถึงการหยั่งลึกถึงระดับ สังคมแทนที่จะคิดถึงบุคคลเพียง 2 ถึง 3 คนเขาจะพิจารณาว่าบุคคลเป็นจุดหนึ่งของระบบสังคม ทั้งหมดจะอยู่ที่ผลของสัมพันธ์ภาพหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีต่อสังคมได้แก่การกระทำในทำนองที่ เกื้อหนุนหรือส่งเสริมให้สังคมได้ดำเนินไปอย่างราบรื่น โดยเชื่อว่าเราทั้งหมดเป็นสมาชิกของระบบ สังคมการขยายความคิดจากเอกตบุคคลหรือสัมพันธ์ภาพของกลุ่มเล็ก ๆ ไปสู่ระบบสังคมที่กว้าง ออกไปเป็นความสำเร็จที่สำคัญของขั้นที่ 4 ที่พัฒนามาจากขั้นที่ 3

4.3.5 การวัดความตระหนัก

เนื่องจากความตระหนักเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการได้รับสัมผัสจากสิ่งเร้า (ฉวีวรรณ ชมพูเขา. 2553 : 29-30) ได้กล่าวถึงเครื่องมือวัดความตระหนักไว้ ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ (Interviewing) โดยอาจจะเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Item) โดยการสร้างคำถามและมีคำตอบให้เลือกเหมือนกันและมีการตั้งคำถามไว้ก่อน หรือเป็นแบบที่ไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Item) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่มีหัวข้อใหญ่ๆให้ผู้ตอบ สามารถตอบได้อย่างเสรีและคำถามก็เป็นไปตาม โอกาสอำนวยในขณะที่สนทนากัน

2. แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยอาจเป็นแบบสอบถามปลายเปิดหรือปลายปิดหรือเป็นแบบผสมทั้งสองอย่างก็ได้

3. แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดชนิดที่ให้ผู้ตอบตรวจสอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย มีหรือไม่มีสิ่งที่กำหนดไว้ในรายการอาจอยู่ในรูปของการทำเครื่องหมายตอบหรือเลือกว่าใช่หรือไม่ก็ได้

4. มาตรวัดอันดับคุณภาพ (Rating Scale) เครื่องมือชนิดนี้เหมาะสำหรับวัดอารมณ์และความรู้สึก โดยต้องการทราบความเข้มข้น (Intensity) ว่ามีมากน้อยเพียงใด

5. การให้ความหมายของภาษา (Semantic Differential Technique :SDT) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้วัดได้ครอบคลุมชนิดหนึ่ง เครื่องมือวัดชนิดนี้จะประกอบด้วยเรื่องซึ่งถือว่าเป็น "สั้กัป" และมักจะมีคุณศัพท์ที่ตรงข้ามกันเป็นคู่ ๆ หลายสั้กัปแต่ละคู่จะมี 2 ขั้วช่องห่างระหว่าง 2 ขั้วนี้บ่งด้วยตัวเลข ถ้าใกล้ข้างใดมาก ก็จะมีลักษณะตามคุณศัพท์ขั้วนั้นมาก

คุณศัพท์ที่ประกอบเป็น 2 ขั้วนี้แยกออกเป็น 3 พวกใหญ่ๆคือพวกที่เกี่ยวข้องกับการประเมินค่า (Evaluation) พวกที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพ (Potential) และพวกที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม (Activity)

วิธีการสร้างแบบวัดความตระหนักมีลำดับขั้นดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลข้อมูลนั้นอาจจะนำมาจากเอกสารบทวิเคราะห์การศึกษาวิจัย
2. การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่นำมาใช้ในการสร้างแบบวัดนั้นมีความเหมาะสมกับการที่จะตอบหรือใช้วัดกับกลุ่มตัวอย่าง

3. สร้างแบบวัด โดยการสร้างข้อคำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองออกมา

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด

การวัดความตระหนักในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม โดยการปรับใช้แบบสอบถามของ สุภร เต็มทรัพย์ (2552 : 134) เป็นแบบมาตรวัดอันดับคุณภาพ (Rating Scale) ตามวิธีของ Likert. (1987) เป็น 5 ระดับ คือ มีความตระหนัก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 5 ข้อ โดยครอบคลุมในหัวข้อการใช้ยาให้ถูกต้องกับโรค ใช้ยาให้ถูกขนาด ใช้ยาให้ถูกวิธี ใช้ยาให้ถูกเวลา ใช้ยาให้ถูกคน ใช้ยาให้ครบระยะเวลา และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

4.3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความตระหนัก

กานนท์ อังคณาวิศัลย์ (2556 : ก) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2556 พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2556 ยังมีความรู้และ

ความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลศดน้อย การรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลด้วยสื่อสามารถเพิ่มความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลได้ และนักศึกษายังตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะด้วย

ศุภร เต็มทรัพย์ (2552 : 116) ได้ทำการศึกษาการเสริมสร้างความตระหนักในการใช้ยาของประชาชน อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี. พบว่า ความตระหนักของกลุ่มตัวอย่างในการรับรู้สิทธิการคุ้มครองผู้บริโภครายชื้ออยู่ในระดับมากโดยพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ การมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะได้รับยาหรือบริการที่ปลอดภัยมี ($\bar{X} = 4.25$) การนำเข้าข้อมูลข่าวสารเรื่องยาใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ ($\bar{X} = 4.14$) และการมีสิทธิถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ขายได้ก่อนตัดสินใจซื้อยารักษาโรค ยาบำรุง หรืออาหารเสริม ($\bar{X} = 4.13$) และความตระหนักในการใช้ยาของประชาชนโดยรวม พบว่า ความรู้เรื่องการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง การใช้ยาโดยไม่ทราบวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องและไม่รู้สรรพคุณ ขนาดและระยะเวลา อันตรายของการใช้ยาปฏิชีวนะ การทิ้งช่วงระหว่างการใช้ยากับมื้ออาหาร การดื้อยา และวิธีการผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้งบรรจุขวดสำหรับเด็ก ซึ่งตรงกับรายงานการสรุปผลการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานระดับอำเภอ (จปฐ.2) พ.ศ. 2552 จังหวัดอุดรธานี พบว่าตัวชี้วัดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) หมวดที่ 1 ข้อที่ 10 คือ ครรภ์มีความรู้การใช้ยาถูกต้องเหมาะสมไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัด

ผลการประเมินแนวทางการเสริมสร้างความตระหนักในการใช้ยาของประชาชนจากประชากรเป้าหมายซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ประเมินความเป็นไปได้ของแนวทางการเสริมสร้างความตระหนักในการใช้ยาของประชาชน ผลการประเมิน พบว่า มีความเป็นไปได้สอดคล้องทั้งวัตถุประสงค์ กิจกรรม ตัวชี้วัด อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ มีค่าความถี่เท่ากับ 7 (ร้อยละ 100.0)

อมรศักดิ์ วงสาวณิษฐ์กิจ (2546 : ก) ได้ทำการวิจัยเรื่องความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมประหยัดพลังงานหารสอง โดยผลการวิจัยพบว่าในจำนวนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในระดับสูงมากเกือบร้อยละ 80 มี 22 พฤติกรรม สำหรับระดับความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมในภาพทั้ง 4 ด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ย 3.93 จากคะแนนเต็ม 5 ระดับความตระหนักต่อประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมเรียงจากมากไปหาน้อยดังนี้คือ น้ำ อากาศ เสียง และขยะ

ราชนัน พิมพา (2544: ก) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้ความตระหนักและการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจังหวัดนครปฐมผลการวิจัย พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลมีความรู้ความตระหนักและการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ความตระหนักและการปฏิบัติงานไม่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและประสบการณ์

การทำงานแต่ขึ้นอยู่กับ การได้รับข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อมจากสื่อประเภทสื่อบุคคล สื่อเอกสาร สื่ออิเล็กทรอนิกส์และการเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้สึกมีสัมพันธ์กับความตระหนักในเชิงบวก ความตระหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในเชิงบวก แต่ความรู้ไม่มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ว่าปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์เชิงบวกที่มากกระตุ้น 2) ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้ในการใช้ยา 3) ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านระดับการศึกษา 4) ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำการใช้ยา และ 5) ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเจตคติ จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

4.4 คำแนะนำการใช้ยา

4.4.1 ความหมายของการแนะนำ

การแนะนำ หมายถึง การชี้แจงให้ทำหรือปฏิบัติ เช่น แนะนำให้ทำความดี แนะนำในการใช้ยา บอกให้รู้จักกันตามธรรมเนียม

การได้รับคำแนะนำ หมายถึง การมีเครื่องมืออันมีค่าที่จะช่วยเหลือแก่ผู้คนที่ประสบปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคช่วงวิกฤตของชีวิตไปได้ด้วยตัวของเขาเอง การได้รับแนะนำเป็นเรื่องละเอียดอ่อนพอควรที่ผู้ให้คำแนะนำพึงปฏิบัติต่อผู้มาขอรับคำแนะนำ อย่างเอาใจใส่เพราะปัญหาที่ลึกซึ้งเปิดเผยได้ยาก ผู้มีปัญหา มักจะอาย ทำให้ผู้ให้คำแนะนำต้องมีความเป็นกันเอง นานับถือไว้ใจได้ รักษาความลับได้ มีทัศนคติที่ดี มีทักษะในการให้คำแนะนำ และมีความรู้เป็นอย่างดีในเรื่องที่ผู้มารับคำแนะนำได้รับคำแนะนำเป็นอย่างดี

ผู้ให้คำแนะนำ หมายถึง คนที่ถูกฝึกอบรมให้มีทักษะเหมาะสมที่จะเข้ารับหน้าที่ในการให้คำแนะนำ อย่างไรก็ตามผู้ให้คำแนะนำ ก็ยังเป็นคนผู้ซึ่งมีความต้องการทางร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นผู้ซึ่งถูกขัดเกลามาจากครอบครัวต่างๆ กัน ทำให้มีความเชื่อ ค่านิยมในเรื่องราวต่างๆ ที่ไม่เหมือนกัน ตลอดจนเป็นผู้ที่มีจุดอ่อน จุดเด่นในตัวเองที่แตกต่างกันไป ลักษณะที่แตกต่างกันนี้เองอาจมีอิทธิพลส่งเสริมหรือขัดขวางในการให้คำแนะนำต่อผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ โรคหรือผู้ป่วยและครอบครัวได้ ดังนั้นผู้ให้คำแนะนำ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรู้จักตนเอง รู้ว่าตัวเองมีความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ อย่างไร และรู้จักระวังตนเองในการแสดงออกทางวาจาและท่าทางขณะให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม รู้จักควบคุมและเผชิญอารมณ์ ความรู้สึก ความกลัว หรือความรู้สึกเกรงใจให้อยู่ในสภาพที่ไม่ขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ หรือเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการให้มากที่สุด

1. คุณสมบัติของผู้ให้คำแนะนำ

1.1 เป็นผู้ที่มีความรู้ในเนื้อหาของเรื่องที่จะให้คำแนะนำเป็นอย่างดี
 1.2 เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่น บุคลิกมั่นคง สามารถควบคุมอารมณ์ รับฟังปัญหา และระบายความในใจของผู้มารับบริการ

1.3 เป็นผู้ที่ได้รับบริการยอมรับและให้ความเชื่อถือ
 1.4 เป็นผู้ที่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ โดยการวางตัวเป็น
 ตนเอง

1.5 เป็นผู้ที่มีความเสียสละ อดทน ตั้งใจที่จะแก้ปัญหาให้ผู้มารับบริการ
 1.6 เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมในการให้คำแนะนำโดยเฉพาะในเรื่องที่ได้รับ
 มอบหมาย

1.7 เป็นผู้มีความสามารถในการสื่อสารเป็นอย่างดี

2. ความรับผิดชอบของผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ

2.1 พยายามเข้าใจถึงสภาพจิตและสังคมของผู้ที่มารับคำแนะนำทุกประเภท
 2.2 นอกจากจะให้ข่าวสารด้านความรู้แล้ว ยังต้องพยายามโน้มน้าวให้เกิดการ
 เปลี่ยนแปลงทัศนคติและปฏิบัติของผู้รับคำแนะนำให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม

2.3 รักษาความลับของผู้รับบริการ

3. ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ให้คำแนะนำ

3.1 ผู้ให้คำแนะนำควร ได้วิเคราะห์ตนเองอยู่เสมอว่า ตนเองเป็นคนอย่างไร มี
 นิสัยใจคอ ความรู้สึก ความเชื่ออย่างไร

3.2 ผู้ให้คำแนะนำควรรู้จักขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น หากรู้สึกว่าตนเองมี
 ความกลัวหรือความรู้สึกสับสนข้องใจในการให้บริการแก่ผู้รับคำแนะนำ

3.3 ผู้ให้คำแนะนำควรได้มีการพบปะพูดคุยระหว่างวิชาชีพเดียวกันและต่าง
 วิชาชีพ เพื่อเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อแก้ปัญหา

ผู้รับคำแนะนำ คือ คนที่กำลังเผชิญปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง และต้องการความ
 ช่วยเหลือ เพื่อให้มองเห็นสาเหตุและวิธีการแก้ปัญหา ผู้รับคำแนะนำแต่ละคนมีความแตกต่างกัน
 เนื่องจากสาเหตุหลายประการคือ

1. พื้นฐานของวัฒนธรรมการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวแต่เยาว์วัย ทำให้เกิด
 พลังจิตที่เข้มแข็งหรืออ่อนแอได้ ทำให้การรับรู้ปัญหาที่จะต้องมีการบำบัดแก้ไขของผู้รับคำแนะนำ
 แต่ละคนแตกต่างกันมากบ้างน้อยบ้าง บางคนมีพลังจิตที่เข้มแข็งและอ่อนแอปะปนกัน การบำบัดหรือ
 การให้คำแนะนำจะต้องนำเอาพลังจิตที่เข้มแข็ง หรือจุดแข็งมาเอาชนะพลังจิตที่อ่อนแอหรือจุดด้อยให้
 จงได้

2. การเรียนรู้ในสถาบันการศึกษา ตลอดจนสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการมองตนเอง การมองปัญหาของตนเองผิดแผกไปได้เหมือนกัน

3. ความพร้อมของผู้มารับคำแนะนำ การมารับบริการเพราะภาวะจำยอมต่างๆ จะไม่เป็นผลต่อทุกฝ่ายที่อยู่ในวงการให้คำแนะนำ โดยเฉพาะตัวผู้รับคำแนะนำเพราะเขาจะขาดความคิดอย่างมีสติ มีเหตุผล

สรุป การได้รับคำแนะนำนั้น จะเห็นว่ามีส่วนต่อพฤติกรรมและเจตคติ เช่น การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว บิดามารดา ครู เพื่อน และญาติ จากข่าวสารต่างๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา

4.4.2 องค์ประกอบของกระบวนการได้รับคำแนะนำ

1. องค์ประกอบเกี่ยวกับผู้ให้คำแนะนำ

ผู้ให้คำแนะนำจำเป็นต้องเข้าใจองค์ประกอบในกระบวนการให้คำแนะนำ ซึ่งประกอบด้วย

1.1 มีความรู้ (Knowledge) ผู้ให้คำแนะนำจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะให้คำแนะนำเป็นอย่างดี รวมไปถึงความรู้พื้นฐานที่จะทำความเข้าใจในปัญหาของผู้รับบริการ รู้จุดเด่นและจุดด้อย และสามารถให้การศึกษาคำแนะนำแก่ผู้ที่มีปัญหาได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

1.2 มีทัศนคติ (Attitude) ผู้ให้คำแนะนำเป็นที่จะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ มีความจริงใจที่จะช่วยเหลือ มีความเข้าใจและเข้าใจความรู้สึกร่วมไปกับผู้ที่มีปัญหา การมีความเข้าใจและเห็นใจย่อมจะช่วยให้ผู้รับคำแนะนำเข้าใจในเกียรติภูมิและคุณค่าของการเป็นมนุษย์ ช่วยให้รู้สึกไม่อายที่จะพูดถึงปัญหาของตนเองและค้นหาความเป็นจริง เพื่อทำความเข้าใจในพฤติกรรมของคน

1.3 มีทักษะ (Skill) ผู้ให้คำแนะนำจำเป็นต้องมีทักษะในการให้คำแนะนำ ซึ่งหมายถึงการนำความรู้และทัศนคติดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้มีปัญหาหันมาสนใจตนเอง เป็นที่พอใจที่ได้รับความช่วยเหลือ ทักษะในการให้คำแนะนำก็เหมือนกับ ทักษะในการให้บริการทางด้านจิตวิทยาสังคม ประกอบด้วย ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพการเอาใจใส่ ประกอบด้วย 1) การมอง มองด้วยความสนใจที่จะให้ความช่วยเหลือ 2) กริยาท่าทาง มีความเป็นกันเอง แสดงความจริงใจ 3) น้ำเสียง เป็นกันเอง จังหวะพูดไม่เร็วหรือช้า เบาหรือดังจนเกินไป และ 4) การพูดแบบเป็นกันเอง และพูดอยู่ในเรื่องราวที่เป็นปัญหา หรือเรื่องที่ได้รับ คำแนะนำต้องการแนะนำในขณะนั้น

4. ทักษะในการฟัง (Listening Skill) ผู้ให้คำแนะนำต้องมีความสนใจเอาใจใส่รับฟังปัญหาของผู้รับคำแนะนำเพื่อให้ผู้รับคำแนะนำได้พูดระบายความรู้สึกอัดอั้นตันใจออกมา ทักษะในการฟังได้เขียนไว้ใน Psycho Social Care แล้ว

5. ทักษะในการตอบโต้ (Responding Skill) ทักษะในการตอบโต้เพื่อสนทนาหรือพูดคุยกับผู้รับคำแนะนำ หลังจากใช้ทักษะการฟังมาแล้ว ซึ่งทำให้ผู้รับคำแนะนำได้ข้อมูลมาเพียงพอ มีความสนิทสนมกันดีขึ้นแล้วจะช่วยให้ผู้รับคำแนะนำเข้าใจปัญหาตนเองดีขึ้น การตอบโต้ที่ฉิวเร็วเกินไป อาจทำให้ผู้รับการแนะนำปฏิเสธการช่วยเหลือหรือไม่มารับบริการอีก วัตถุประสงค์ของทักษะในการตอบโต้มุ่งหวังให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงและแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่หวังไว้ ทักษะในการตอบโต้มีเทคนิคที่สำคัญคือ

5.1 การซักถาม ให้ใช้คำถามเปิดมากกว่าคำถามปิด ไม่ใช่คำว่า“ทำไม” มาใช้คำว่า “อะไร” แทนได้

5.2 การสนับสนุนให้กำลังใจ เทคนิคนี้กระตุ้นให้ผู้รับคำแนะนำรู้สึกว่ามีผู้ให้กำลังใจ เขามีได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว ทำให้ผู้รับคำแนะนำรู้สึกว่าเขามีความสามารถ มีศักยภาพที่จะทำอะไรได้ มีความคิดริเริ่มที่จะต่อสู้อุปสรรค ทั้งมีความมั่นใจ ปกติแล้วผู้รับคำแนะนำบางคนขาดความคิดริเริ่ม ไม่กระตือรือร้นจึงจำเป็นต้องใช้เทคนิคนี้

5.3 การเผชิญหน้า เทคนิคนี้ผู้ให้คำแนะนำใช้เมื่อผู้รับคำแนะนำมีความสับสน มีความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมและความคิดความรู้สึกของตน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับคำแนะนำได้รับรู้ถึงความขัดแย้งดังกล่าวและนำมาวิเคราะห์ตนเอง แม้ว่าจะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บใจอยู่บ้าง เพื่อจะได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม การใช้เทคนิคนี้มักจะใช้เมื่อมีข้อมูลต่างๆ เพียงพอ และผู้ให้คำแนะนำกับผู้รับคำแนะนำมีความสนิทสนมพอควรแล้ว ไม่ควรใช้เทคนิคนี้บ่อยๆ อาจใช้เพียงครั้งเดียวในระยะที่แนะนำกัน หากใช้บ่อยๆ จะไม่เกิดผลดี ผู้รับคำแนะนำจะรู้สึกว่าเป็นการตำหนิตัดสินไม่เห็นด้วยหรือรู้สึกขัดแย้ง การใช้เทคนิคเผชิญหน้า เพื่อวัตถุประสงค์สำคัญที่จะให้ผู้รับคำแนะนำยอมรับความจริงกล้าที่จะเผชิญความจริงเต็มใจที่จะแก้ปัญหา จึงต้องการที่จะสำรวจตนเองแล้วปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมนั่นเอง

5.4 การตีความหมาย เทคนิคนี้หมายถึงการตีความหรือแปลความหมาย เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเข้าใจถึงปัญหาของตน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องพฤติกรรมความคิด ความรู้สึกที่เขาได้แสดงออก แม้ว่าเขาไม่ได้เปิดเผยแสดงออกมาตรงๆ แต่การแสดงออกจะมีความหมายทั้งสิ้น การตีความหรือแปลความหมาย เพื่อให้ผู้ให้คำแนะนำและผู้รับคำแนะนำมีความเข้าใจสื่ออารมณ์กันได้ และเข้าใจความจริง จึงเป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้รับคำแนะนำเชื่อถือมีศรัทธาต่อผู้ให้คำแนะนำมากขึ้น มีความสัมพันธ์ดีขึ้น ขอมเปิดเผยตนเองมากขึ้นทำให้ผู้รับคำแนะนำได้สำรวจตนเองไปด้วย เมื่อผู้ให้คำแนะนำและผู้รับคำแนะนำเห็นใจและเข้าใจร่วมกัน ย่อมช่วยให้ผู้รับคำแนะนำเข้าใจตนเองปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนให้มีความสุขในชีวิต

เทคนิคนี้มีจุดอ่อนที่สำคัญประการหนึ่ง คือผู้ให้คำแนะนำมีอคติ ซึ่งทำให้ตนเองใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของตนที่จะต่อต้านพฤติกรรมบางอย่าง เช่น คนมีปัญหาชีวิตทำให้

ไม่อยากแต่งงาน เลยตีความหมายและให้คำแนะนำไปในทางเดียวกับตน ซึ่งไม่สมควรอย่างยิ่ง เพราะชีวิตของผู้รับคำแนะนำมิใช่ชีวิตของผู้ให้คำแนะนำ

6. ทักษะในการเปิดเผยตน การเปิดเผยตนเองถึงความรู้สึกของผู้ให้คำแนะนำเป็นเทคนิคอย่างหนึ่งของการให้คำแนะนำ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับคำแนะนำ วัตถุประสงค์ในการเปิดเผยตนเองมีเพื่อให้บรรยากาศเป็นกันเองช่วยให้ผู้ให้คำแนะนำบอกเรื่องราวต่างๆ ของตน เมื่อผู้รับคำแนะนำรู้สึกว่าคุณให้คำแนะนำก็มีลักษณะคล้ายๆ กับตน ก็จะช่วยให้เขารู้สึกสบายใจขึ้นไม่มีช่องว่างระหว่างกัน อยากรู้ทางออกหรือแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ให้คำแนะนำ ได้เรียนรู้ด้วยตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของตนไปในทางสร้างสรรค์ต่อไป

การเปิดเผยตนเองนี้จะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับคำแนะนำที่จะเปิดเผยเรื่องทั่วไปของเขา เช่น เรื่องความไม่สบายใจเป็นต้น เรื่องส่วนตัวที่ไม่ลึกซึ้งมาก เรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับจุดเด่นและจุดด้อยของเขา เพราะเรื่องเหล่านี้ผู้ให้คำแนะนำก็มีเช่นกัน ในฐานะปฎุชน

7. การมุ่งที่ปัจจุบัน (Immediacy) และทักษะที่นำมาประยุกต์ใช้การให้คำแนะนำเป็นการสะท้อนความคิดความรู้สึกของผู้ให้คำแนะนำและของผู้รับคำแนะนำ ซึ่งเป็นการสัมพันธ์กันในทางที่ดีหรือทางที่เกิดประโยชน์ต่อผู้รับคำแนะนำในที่นี่ ขณะนี้ (Here and Now) โดยใช้เทคนิคต่างๆ ดังกล่าวแล้ว เพื่อที่จะเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกต่าง ๆ ออกมาโดยปกติผู้รับคำแนะนำมักจะเก็บกดความรู้สึก หรือปกปิดเหตุการณ์หรือความรู้สึกบางอย่างเอาไว้ บางครั้งผู้รับคำแนะนำมีความรู้สึกต่อต้านด้วย ซึ่งเป็นการยากที่จะให้ความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายเป็นไปด้วยดี จึงต้องเริ่มจากปัจจุบันก่อน ไม่ก้าวลึกลงไปถึงอดีต การให้คำแนะนำแนะนำจะได้รับความสำเร็จก็ขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการที่จะนำเอาความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการให้คำแนะนำและนำสิ่งเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม

4.4.2 องค์ประกอบกรที่ได้รับแนะนำทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม โดยครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดทางด้านพฤติกรรมกรใช้ยา ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และความตระหนัก ซึ่งมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาไว้ดังนี้

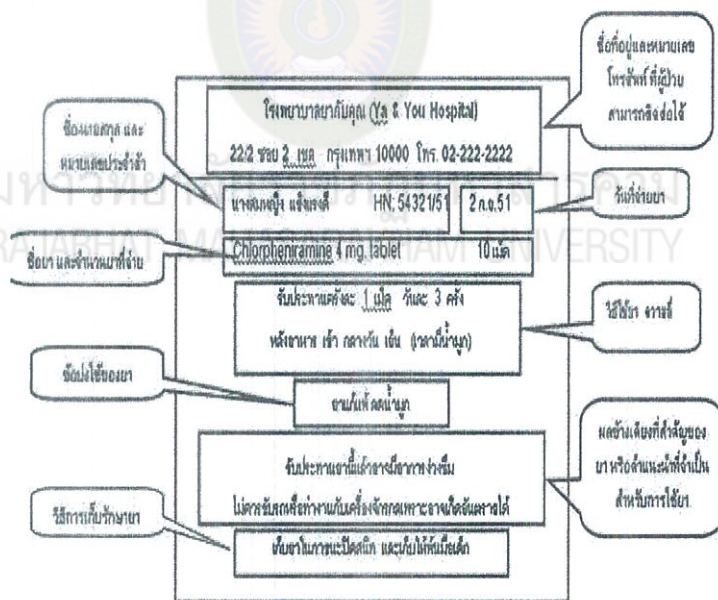
ประภาเทัญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (2536 : 185) ได้กล่าวว่า การได้รับคำแนะนำนั้น เป็นปัจจัยสำคัญมากในกระบวนการสุศึกษาเพราะการกระทำของบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานทางสุขภาพ ทั้งในทางตรงและทางอ้อม

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2539 : 131-133) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบจากการปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องต่างๆ ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและเยาวชน ปัจจัยสร้าง

เสริมที่สำคัญ ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง พี่น้อง ครู บุคลากรอื่นๆ ในโรงเรียนและกลุ่มเพื่อนนักเรียนด้วยกัน รวมทั้งบุคคลที่เป็นสิ่งแวดล้อมในสังคมภายนอก ด้วยบุคคลเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในแง่ของการอบรมสั่งสอนการกระตุ้นเตือน การชักจูง การเป็นตัวอย่าง การดูแลกวดขัน รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดการกระทำหรือการปฏิบัติในลักษณะที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนก็เช่นเดียวกัน ปัจจัยสร้างเสริมที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงจะมีบทบาทในการชี้แนะ ชักจูง สนับสนุนกระตุ้นเตือนและจูงใจให้เกิดการกระทำหรือพร้อมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี หรือพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมาย

4.4.3 การได้รับการแนะนำการใช้ยาจากฉลากยา

เวลาที่ไปซื้อยาที่ร้านยาหรือได้รับยาจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายวิธีการใช้ยาอย่างชัดเจนจากเภสัชกรผู้จ่ายยาหรือแพทย์ผู้สั่งจ่ายยา โดยก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มใช้ยาทุกครั้งก็ควรจะต้องอ่านฉลากยาบนซองยา กล่องยา หรือภาชนะที่บรรจุยา ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อนเสมอเพื่อจะสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ทำให้ยาออกฤทธิ์ในการรักษาหรือป้องกันโรคได้อย่างดี รวมถึงลดอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดจากการใช้ยา



แผนภาพที่ 3 ข้อมูลบนฉลากยาโดยทั่วไป

ที่มา : ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ และมูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนา
ระบบยา (2553 : 1) ออนไลน์ : <http://www.yaandyou.net/index.php/2010-08-29-14-17>

1. ข้อมูลบนฉลากยาโดยทั่วไปแล้วจะประกอบด้วย

ชื่อยาและนามสกุลยาของผู้ป่วย

เป็นข้อมูลที่สำคัญเพื่อยืนยันการจ่ายยาว่าถูกต้องตรงกับตัวผู้ป่วยผู้รับยาจริง โดยหากเป็นการรับยาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ก็มักจะมีการระบุหมายเลขผู้ป่วย (Hospital Number: HN) ประจำโรงพยาบาลนั้น ๆ บนฉลากยาดังกล่าว เพื่อช่วยให้สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ชื่อยา ส่วนใหญ่ก็มักจะมีการระบุเป็นชื่อยา รูปแบบของยา (Dosage Form) และขนาดความแรงของยา (Strength) โดยมักจะมีระบุเป็นภาษาอังกฤษ เช่น Paracetamol Tablet 500 mg. หมายถึง ยาพาราเซตามอล ชนิดเม็ด ขนาดความแรงเม็ดละ 500 มิลลิกรัม ทั้งนี้ โดยทั่วไปชื่อยามีสองแบบ ได้แก่

ชื่อสามัญทางยา เป็นชื่อเฉพาะของตัวยาที่เรียกแล้วเป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไป

ชื่อยาทางการค้า เป็นชื่อยี่ห้อของผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิต นำเข้า หรือจัดจำหน่ายโดยบริษัทผู้ประกอบการแต่ละแห่ง ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ดังนั้น ยาชื่อสามัญเดียวกัน จึงมีได้หลายชื่อทางการค้าที่แตกต่างกันหลากหลาย ซึ่งเวลาอ่านชื่อยาผู้ที่ใช้ยาจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับชื่อสามัญทางยา เพื่อสามารถนำไปใช้สืบค้นข้อมูล หรือเพื่อการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นๆ ที่ไปใช้บริการได้ง่ายขึ้น

ชื่อยาที่ระบุบนฉลากยาส່วนใหญ่ก็มักจะมีหลากหลาย สถานพยาบาลบางแห่งจะระบุเป็นชื่อสามัญทางยา บางแห่งจะระบุเป็นชื่อยาทางการค้า หรือบางแห่งอาจระบุทั้งสองแบบ ดังนั้น ผู้ที่ใช้ยาจึงควรจะต้องศึกษาชื่อยาที่ตนเองใช้อยู่เพื่อให้รู้จักชื่อยาทั้งสองแบบ โดยสามารถสอบถามได้จากเภสัชกรผู้จ่ายยา

2. ข้อบ่งใช้ของยาที่ระบุไว้สำหรับโรคหรืออาการอะไร

เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบว่ายาแต่ละรายการที่ผู้ป่วยได้รับมีวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อรักษาโรคหรืออาการอะไรที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ในบางกรณีก็ตัวยาบางตัวสามารถใช้ในการรักษาได้มากกว่าหนึ่งโรคหรืออาการ สถานพยาบาลส่วนใหญ่ก็มักจะระบุข้อบ่งใช้กลาง ๆ หรือระบุรวมไว้ทุกอาการ ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ผู้ใช้ยาไม่เข้าใจและไม่แน่ใจว่ายาที่ได้รับนั้นถูกต้องหรือไม่ ดังนั้น หากผู้ใช้ยามีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจข้อบ่งใช้ของยา จึงควรสอบถามข้อมูลจากเภสัชกรผู้จ่ายยาหรือแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาให้ชัดเจน

3. วิธีการใช้ยา

การใช้ยาอย่างถูกวิธี เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ใช้ยาได้รับผลในการรักษาจากยาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้น จึงต้องมีการระบุวิธีการใช้ยาบนฉลากยาอย่างครบถ้วนและ

เข้าใจได้ง่าย สำหรับยาทุกรายการที่ได้ง่ายให้ผู้ป่วย ยาโดยทั่วไปมีวิธีการใช้ในสองลักษณะ
 ยารับประทาน - จะต้องมีการระบุความถี่ว่ารับประทานวันละกี่ครั้งและเวลาที่รับประทานยาในแต่ละ
 มื้อของแต่ละวัน

ยาใช้ภายนอกและ หรือห้ามรับประทาน - จะต้องมีการระบุวิธีการใช้อย่างชัดเจนว่า
 ให้ใช้ยากับบริเวณหรือช่องทางใดของร่างกาย เช่น ใช้ทาผิวหนังบริเวณใด ใช้หยอดตาข้างไหน ฯลฯ
 ระบุปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง และความถี่ของการใช้ยาในแต่ละวัน

นอกจากนี้ การใช้ยาบางอย่างอาจมีวิธีใช้ที่พิเศษเฉพาะเจาะจง ก็จะต้องมีข้อมูล
 คำแนะนำพิเศษสำหรับการใช้ยาดังนั้น ๆ อย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งแตกต่างจากการใช้ยาอื่น ๆ โดยทั่วไป
 รวมทั้ง ข้อมูลว่ายาที่ได้รับมีลักษณะการใช้เป็นแบบที่ต้องใช้ติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นการใช้ยา
 เฉพาะตามอาการบางอย่างตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น

4. ผลข้างเคียงของยาที่สำคัญ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยา

ผลของยาที่มีต่อร่างกายนั้น นอกจากผลในการรักษาที่ต้องการในการใช้ยานั้น
 สำหรับรักษาโรคหรือบรรเทาอาการแล้ว ในขณะเดียวกันยาที่ยังอาจให้ผลอันไม่พึงประสงค์อื่นได้อีก
 ด้วย เช่น ผลข้างเคียงของยา ซึ่งเป็นสิ่งธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยา ทั้งนี้ การตอบสนองของ
 ยาเดียวกันในผู้ป่วยแต่ละคน ก็อาจมีความแตกต่างกันได้เนื่องจากความไวต่อยา หรือกระบวนการใน
 การจัดการยาในร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกัน ทำให้ผลของยาทั้งผลในการรักษา
 และผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนก็มีความแตกต่างกันด้วย ดังนั้น ผลข้างเคียงจึงเป็น
 สิ่งที่ได้โดยทั่วไปแล้วอาจไม่ได้เกิดกับผู้ป่วยทุกราย แต่มักจะเกิดกับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น โดยอาการอาจ
 มีทั้งแบบที่รุนแรงและไม่รุนแรง

ผลข้างเคียงของยาที่มีอาการรุนแรง ผลข้างเคียงของยาบางอย่างอาจมีอาการที่รุนแรง
 หรืออาจเป็นอาการที่บ่งบอกถึงแนวโน้มในการเกิดอาการที่รุนแรงได้ โดยหากยารายการใดมีโอกาส
 เกิดผลข้างเคียงที่สำคัญเหล่านี้ได้มาก ก็จะต้องมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยระบุไว้บนฉลากยาด้วย
 เพื่อให้ผู้ป่วยระมัดระวังและสังเกตอาการของตนเอง และเตือนผู้ป่วยว่าหากเกิดอาการเหล่านี้ให้รีบ
 แจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที

ผลข้างเคียงของยาที่มีอาการไม่รุนแรง ผลข้างเคียงของยาบางอย่างอาจเกิดขึ้น ได้แก่
 อาการไม่รุนแรง ซึ่งหากพบได้บ่อยก็อาจมีการระบุไว้บนฉลากยา โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าถ้าอาการ
 เหล่านี้เป็นอย่างต่อเนื่องหรือมีอาการมากจนกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ใช้ยา ก็ต้อง
 แจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบเมื่อมารักษาในครั้งต่อไป แต่ไม่จำเป็นต้องแจ้งอย่างรีบด่วน
 ในทันที ทั้งนี้ เพื่อให้แพทย์หรือเภสัชกรพิจารณาพิจารณาวิธีการแก้ไข หากทางเลือกที่เหมาะสมใน
 การรักษา หรือให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอาการเหล่านี้ไม่ให้รบกวนชีวิตประจำวัน

5. วิธีการเก็บรักษา

ผู้ป่วยควรเก็บรักษาตามทีระบุไว้เพื่อคงคุณภาพการรักษาของผลิตภัณฑ์ยาให้มีประสิทธิภาพตลอดช่วงเวลาที่ใช้ยา ในการจ่ายยาโดยเภสัชกรให้กับผู้ป่วย และการรับยาผู้ป่วยจากเภสัชกร นั้น ควรมีการสื่อสารกันแบบสองทาง (2-way Communication) โดยเภสัชกรควรมีการสอบถามเพื่อระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องด้วยข้อมูลชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย หรืออาจดูหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาลด้วย จากนั้นควรต้องสอบถามถึงโรคหรืออาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และได้รับยาในวันนั้น และให้คำแนะนำตามข้อมูลในข้อ 2.- 6. ตามทีระบุไว้ข้างต้น รวมทั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมถ้าผู้ป่วยมีข้อสงสัย สำหรับผู้ป่วยก็ควรทำความเข้าใจกับข้อมูลที่รับเป็นการช่วยตรวจสอบข้อมูลอีกทางหนึ่ง ทั้งนี้ เพื่อลดโอกาสเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนกันระหว่างแพทย์ผู้สั่งจ่ายยา เภสัชกรผู้จ่ายยา และตัวผู้ป่วยเอง และหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยก็ควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการใช้ยาให้มากที่สุดและสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูงสุดด้วย

4.4.4 การวัดการได้รับคำแนะนำการใช้ยา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดการได้รับคำแนะนำการใช้ยาของประชาชน ซึ่งมีผู้ที่เคยสร้างเครื่องมือวัดไว้แล้วนำมาปรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องวัดของ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2551 : 542) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

4.4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับคำแนะนำการใช้ยา

รุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์(2548 : ก) ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำแนะนำโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ : การทดลองทางคลินิกเชิงสุ่ม จากผลการวิจัยพบว่า เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรในครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้งและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำแนะนำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีปัญหาการปฏิบัติตัวและปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้ง และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีปัญหาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่ในด้านอัตราการเกิดและความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้านมะเร็ง และในด้านคุณภาพชีวิตนั้น พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) ต้องการให้มีการให้คำแนะนำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยามากกว่า 4 ครั้งในระหว่างที่ได้รับการศึกษา

มนัส พงศ์ชัยเดชา (2549 : 1) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จ.จันทบุรี พบว่า การให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความ

ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ประเมินโดยใช้วิธี 1) การนับเม็ดยาคงเหลือ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา Theophylline ชนิดรับประทานมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 99.99 และ 79.54 ตามลำดับ เช่นเดียวกับยา Salbutamol ชนิดรับประทานที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เป็น 94.58 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม คือ ร้อยละ 79.68 แต่สำหรับยา Budesonide ชนิดสูดพ่นนั้น พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) การตรวจสอบการมาตามนัดเพื่อรับยา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมาพบแพทย์ตามนัดแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.134$) แต่เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้คำแนะนำด้านยา พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.031$) และ 3) การรายงานถึงความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งโดยใช้แบบสอบถามพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.062$) สำหรับการประเมินความถูกต้องของเทคนิคการสูดพ่นยา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถสูดพ่นยาได้ถูกต้องกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.032$) และสำหรับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

ชุตินา เนาวิโนทอง (2545 : 1) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของนักศึกษาสถาบันราชภัฏสวนสุนันทา. พบว่า การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหิวใจวายโดยเภสัชกร ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ดีขึ้นเกี่ยวกับการรักษาภาวะหิวใจวายและพฤติกรรมการใช้ยา มีความร่วมมือในการใช้ยาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

มานิดา สุรสิทธิ์ (2544 : 1) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี. พบว่า นักศึกษาที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่านักศึกษาที่รับคำแนะนำในระดับน้อย

อรรณพ หิรัญดิษฐ์ (2541 : 1) พบว่า การให้คำแนะนำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยนั้นมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาดีขึ้น

สรุปได้ว่า การได้รับคำแนะนำการใช้ยา ทำให้การใช้ยาของประชาชนและผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาดีขึ้น และส่งเสริมให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งมากขึ้น

4.5 เจตคติต่อการใช้จ่าย

4.5.1 ความหมายของเจตคติต่อการใช้จ่าย

เจตคติ มีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป เช่น ทักษะคติ ซึ่งมาจากภาษาอังกฤษ คือ Attitude และมาจากคำว่า Aptus ในภาษาละติน ซึ่งตรงกับคำว่าเหมาะสม (Fitness) หรือ การปรุงแต่ง (Adaptedness) มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ ดังนี้

สรวงศักดิ์ โกสุพันธ์ (2543 : 8) กล่าวว่า เจตคติ เป็นอักษณาสัย (Disposition) หรือ แนวโน้มที่มีอิทธิพลการสนองตอบต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ทั้ง คน วัตถุ สิ่งของ หรือความคิด (Ideas) เจตคติอาจจะเป็นบวกหรือลบ ถ้าบุคคลมีเจตคติบวกต่อสิ่งใดก็จะเผชิญกับสิ่งนั้น ถ้ามีเจตคติลบก็จะหลีกเลี่ยง เจตคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้และเป็นการแสดงออกของค่านิยมและความเชื่อของบุคคล

จันทสิน แก่นจันทร์ (2546 : 44) ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า คือแนวโน้มที่กระทำต่อวัตถุหรือกระทำต่อสถานการณ์ใดๆ โดยมีความรู้สึกและอารมณ์ร่วมและมีแนวโน้มที่จะประเมินสัญลักษณ์วัตถุ ทำทาง ว่าชอบหรือไม่

ทัศนีย์ สานธิ (2550 : 99) กล่าวว่า เจตคติที่มีความรุนแรงจะต้องมีทิศทาง คือ ถ้าชอบก็มีความโน้มเอียงที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ความร่วมมือ ถ้าไม่ชอบก็มีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง ไม่ให้ความร่วมมือบุคคลต้องมีความพร้อมที่จะกระทำการให้สอดคล้องกับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้น ซึ่งปัจจุบันการวัดเจตคติเป็นการวัดความพร้อมที่จะปฏิบัติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นการสะท้อนให้เห็นว่ามีเจตคติอย่างไรต่อสิ่งนั้นซึ่งเป็นการวัดความรู้สึก

จากความหมายของเจตคติที่กล่าวมาสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความคิดความรู้สึกที่เกิดจากการเรียนรู้ในสถานการณ์ต่างๆที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งส่งผลให้แต่ละคนตอบสนองต่อสิ่งนั้นแตกต่างกันจำแนกเป็นเจตคติทางบวกเจตคติในระดับปานกลาง และเจตคติทางลบ

ส่วนความหมายของเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชน หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ ของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชน ซึ่งถ้ามีเจตคติในทางที่ดีหรือเชิงบวกก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลปฏิบัติตนในพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนที่ถูกต้องเหมาะสม แต่ถ้ามีเจตคติในทางที่ไม่ดีหรือเชิงลบก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลไม่ปฏิบัติตนในพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชน ซึ่งการเกิดเจตคตินั้นประชาชนจะต้องมีความรู้มีการรับรู้ต่อเรื่องนั้นๆก่อน ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชน จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญจะทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและนำความรู้ที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนแนวคิดและเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนให้ถูกต้องต่อไป

สรุปได้ว่า เจตคติต่อการใช้จ่าย หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคล เกี่ยวกับการใช้จ่าย ซึ่งได้รับอิทธิพลจากระบวนการทางสังคม และความคิดเห็นจากบุคคลที่ได้รับการยอมรับเชื่อถือ

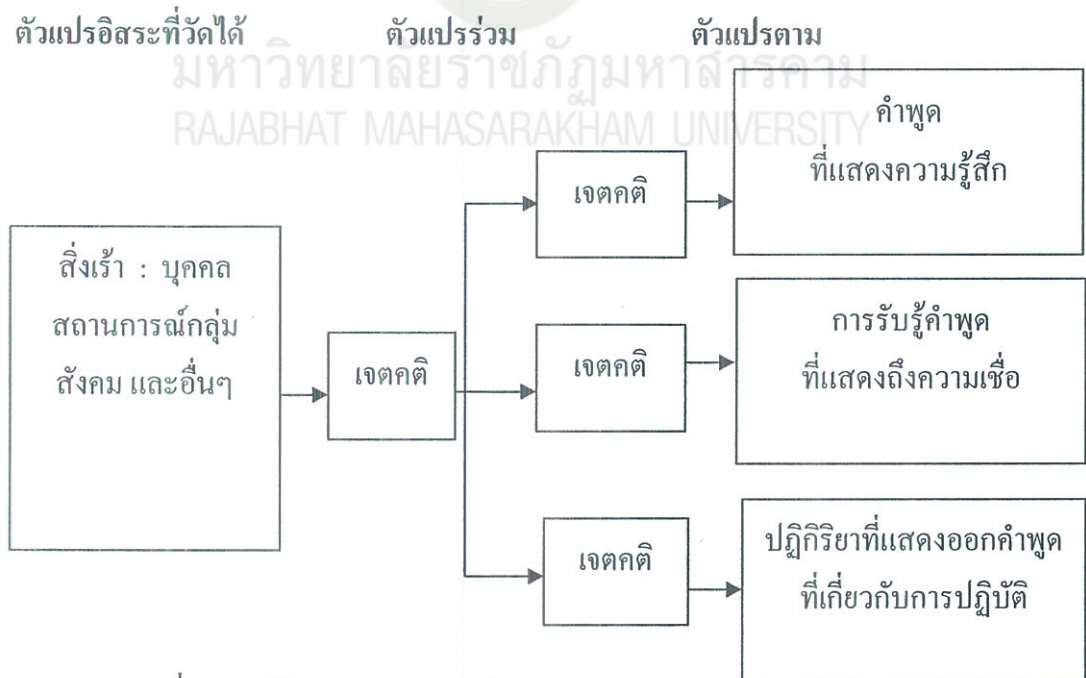
4.5.2 องค์ประกอบของเจตคติ

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ (2543 : 59 -60) กล่าวว่าเจตคติควรมีองค์ประกอบ 3 ประการดังต่อไปนี้

1. ด้านสติปัญญา (Cognitive Component) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้าเป็นส่วนประกอบทางด้านความรู้ของเจตคติซึ่งจะช่วยในการประเมินค่าและสรุปผลต่อสิ่งเร้าต่างๆเจตคติจะแสดงออกมาในลักษณะของความเชื่อที่ดีหรือไม่ดีเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

2. ด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ที่สืบเนื่องมาจากที่บุคคลได้รับการประเมินความรู้สึกต่อสิ่งเร้านั้นทำให้ทราบทิศทางของอารมณ์หรือความรู้สึกว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบได้เจตคติจะแสดงออกมาในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบพอใจหรือไม่พอใจ

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นส่วนประกอบที่แสดงแนวโน้มของบุคคลที่จะประพฤติหรือจะแสดงออกเจตคติจึงแสดงออกมาในลักษณะของการยอมรับหรือปฏิเสธองค์ประกอบของเจตคติ ดังแสดงตามแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4 องค์ประกอบของเจตคติ

ที่มา : ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ(2543 : 59 -60)

4.5.3 วิธีเปลี่ยนเจตคติ

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2550 ; อ้างถึงใน จอมปวีร์ จันทรศิริ. 2555 : 38) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติเปลี่ยนได้ง่ายกว่าเปลี่ยนค่านิยมเพราะขึ้นอยู่กับความรู้สึกของบุคคลโดยไม่ต้องคำนึงถึงเกณฑ์การตัดสินของสังคม จึงมักพบเสมอว่าในสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคลต่อสิ่งต่างๆมากกว่าเปลี่ยนแปลงค่านิยมหรือความรู้สึกอื่นๆ และเนื่องจากเจตคติเกิดจากการเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งในสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตามสภาพหรือสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กระบวนการเกิดเจตคติหรือการเปลี่ยนแปลงเจตคติมี 3 อย่าง คือ (Kelmam. 1958 : 51 – 60)

1. การยินยอม (Compliance) การยินยอมจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อเขาและเพื่อมุ่งหวังจะให้เกิดความพึงพอใจจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น

2. การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบเกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร็วหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนั้นเป็นผลมาจากการที่เขาต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือพึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล

3. ความต้องการภายใน (Internalization) จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่าอันสืบเนื่องมาจากสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายในของบุคคลนั้น

4.5.4 คุณลักษณะของเจตคติต่อการใช้จ่าย

กฤษณา ศักดิ์ศรี (2550 ; อ้างถึงใน จอมปวีร์ จันทรศิริ. 2555 : 39) กล่าวถึงคุณลักษณะของเจตคติซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์มิได้เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ย่อมมีความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ นั่นก็คือบุคคลได้เกิดเจตคติขึ้นแล้วนั่นเอง

2. เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้มิใช่ว่าคนเราชอบหรือเกลียดอะไรแล้วจะต้องชอบหรือเกลียดไปตลอดชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงเป็นตรงข้ามก็ได้ถ้าสถานการณ์สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป เจตคติของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงจากเจตคติเชิงนิมานเป็นเชิงนิเสธหรือจากเจตคติเชิงนิเสธเป็นเชิงนิมานก็ได้

3. เจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งภายนอกและภายในเราสามารถทราบได้ว่าบุคคลใดมีเจตคติเชิงนิมานหรือเชิงนิเสธ โดยการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก อาจแสดงออกด้วยคำพูดหรือด้วยสีหน้าท่าทางพอใจหรือไม่พอใจ

4. เจตคติเป็นสิ่งที่ซับซ้อนมีที่มาที่สลับซับซ้อนเพราะเจตคติขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการเช่นประสบการณ์การเรียนรู้ความรู้สึกความคิดเห็นอารมณ์สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ดังนั้น เจตคติจึงผันแปรได้

5. เจตคติเกิดจากการเลียนแบบเจตคติสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่น ได้การคล้อยตามเป็นธรรมชาติที่จะพึงมีถ้าเราเคารพรักพอใจหรือศรัทธาใครก็ย่อมมีฉันทคติเห็นว่าการพฤติกรรมของบุคคลที่เรายอมรับนั้นดีงามจึงเกิดการเลียนแบบเป็นเยี่ยงอย่างไม่ว่าจะเป็นท่วงท่าของการพูดจาท่าทางหรือนิสัยใจคอเป็นต้น

6. เจตคติมีทิศทางและความเข้มทิศทางของเจตคติมี 2 ทิศทางคือทิศทางเชิงนิมานหรือสนับสนุนและทิศทางเชิงนิเสธหรือต่อต้านส่วนความเข้ม (Intensity) ของเจตคติคือปริมาณความมากน้อยของความรู้สึกเช่นถ้าชอบมากหรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งแสดงว่าเจตคติมีความเข้มสูงแต่ถ้าชอบน้อยหรือไม่เห็นด้วยเล็กน้อยแสดงว่าเจตคติมีความเข้มต่ำ

7. เจตคติอาจเกิดขึ้นจากการมีจิตสำนึกหรือจิตไร้สำนึกก็ได้กล่าวถึงถ้าเจตคติที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลได้มีการคิดพิจารณาวิเคราะห์หาเหตุผลจนแน่ใจว่าถูกหรือผิดควรหรือไม่ควรดีหรือเลวประการใดถือได้ว่าเป็นเจตคติที่เกิดจากการมีจิตสำนึกแต่หากเจตคติที่เกิดขึ้น โดยมีได้มีการคิดพิจารณาหรือไตร่ตรองแต่อย่างใดจะถือได้ว่าเป็นเจตคติที่เกิดจากจิตไร้สำนึก

8. เจตคติมีความคงทนพอสมควรเมื่อเจตคติเกิดขึ้นแล้วมักจะเปลี่ยนได้ยาก โดยเฉพาะเจตคติ ที่เกิดจากการสร้างสมประสบการณ์ที่ยาวนานมาตั้งแต่บุคคลนั้นมีอายุยังน้อย

9. เจตคติของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์บุคคลหรือสถานการณ์เดียวกันย่อมแตกต่างกันได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลที่ได้รับมาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2550 : 30-33) ได้กล่าวถึงลักษณะของเจตคติต่ออาการข้างเคียงในการใช้ยาแต่ละครั้ง สิ่งที่เราต้องการคือ ผลการรักษาจากยาที่ต้องการใช้รักษาโรคหรือบรรเทาอาการที่เป็นอยู่ เช่น ยาลดความดันโลหิต จะมีผลช่วยลดความดันโลหิตของร่างกายให้ต่ำลง หรือยาแก้แพ้ ลดน้ำมูก จะมีผลช่วยลดอาการแพ้และช่วยต้านสารฮีสตามีน เป็นผลให้น้ำมูกลดลง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากผลของการรักษาที่เราต้องการแล้ว การใช้ยาแต่ละอย่างก็ยังสามารถส่งผลให้เกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างหลีกเลี่ยงได้ยากแถมมาด้วยเช่นกัน โดยทั่วไป เวลาที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาใดๆ ก็ตาม ผู้ใช้ยามักจะเรียกอาการเหล่านั้นรวมๆ กันว่าเป็น “การแพ้ยา” แต่แท้ที่จริงแล้วเมื่อก้าวถึงอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในทางวิชาการจะครอบคลุมทั้งสิ่งที่เรียกว่า “การแพ้ยา” และ “ผลข้างเคียงของยา” ซึ่งอาการทั้งสองแบบนี้จะมีความแตกต่างกันดังต่อไปนี้

1. การแพ้ยา (Drug Allergy or Drug Hypersensitivity) เป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในลักษณะหนึ่ง ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ที่ใช้ยากันใดจะเกิดอาการเหล่านี้ขึ้น และอาการเหล่านี้พบได้ในผู้ที่ใช้ยาบางรายเท่านั้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดจากการที่ตัวยายไปกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองเป็นอาการแพ้ อาจก่อให้เกิดการทำลายเซลล์บางชนิดของร่างกาย หรืออวัยวะอื่น ๆ โดยอาการเหล่านี้มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป บางอย่างมีความรุนแรงมาก เช่น ทำให้ผู้ใช้ยาดังขึ้นช็อก (Shock) เนื่องจากหลอดเลือดบวมและตีบเกร็งจนไม่สามารถหายใจได้ ที่เรียกว่าแอนาฟิแล็กซิส (Anaphylaxis) เช่น อาการที่พบในผู้ที่แพ้ยาฆ่าเชื้อแก้อักเสบในกลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillin) บางอย่างก่อให้เกิด อาการสตีเวน-จอห์นสัน (Stevens-Johnson Syndrome: SJS) ที่ปรากฏอาการปากไหม้พอง หรืออาการผิวหนังถูกทำลาย (Toxic Epidermal Necrolysis: TEN) ที่พบในผู้ที่แพ้ยาในกลุ่มซัลฟา (Sulfa Drugs) บางราย เป็นต้น ในขณะที่อาการแพ้ยาบางชนิดที่พบ ก็อาจไม่รุนแรงมากนัก เช่น อาจเกิดเพียงอาการผื่นคันที่ผิวหนัง หรืออาการอื่นๆ เพียงเล็กน้อย ไม่รุนแรง นอกจากนี้ หากพิจารณาในแง่ของระยะเวลาในการเกิดอาการแพ้ยา หลังจากใช้ยา บางครั้งก็อาจเกิดอาการขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมงหลังจากได้รับยา แต่บางครั้งอาการก็อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเป็นระยะเวลาอันนานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน และบางครั้งอาการแพ้ยา ก็อาจเกิดขึ้นในการใช้ยาครั้งแรก บางครั้งการแพ้ยา ก็อาจเกิดขึ้นในครั้งหลังๆ ของการได้รับยา นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยแพ้ยาตัวใดแล้ว ก็อาจมีโอกาที่จะแพ้ยาตัวอื่นในกลุ่มยาเดียวกัน ยาตัวอื่นบางตัวที่โครงสร้างทางเคมีของยาที่คล้ายกันกับยาตัวที่แพ้ หรือยาอื่นบางตัวที่เกิดการแพ้ยาข้ามกันได้ ซึ่งผู้ใช้อาจต้องระมัดระวังการใช้ยาทั้งยาตัวที่แพ้โดยตรงและยาตัวอื่นๆ ที่มีโอกาสเกิดการแพ้ยาเหล่านี้ด้วยเสมอ

2. ผลข้างเคียงของยา (Side Effects) ก็เป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอีกประเภทหนึ่ง ที่ทราบได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้กับผู้ที่ใช้ยาได้ทุกคน เพราะเป็นอาการที่เกิดจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาปกติจึงเป็นผลให้เกิดอาการเหล่านี้ขึ้นได้ ผลข้างเคียงของยานี้จึงเป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้บ่อยกว่าการแพ้ยามาก อย่างไรก็ตาม การตอบสนองของยาของผู้ที่ใช้ยาแต่ละคนก็มีความแตกต่างกัน บางคนอาจตอบสนองต่อยามากก็อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงเหล่านี้ได้มากและอาจรุนแรงจนผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับการใช้ยานั้นๆ ได้ ส่วนบางคนที่ตอบสนองต่อยาน้อยกว่าก็อาจทำให้เกิดอาการที่น้อยกว่า จึงยอมรับการใช้ยานั้นๆ ได้มากกว่า เช่น อาการง่วงนอนหรืออาการปากแห้ง ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ที่ใช้ยากลุ่มยาด้านฮิสตามีนที่เป็นยาแก้แพ้ ลดน้ำมูก แก้กันบางตัว เป็นต้น จากการที่ธรรมชาติของสภาวะร่างกาย เพศ โรคหรืออาการที่ผู้นั้นเป็นอยู่ พันธุกรรม หรือสิ่งอื่นๆ ที่มีความแตกต่างกันในระหว่างบุคคล ดังนั้น กลุ่มของผู้ที่ใช้ยาบางกลุ่มจึงอาจมีความเสี่ยง (Risk Factors) ต่อการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

สำหรับการเกิดการแพ้ยา กลุ่มผู้ใช้ยาที่มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใช้ยากลุ่มอื่นๆ เช่น เป็นเพศหญิง ผู้ใหญ่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Infections) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสรวมด้วย มีประวัติการแพ้ยาที่มีโครงสร้างทางเคมีแบบเดียวกันมาก่อน ผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ที่มีหน่วยพันธุกรรมหรือยีน (Gene) เฉพาะบางชนิด และผู้ป่วยโรค lupus หรือเอสแอลอี (SLE) ส่วนการเกิดผลข้างเคียงของยา กลุ่มผู้ใช้ยาที่มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใช้ยากลุ่มอื่นๆ เช่น เป็นเพศหญิง ผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีการทำงานของไตน้อยกว่าปกติ มีโรคตับ ใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Infections) ผู้ที่ติดเชื้อเฮอร์ปีส์ (Herpes Infection) ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ (Alcoholism) และผู้ป่วยโรคเอสแอลอี (SLE) ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทั้งการแพ้ยาและการเกิดผลข้างเคียงของยาเหล่านี้ จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเมื่อต้องมีการใช้ยา โดยทั่วไปมียาบางกลุ่มที่อาจพบการเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์ที่เป็นการแพ้ยาที่รุนแรงได้บ่อยกว่ายากลุ่มอื่นๆ ตัวอย่างเช่น กลุ่มยาปฏิชีวนะ เช่น ยาเพนนิซิลลิน (Penicillins) และยาซัลฟา (Sulfonamide Antimicrobial Agents) กลุ่มยากันชัก (Anticonvulsants) กลุ่มยารักษาโรคเกาต์ (Antigout Agents) และกลุ่มยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นต้น มีโอกาสทำให้เกิดการแพ้ยาได้บ่อย และอาการที่พบได้บ่อย เช่น อาการผื่นลมพิษ แน่นหายใจไม่ออก อาการผื่นแดงและลอกไหม้บริเวณผิวหนังต่างๆ เช่น ปาก หลอดอาหาร ตา อวัยวะเพศ ทวารหนัก อาการผื่นในลักษณะอื่นๆ หรืออาการผิดปกติในระบบอื่นของร่างกาย ดังนั้น หลังจากที่ใช้ยาแล้วเกิดมีอาการต่างๆ เหล่านี้ หรือมีความผิดปกติอื่นๆ ขึ้นมา ผู้ที่ใช้ยาจะต้องให้ความสำคัญและตระหนักว่าอาการเหล่านี้ อาจเป็นอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หากมีอาการรุนแรงก็ต้องรีบกลับไปแจ้งเภสัชกรหรือแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที หากมีอาการที่ไม่รุนแรงก็ต้องลองสังเกตดูว่าอาการเหล่านั้นจะเกี่ยวข้องกับยาหรือไม่ และต้องมีการเฝ้าระวังเนื่องจากอาการดังกล่าวอาจเกิด ความรุนแรงมากขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ใช้ยาไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือไม่ ก็ควรกลับไปแนะนำเภสัชกรหรือแพทย์เพื่อตรวจสอบให้ชัดเจน

เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากการเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคต่างๆ ที่ใช้ยาอยู่ นั้น อาจแยกแยะได้ยากจากอาการที่เกิดขึ้นจากตัวโรคหรืออาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ดังนั้น เมื่อเกิดอาการบางประการที่สงสัยว่าอาจเป็นอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้นมาแต่ละครั้ง ผู้ใช้ยาจึงควรแนะนำเภสัชกรหรือแพทย์ เพื่อตรวจสอบให้แน่ชัดว่าอาการดังกล่าว จัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรืออาการของโรคหรืออาการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และอาการนั้นเป็นการแพ้ยาหรือผลข้างเคียงของยา ซึ่งจะมีลักษณะวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หรือหลีกเลี่ยง/ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากอาการอื่นไม่พึงประสงค์เหล่านี้

3. ต้องทำอย่างไรหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

วิธีการปฏิบัติตัวของผู้ใช้ยา เมื่อเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบ่งตามประเภทของอาการไม่พึงประสงค์ และความรุนแรงของอาการที่เกิด ดังนี้

3.1 วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดการแพ้ยาที่มีอาการรุนแรง เมื่อผู้ที่ใช้ยาเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง ผู้ป่วยควรหยุดใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทันที เพื่อตรวจสอบและรักษาหรือแก้ไขอาการแพ้ยาที่เกิดขึ้น ซึ่งหากพบว่าเป็นการแพ้ยาประเภทที่รุนแรงจริง ก็ไม่ควรใช้ยานั้นอีกเด็ดขาด ตลอดชีวิต โดยทั่วไปแล้วเภสัชกรผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและร้านขายยาก็มักบอกผู้ป่วยว่าไม่ให้ใช้ยานั้นและยาอื่นที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับยานั้น หรือยาอื่นที่อาจเกิดอาการแพ้ข้ามกลุ่มกันได้อีก และจะออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อตัวยาที่มีการแพ้และอาการแพ้ที่เกิดขึ้น วันที่เกิดการแพ้ และยาตัวอื่นที่มีโอกาสเกิดการแพ้แบบนี้ได้ด้วย ผู้ป่วยควรพกบัตรแพ้ยาดังกล่าวไว้ตลอดเวลา และควรแจ้งแพทย์ เภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทุกครั้งที่มีการรับบริการทางการแพทย์ เพื่อเป็นการป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการแพ้ซ้ำจากยาที่เคยมีประวัติการแพ้มาแล้วอีก

3.2 วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดการแพ้ยาที่มีอาการไม่รุนแรง เมื่อเภสัชกรหรือแพทย์ได้ตรวจสอบแล้วว่าพบว่าผู้ที่ใช้ยาเกิดการแพ้จริง โดยทั่วไปเภสัชกรก็จะออกบัตรแพ้ยาเพื่อบันทึกรายการยาที่แพ้และยาอื่นที่มีโอกาสแพ้ อาการแพ้ที่เกิดขึ้น วันที่แพ้ยา เช่นเดียวกันกับการแพ้ยาที่มีอาการรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยก็ไม่ควรใช้ยานั้นๆ อีก เช่นเดียวกัน แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยที่แพ้ยาเป็นโรคหรือมีอาการที่จำเป็นต้องใช้ยานั้นๆ อีกโดยไม่มีทางเลือกอื่นใดแล้วจริงๆ แพทย์ที่ให้การดูแลรักษา ก็อาจมีความจำเป็นต้องลองใช้ยานั้นๆ โดยพิจารณาแล้วพบว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากยาจะมากกว่าความเสี่ยงจากการแพ้ยา เนื่องจากอาการแพ้ไม่รุนแรงและจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ต้องการ โดยไม่มีทางเลือกอื่น อย่างไรก็ตาม ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ แล้ว แพทย์ก็จะไม่เสี่ยงส่งจ่ายยานั้นๆ สำหรับผู้ป่วยก็ต้องพกบัตรแพ้ยาดังกล่าวไว้และแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษาและเภสัชกรผู้จ่ายยาให้ทราบก่อนรับยาทุกครั้งเพื่อป้องกันการเกิดการแพ้ซ้ำจากยาที่เคยมีประวัติการแพ้มาแล้ว เช่นเดียวกัน

3.3 วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยาที่มีอาการรุนแรง โดยทั่วไปถ้ายาใดที่มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง เภสัชกรก็มักจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและให้ข้อมูลไว้บนฉลากยาที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วยเสมอ เพื่อเตือนให้ผู้ป่วยระมัดระวังหากเกิดอาการข้างเคียงเหล่านั้นขึ้นและให้รีบแจ้งเภสัชกรหรือแพทย์ทันทีที่เกิดอาการ หรือถ้าเป็นยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้ด้วยตนเอง ก็จะต้องอ่านฉลากและเอกสารกำกับยาเพื่อศึกษาดูว่ายานั้นๆ อาจมี โอกาสทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงอะไรได้บ้าง สำหรับตัวผู้ที่ใช้ยาเอง ถ้าใช้ยาใดแล้วเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงก็ต้องแจ้งให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และเภสัชกรที่ให้การดูแลรักษาทุกครั้งที่รับการรักษา ซึ่งโดยทั่วไปผู้ส่งจ่ายยา ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยาเหล่านั้นในผู้ป่วย โดยจะพยายามเลือกใช้อื่นแทน แต่หากยังจำเป็นต้องใช้ยานั้นจริงๆ เภสัชกรก็จะมีคำแนะนำวิธีการปฏิบัติที่จะช่วยลดผลของอาการข้างเคียงเหล่านั้นให้น้อยที่สุด

3.4 วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยาที่มีอาการไม่รุนแรง โดยทั่วไปเมื่อผู้ที่ใช้ยาเกิดผลข้างเคียงของยาที่มีอาการไม่รุนแรงก็มักจะไม่เป็นปัญหาใดๆ กับการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลในการรักษาโรคหรือบรรเทาอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งถ้าอาการข้างเคียงนั้นผู้ป่วยสามารถทนได้โดยไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ก็ไม่ต้องมีการดำเนินการใดๆ แต่อย่างไรก็ตาม หากอาการเหล่านั้นมีการพัฒนาความรุนแรงมากขึ้น หรืออาการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นผลรบกวนการใช้ชีวิตปกติประจำวัน เช่น ยาทำให้ง่วงนอนแต่ผู้ใช้ยามีอาชีพที่จำเป็นต้องใช้เครื่องจักรกล หรือต้องขับรถตลอดทั้งวัน ซึ่งถ้ามีอาการร่วงก็อาจเกิดเป็นอันตรายที่รุนแรงได้ ผู้ที่ใช้ยาที่อาจขอคำแนะนำจากเภสัชกรหรือแพทย์ให้แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่จะสามารถช่วยลดการเกิดอาการข้างเคียง หรือปรับเปลี่ยนแผนการใช้ยาเพื่อรักษา เช่น ยาทำให้ง่วงนอนแต่ผู้ใช้ยามีอาชีพที่จำเป็นต้องใช้เครื่องจักรกล หรือต้องขับรถตลอดทั้งวัน ซึ่งถ้ามีอาการร่วงก็อาจเกิดเป็นอันตรายที่รุนแรง

4.5.5 การวัดเจตคติต่อการใช้ยา

Likert. (1987 ; อ้างถึงใน จอมปวีร์ จันทรศิริ. 2555 : 40) ได้สร้างแบบวัดเจตคตินิยมมากซึ่งลิเคอร์ท์ถือว่าผู้มีเจตคติต่อสิ่งใดก็ย่อมจะมีโอกาสที่จะตอบเห็นด้วยต่อข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นมากและ โอกาสที่จะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีอยู่น้อยทำนองเดียวกับผู้ที่มีเจตคติไม่ดีต่อสิ่งนั้น โอกาสที่จะเห็นด้วยหรือสนับสนุนสิ่งนั้นมีอยู่น้อยและโอกาสจะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีมากคะแนนรวมของทุกข้อจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงเจตคติของผู้ตอบแบบวัดเจตคติของแต่ละคนวิธีสร้างแบบวัดเจตคติของลิเคอร์ท์ครั้งแรกจะต้องรวบรวมข้อความที่เกี่ยวข้องในสิ่งที่จะศึกษาให้เลือกตอบว่าเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยเพียงอย่างเดียวหนึ่ง โดยผู้ตอบตอบตามความรู้สึกของตนเองการให้คะแนนนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นข้อความในเชิงนิมิต (Positive Statement) หรือข้อความในเชิงนิเสธ (Negative Statement) กำหนดการให้คะแนนการตอบของแต่ละตัวเลือกคือกำหนดคะแนนเป็น 5 4 3 2 1 หรือ 4 3 2 1 0 สำหรับข้อความทางบวกและ 1 2 3 4 5 หรือ 0 1 2 3 4 สำหรับข้อความทางลบ

Osgood. (1984 ; อ้างถึงใน ชีรวุฒิ เอกะกุล. 2550 : 37) ได้สร้างวิธีวัดเจตคติแบบ Semantic Differential ซึ่งเป็นการศึกษาถึงความหมายของสิ่งต่างๆตามความคิดของกลุ่มที่เราศึกษา โดยใช้คำคุณศัพท์ซึ่งมีความหมายตรงกันข้ามกันเป็นคำที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด โดยทั่วไปมาตรวัด (Scale) แบบ Semantic Differential จะแบ่งออกเป็น 7 ช่องการให้คะแนนอาจจะให้จาก 1 ถึง 7 โดยกำหนดคะแนนมากไว้ทางคุณศัพท์ที่เป็นด้านบวก (Positive) อีกวิธีหนึ่งอาจจะให้ช่องกลางมีค่าเท่ากับศูนย์คะแนนถัดจากศูนย์จะเป็น 1,2,3 และ 1,2,3 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือของ ชีรวุฒิ เอกะกุล(2550 : 37) มาใช้ในการวิจัย โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10

ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4.5.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อการใช้ยา

อภิญา ธรรมแสง (2553 : 48) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังโดยการเยี่ยมบ้านในเขตชุมชนโนนทันตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. พบว่าเจตคติในการใช้ยา 5 อันดับแรก คือ เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุดกับการรับประทานยาเพื่อกันลิ่ม โดยให้รับประทานยาก่อนอาหารและยาหลังอาหารพร้อมกัน และการขอยืมยาเพื่อนบ้านมารับประทานดีกว่าการไปพบแพทย์ เห็นด้วยในระดับมาก กับผู้ที่รับประทานยาตรงเวลาถือได้ว่าเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อตนเอง และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ ได้ เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุดเกี่ยวกับการไปรับยาตามนัดเป็นเรื่องลำบาก ทำให้เสียเวลาคิดเป็นร้อยละ

65.17,61.8,59.55,47.19 และ 42.7 ตามลำดับ

จตุพร คงกิตติมากุล และอังคณา วิญญูวิริยวงศ์ (2548 : ก) ได้ทำการศึกษาเจตคติของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ต่อการใช้ยาจากสมุนไพร โดยทำการศึกษาเจตคติของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่กำลังศึกษา ในคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้นปีที่ 1, 3 และ 5 รวมทั้งสิ้น 297 คน มีจำนวนนักศึกษาชั้น ปีที่ 1, 3 และ 5 ที่ตอบแบบวัดเจตคติคิดเป็นร้อยละ 98.47, 96.59 และ 89.74 ตามลำดับ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ one-way ANOVA และ Scheffe's post hoc test พบว่านักศึกษาทั้ง 3 ชั้นปีมีเจตคติที่ดีต่อการใช้ยาจากสมุนไพร โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 5 มีเจตคติดีกว่าชั้นปีที่ 1 ($p < 0.001$) แต่เจตคติของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 5 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพร นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 5 มีเจตคติดีกว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ($p < 0.001$) แต่เจตคติของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 5 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับด้านคุณภาพของยาจากสมุนไพร นักศึกษาชั้นปีที่ 5 มีเจตคติที่ดีกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 ($p = 0.039$) ส่วนในด้านการเข้าถึงและการมีให้ใช้ได้ของยาจากสมุนไพร เจตคติของนักศึกษาทั้งสามกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงเจตคติที่ดีของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่จะมีบทบาทในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างสมเหตุผลเมื่อสำเร็จเป็นเภสัชกรในอนาคต

สมศรี เจริญพิชิตนันท์ (2543 : 21) ได้ศึกษา ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. ผลการศึกษาพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครมีความรู้ในการใช้ยาแก้ปวดในระดับต่ำ มีเจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดในระดับต่ำ มีเจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดในระดับต่ำ มีเจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดกับตัวแปรต่างๆ พบ นักเรียนชายกับนักเรียนหญิงมีเจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีรายได้ครอบครัวต่างกัน จะมีการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวด และมีความรู้ในการใช้ยาแก้ปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรด้านอื่นๆ ไม่พบความแตกต่างกัน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับ เจตคติความรู้กับการปฏิบัติ เจตคติกับการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ใน โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.348, 0.248, 0.541$ ตามลำดับ)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา 2) ปัจจัยด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการศึกษา และ 3) ปัจจัยด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยด้านเจตคติจะส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

5. พฤติกรรมการใช้ยา

5.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยา

สุรพล พยอมแย้ม (2545 : 18-20) กล่าวว่า พฤติกรรม ในทางจิตวิทยานั้น หมายถึง การกระทำอันเนื่องมาจากการกระตุ้นหรือการจูงใจจากสิ่งเร้าต่างๆ การกระทำหรือพฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้ผ่านขบวนการกลั่นกรอง ตกแต่งและตั้งใจที่จะทำให้เกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลอื่นได้สัมผัสรับรู้ พฤติกรรมของบุคคลแม้จะกระทำด้วยสาเหตุจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่จะมีลักษณะอาการแตกต่างกัน เมื่อบุคคล เวลา สถานที่ หรือสถานการณ์เปลี่ยนไปเนื่องจากการกระทำของบุคคลล้วนจะต้องผ่านกระบวนการคิดการตัดสินใจ อันประกอบด้วยอารมณ์และความรู้สึของผู้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ จึงทำให้พฤติกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน หรือปรับเปลี่ยนไปตามเรื่องราวที่เกี่ยวข้องเสมอ ด้วยเหตุผลที่ว่าพฤติกรรมแต่ละครั้งเกิดจากกระบวนการ ซึ่งหากพิจารณาแยกกระบวนการออกเป็นส่วนๆ จะพบว่า ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. ส่วนการแสดงออกหรือกิริยาท่าทาง (Acting)
2. ส่วนการคิดที่เกี่ยวกับกิริยานั้น (Thinking)
3. ส่วนความรู้สึกที่มีอยู่ในขณะนั้น (Feeling)

พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การกระทำของบุคคล ในเรื่องการใช้ หรือการรับประทานยาของผู้ใช้ยาเมื่อมีการเจ็บป่วยไข้เกิดขึ้น ได้แก่ 1) ใช้ยาให้ถูกกับโรค 2) ใช้ยาให้ถูกขนาด 3) ใช้ยาให้ถูกวิธี 4) ใช้ยาให้ถูกเวลา 5) ใช้ยาให้ถูกคน และ 6) ใช้ยาให้ครบระยะเวลา

วาทนา นัยวัฒน์ (2553 : 6) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการใช้ยาว่า หมายถึง การปฏิบัติหรือ เคยปฏิบัติเกี่ยวกับการแสวงหา ยา การเก็บรักษา ยา และการบริโภคยา เพื่อบำบัดอาการที่เป็นอยู่ หรือเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนพฤติกรรมตามหลักการใช้ยาที่ถูกต้อง ได้แก่

1. ใช้ยาให้ถูกกับโรค การใช้ยาให้ถูกกับโรค คือ ต้องพิจารณาดูว่าเราเป็นโรคอะไร แล้วจึงใช้ยาที่มีสรรพคุณ ในการรักษาโรคนั้นได้ เช่น เมื่อเป็นไข้ก็ควรใช้ยาลดไข้ เมื่อมีอาการปวดท้อง ก็ต้องใช้ยาแก้ปวดท้อง เป็นต้น

2. ใช้ยาให้ถูกขนาด เมื่อแพทย์สั่งให้ใช้ยาในขนาดต่าง ๆ เราต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ไม่ใช้ยาเกินขนาดที่แพทย์สั่ง ถ้าใช้ยามากเกินขนาดที่แพทย์สั่งอาจเกิดอันตรายต่อร่างกายได้ ถ้าใช้น้อยเกินไปจะไม่มีผลในการรักษา บางครั้งเราอาจรู้สึกลำบากใจ เพราะไม่เข้าใจขนาดยาที่แพทย์สั่งและจะหาของใช้ในบ้าน มาตรวจยาได้อย่างไรบ้าง ขอเสนอแนะให้ถือเกณฑ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ขนาดยา 1 ซี.ซี. หรือมิลลิลิตร เท่ากับ 15-20 หยด แล้วแต่หยดเล็ก หยดใหญ่

2.2 ขนาดยา 1 ซ้อนชา เท่ากับ 4-5 ซี.ซี. (ซ้อนชาที่ใช้ตามบ้านในเมืองไทย=3 ซี.ซี.)

2.3 ขนาดยา 1 ซ้อนโต๊ะ เท่ากับ 15 ซี.ซี. หรือประมาณ 3 ซ้อนชา (ซ้อนโต๊ะไทยมีความจุประมาณ 10 ซี.ซี.)

2.4 ขนาดยา 1 ออนซ์ เท่ากับ 30 ซี.ซี. หรือ 2 ซ้อนโต๊ะมาตรฐาน (3 ซ้อนโต๊ะไทย)

2.5 ขนาดยา 1 ลิตร เท่ากับ 1,000 ซี.ซี. หรือประมาณ 1 ขวดแม่โจงชนิดกลม

เมื่อเรารับประทานยาหรือฉีดยาเข้าไปในร่างกาย ด้วยจะถูกดูดซึมเข้าไปในเลือด และกระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อทำลายเชื้อโรค ซึ่งเชื้อโรคส่วนใหญ่จะอยู่ในเลือด เราจึงต้องรักษาความเข้มข้นของยาให้ได้ขนาดพอเหมาะที่จะทำลายเชื้อโรคได้ เพราะว่าเมื่อด้วยาถูกส่งไปยังตับ ตับถือว่ายาเป็นสิ่งที่แปลกปลอมในร่างกายไม่ต้องการ ตับจะจับตัวยาออกจากร่างกายทำให้ความเข้มข้นของยาลดลงเรื่อย ๆ ดังนั้นเราจึงต้องรับประทาน ยาตามที่แพทย์สั่งเช่น 1 เม็ดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของยาไว้

3. ใช้ยาให้ถูกวิธี ก่อนใช้ยาทุกชนิดต้องอ่านฉลาก คู่มือการใช้ยาให้ละเอียดชัดเจน เพราะยามีหลายรูปแบบ มีวิธีการใช้แตกต่างกันไป เช่น ยาบางชนิดใช้รับประทาน บางชนิดใช้ฉีด บาง

ชนิดใช้ทาภายนอก บางชนิดใช้หยอดตา บางชนิดใช้เหน็บทางทวารหนัก บางชนิดกำหนดให้เขย่าขวดก่อนรับประทาน ยาบางชนิด เมื่อรับประทานแล้วต้องดื่มน้ำตามมาก ๆ เป็นต้น

4. ใช้ยาให้ถูกเวลา การใช้ยานั้นต้องทราบว่ายานั้นควรรับประทานเมื่อใด และออกฤทธิ์อย่างไร เพราะถ้ารับประทานยาผิดเวลาที่กำหนดไป ยาอาจหมดฤทธิ์หรือไม่มีผลในการรักษา เช่น

4.1. ยาก่อนอาหาร ส่วนใหญ่เป็นยาที่มีคุณสมบัติถูกดูดซึมได้ดีในขณะท้องว่าง จึงต้องรับประทาน ก่อนอาหารประมาณ ครึ่งชั่วโมง ถึง หนึ่ง ชั่วโมง ถ้านำยาก่อนอาหารมา รับประทานหลังอาหารจะไม่ได้ผลในการรักษา เพราะตัวยาคจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ยาก ยาที่ควรรับประทานก่อนอาหาร ได้แก่ ยาปฏิชีวนะบางชนิด เช่น ยาแอมพิซิลลิน เพนิซิลลิน เป็นต้น

4.2. ยาหลังอาหาร ส่วนมากเป็นยาที่มีคุณสมบัติเป็นกรด ถ้านำมารับประทาน ก่อนอาหารจะไป เพิ่มกรดในกระเพาะอาหารทำให้เกิดกระเพาะได้ จึงต้องนำมารับประทานหลังอาหาร โดยรับประทาน หลังอาหารประมาณ 15 ถึง 30 นาที ตัวอย่างยาที่รับประทานหลังอาหารได้แก่ ยาแก้ปวด ยาลดไขมันชนิดต่างๆ เช่น พาราเซตามอล แอสไพริน

4.3. ยาก่อนนอน ส่วนมากเป็นยาที่มีคุณสมบัติกดประสาทหรือกล่อมประสาท เมื่อรับประทาน แล้วจะทำให้ง่วงนอน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ถ้าขับรถ หรือทำงานใกล้เครื่องจักรเครื่องยนต์ อาจเกิดอันตรายได้จึงให้รับประทานก่อนนอน ซึ่งยาจะไปออกฤทธิ์ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังนอนหลับ เช่น ยานอนหลับ เป็นต้น

5. ใช้ยาให้ถูกคน ยาที่ผลิตขึ้นมาใช้นั้นมีจุดมุ่งหมายแล้วว่าจะนำไปใช้กับคนประเภทใด ถ้านำไปใช้ผิดคนอาจเกิดอันตรายขึ้นได้หรือไม่ได้ผลในการรักษา เช่น ยาที่ผลิตขึ้นมาใช้กับผู้ใหญ่ถ้านำไปใช้กับเด็กอาจเกิดอันตรายขึ้นได้ หรือยาที่ผลิตใช้สำหรับเด็กถ้านำมาใช้กับผู้ใหญ่ก็อาจไม่ได้ผลในการรักษา

6. ใช้ยาให้ครบระยะเวลา เมื่อไปหาแพทย์แล้วแพทย์สั่งยามาให้รับประทานจำนวน มากพอสมควร เราต้องรับประทานยา ที่แพทย์สั่งให้หมด แม้ว่าเมื่อรับประทานยาไปส่วนหนึ่ง แล้วจะมีอาการ ดีขึ้นหรือหายจากโรคแล้วก็ตาม เพราะว่าอาการดีขึ้นนั้นเชื้อโรคอาจจะยังไม่หมดไปจากร่างกาย ถ้าหยุดยาเชื้อโรคอาจจะฟักตัวก่อให้เกิดโรคได้อีกและเมื่อเราใช้ยา ชนิดเดิมอาจรักษาโรคไม่หาย เพราะเชื้อโรคคือยา เช่น ยาปฏิชีวนะ ชนิดต่าง ๆ ต้องรับประทานให้ครบจำนวนที่แพทย์สั่ง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยา คือ การกระทำหรือแสดงออกต่อกิจกรรมในพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชนที่ตอบสนองต่อความต้องการจากสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่สามารถสังเกตเห็นได้จาก พฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ซึ่งเป็นพฤติกรรมจากภายใน

5.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผล

จากตัวอย่างการใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผลเห็นได้ว่า การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลไม่ใช่เรื่องง่ายอย่างที่เข้าใจกัน เพราะมีตัวอย่างการใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการใช้จ่าย และเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในสถานพยาบาลทุกระดับ ทั้ง โรงเรียนแพทย์ สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ทั้งนี้เพราะมีเหตุปัจจัยหลายประการที่เป็นสาเหตุให้แพทย์ใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังและเร่งด่วน ปัจจัยดังกล่าวคือ(พิสนธิ์ จงตระกูล 2552 : ข-1)

1. การที่แพทย์ผู้สั่งยาอย่างไม่สมเหตุผลขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่สั่งใช้ ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขตั้งแต่ การปรับปรุงหลักสูตรของสถาบันการศึกษา การให้การศึกษาค้นคว้าที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับยาโดยปราศจากการชี้นำทางธุรกิจ และการมีแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เพื่อใช้เป็นคู่มือในการสั่งใช้ยา เช่น เอกสารกำกับยาที่น่าเชื่อถือ คู่มือการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตลอดจนฐานข้อมูลเกี่ยวกับยาที่สามารถสืบค้นได้จาก Internet หรือ CD-ROM ทั้งแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายและแบบที่ต้องเสียค่าสมัครเป็นรายปี นอกจากนี้แพทย์ควรถูกย้าเตือนให้อ่านข้อมูลยาจากแหล่งที่เชื่อถือได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ของตน

2. การขาดความรอบคอบในการสั่งยาส่งผลให้มีการใช้ยากับผู้ป่วยที่แพ้ยานั้น ใช้จ่ายที่ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ใช้จ่ายโดยไม่ปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต สั่งยาที่มีอันตรกิริยาต่อกันขึ้นรุนแรง หรือสั่งยาผิดขนาด เป็นต้น เกษตรกรห้องยาและระบบสารสนเทศอาจช่วยแก้ปัญหาข้างต้นได้บางส่วน ในขณะที่เดียวกันสถาบันการศึกษาควรแสวงหากระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความรอบคอบในการสั่งใช้ยา เช่นการฝึกเขียนใบสั่งยาพร้อมกับการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่นักศึกษาเป็นรายบุคคลอย่างสม่ำเสมอ

3. การที่แพทย์บางส่วนขาดเจตคติที่จะสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล เนื่องจากมองไม่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสั่งใช้ยาของตน หรือไม่ยอมรับเหตุผลต่างๆ ที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น รวมทั้งเป็นความบกพร่องของสถาบันการศึกษาที่ไม่สามารถปลูกฝังเจตคติในการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลให้เกิดขึ้นกับแพทย์บางส่วนเหล่านั้น ซึ่งเมื่อจบการศึกษาแล้วการเปลี่ยนแปลงเจตคติเป็นไปได้ยากเนื่องจากมีแรงต้านจากการส่งเสริมการขายของอุตสาหกรรมยา ตลอดจนอาจมีผลตอบแทนทางการเงินจากการใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผลมาเป็นอุปสรรค

4. การขาดวิจรณ์ญาณในการสั่งใช้ยาของแพทย์บางส่วน เนื่องจากขาดการฝึกอบรมที่ดีพอ ขาดการเรียนการสอนแบบการส่งเสริมให้คิดวิเคราะห์หาเหตุผล อภิปรายข้อดีข้อเสียของการสั่งยาในแต่ละครั้ง ขาดการฝึกปฏิบัติ และขาดการให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างจริงจังและสม่ำเสมอจากครูผู้สอน โดยที่ครูผู้สอนส่วนหนึ่งยังขาดความเข้าใจที่ถ่องแท้เกี่ยวกับคำจำกัดความ และหลักเกณฑ์การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล รวมทั้งปริมาณนักศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นจนไม่สามารถให้ข้อมูลป้อนกลับได้

อย่างทั่วถึง เป็นองค์ประกอบที่ทำให้การสร้างวิจักษณ์ญาณแก่แพทย์ส่วนหนึ่งมีความบกพร่อง

5. การขาดความมีสามัญสำนึกของแพทย์บางส่วน โดยขาดสามัญสำนึกว่าการใช้ยาไม่เป่าหมายเพื่อใช้อย่างสมเหตุผลและเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเป็นการใช้ยาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน การประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือขาดสามัญสำนึกว่าเมื่อตนเองขาดความรู้เกี่ยวกับยาควรศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับยานั้นก่อนการสั่งยาให้กับผู้ป่วย และการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลก่อให้เกิดปัญหาใหญ่หลวงต่อสุขภาพของผู้ป่วยและระบบเศรษฐกิจของชาติ

6. การขาดความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวยุติธรรม ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม ตลอดจนระบบสวัสดิการการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ ส่งผลให้มีการใช้ยาอย่างพร่ำเพรื่อ ฟุ่มเฟือย ซ้ำซ้อน และไม่สมเหตุผล ให้การปฏิเสธยาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยบางราย หรือใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยาที่เกิดขึ้นต่อส่วนรวม

7. ความเข้าใจผิดของแพทย์ส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนที่เชื่อว่าการสั่งยาหลายๆ ชนิด ให้ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ หากไม่จ่ายยาเช่น ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยจะไม่พอใจในบริการที่ได้รับ หรือเกรงว่า ถ้าไม่ให้ยาไว้ก่อนแล้วผู้ป่วยมีอาการเลวลงจะถูกผู้ป่วยกล่าวโทษ ในความเป็นจริงหากแพทย์เหล่านั้น ได้ใช้เวลาในการอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของการใช้ยากับผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะพบว่าความเชื่อเหล่านั้นเป็นความเชื่อที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการใช้ยาจำนวนมาก และไม่มีผู้ใดต้องการใช้ยามากเกิน ความจำเป็น

8. ขาดความมุ่งมั่นที่จะประยุกต์หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการสั่งยา กล่าวคือ ไม่มุ่งมั่นที่จะใช้ยาโดยคำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล เป็นพลวัตร บนพื้นฐานของความรอบรู้ รอบคอบ และระมัดระวัง และความมีคุณธรรม ซื่อสัตย์สุจริต อุดมคติ มีความเพียร ใช้สติปัญญาเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการใช้ยาที่สมดุล และยั่งยืน

5.3 การใช้ยาให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การขาดความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง หรือใช้มากกว่าที่แพทย์ต้องการ เหตุการณ์ ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย ทุกวัย และทุกระดับ การศึกษาทั้งที่เกิดด้วยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องประกอบด้วย

5.3.1 ปัจจัยที่เกิดจากตัวแพทย์

- 1) วัตถุประสงค์ในการใช้ยาของแพทย์ไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยยอมรับได้
- 2) แพทย์จ่ายยาหลายชนิดร่วมกัน โดยไม่จำเป็น
- 3) แพทย์ไม่ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาแต่ละชนิดควรใช้อย่างไร

5.3.2 ปัจจัยที่เกิดจากความเชื่อ การยอมรับ และการรับรู้ ของผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยเชื่อว่ายาที่ได้รับเป็นยาที่ไม่ดี ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ตรงกับโรคที่เป็น
- 2) ความตระหนักถึงอันตรายและความเสี่ยงจากยาของผู้ป่วยแตกต่างจากแพทย์ผู้สั่ง
ใช้ยา
- 3) ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ปกครอง บุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ไม่ศรัทธาในตัวแพทย์
- 4) ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาเนื่องจาก ไม่ได้รับการอธิบายอย่างเพียงพอ
- 5) ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าเมื่ออาการของ โรคดีขึ้น (เช่น ความดันเลือดควบคุม ได้แล้ว) ไม่
จำเป็นต้องใช้ยาอีก
- 6) ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่ใช้ยาด้วยความลำบาก เช่นกลืนยาเม็ดยังไม่เป็น (อายุน้อย
เกินไป) หรือกลืนไม่ได้ (มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน) มือสั่นหรือสายตาพร่ามัวจนหยิบยาเม็ดเล็กเกินไป
ไม่ถนัด
- 7) อาการของผู้ป่วยไม่บรรเทาตามความคาดหวังของผู้ป่วย หรือหายช้ากว่าที่ผู้ป่วย

คาด

5.3.3 ปัจจัยที่เกิดจากขั้นตอนการสั่งยาและการจ่ายยา

- 1) ผู้ป่วย ไม่ได้รับยาจากห้องยาอย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง
- 2) คำสั่งบนฉลากยาไม่ชัดเจน
- 3) วิธีการใช้ยายุ่งยาก ซับซ้อน

5.3.4 การวัดพฤติกรรมการใช้ยา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ซึ่งมีผู้ที่เคยสร้าง
เครื่องมือวัดไว้แล้วนำมาปรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องวัดของ คลินิกฝากครรภ์ ฝ่ายบริการพยาบาล
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2551 : 542) ได้สร้างเครื่องมือวัด ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
การรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพ
สมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่ประชาชนใช้ยา จำนวน
ชนิดยา เม็ดยา มียาที่รับประทาน ผู้ที่ดูแลในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง
ของมีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ไม่เคยปฏิบัติ (1
คะแนน) ปฏิบัตินานๆครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) และ
ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา โดยแบ่งออกเป็น

3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 พฤติกรรมการใช้ยาในระดับไม่ตีคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 7 ข้อ ด้านประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และด้านอุปสรรค จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (3 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (4 คะแนน) เห็นด้วยมาก (5 คะแนน) และเห็นด้วยมากที่สุด (6 คะแนน) การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามแต่ละด้าน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.25 พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.26-3.50 พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.75 พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.76-6.00 ระดับพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับมากที่สุด

5.3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา

จากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยได้มีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญได้วิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

กมลวรรณ ทองดีแท้ (2553 : 10) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้มารับบริการ ในคลินิกผู้ป่วยนอกศูนย์อนามัยที่ 7 อุดรราชธานี พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะโดยที่ไม่ทราบว่ายามีชื่อชื่อว่าอะไร (ร้อยละ 62.10) การรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารยังไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่จะทิ้งช่วงระหว่างมื้ออาหารกับยาสั้นเกินไป (ร้อยละ 68.30) ซึ่งจะเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวมีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่ถูกต้องเกินกว่าร้อยละ 50 ส่วนพฤติกรรมที่นอกเหนือจากนี้ส่วนใหญ่จะปฏิบัติถูกต้อง เกินกว่า ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง

อภิญา ธรรมแสง (2553 : 48) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังโดยการเยี่ยมบ้านในเขตชุมชน โนนทันตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. พบว่า พฤติกรรมการใช้ยา ปัจจุบันรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 67.42 รับการรักษาโรคโดยวิธีรับประทานยา ร้อยละ 98.86 ส่วนใหญ่มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ร้อยละ 88.76 การไปรับยาตามนัดไปทุกครั้ง ร้อยละ 92.13 สาเหตุที่ทำให้ไม่ไปรับยาตามนัด คือ ไปเองไม่ได้ และบุตร/หลานไม่มีเวลา คิดเป็นร้อยละ 21.74 รับประทานยาด้วยตนเอง ร้อยละ 86.52 พฤติกรรมการปฏิบัติเมื่อยาเปลี่ยนสีหรือมีลักษณะเปลี่ยน ส่วนใหญ่ไปพบแพทย์เพื่อเปลี่ยนยาใหม่ ร้อยละ 72.94 ประเภทยาที่ใช้ในการรักษาปัจจุบันใช้ยาที่แพทย์ ร้อยละ 96.59 รองลงมาคือใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ

18.18 การปฏิบัติเมื่อล้มรับประทานยา ส่วนใหญ่รับประทานยาทันทีเมื่อนึกได้และรับประทานยาครั้งต่อไปตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 81.40 ส่วนใหญ่ไม่เคยยืมยาเพื่อนบ้านรับประทานเมื่อยาของตนเองหมด ร้อยละ 95.51

ยศพงศ์สิทธิ์ แก่นจันทร์ (2551 : 1) ได้ศึกษาการใช้ยาที่อยู่ประจำบ้านของประชาชนในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ร้อยละ 42.3 ของประชาชนที่มียาอยู่ประจำบ้านไม่ตรวจสอบภาชนะบรรจุยาว่าอยู่ในสภาพที่เรียบร้อยก่อนใช้ ร้อยละ 35.9 ไม่อ่านชื่อยา ส่วนประกอบของยา หรือสรรพคุณของยา ส่วนพฤติกรรมการเก็บรักษา ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) เก็บยาในภาชนะปิดสนิทไม่โดนแสง และเก็บยาให้พ้นมือเด็ก

การ์นต์ กิจวิจารณ์ (2549 : 1) ได้ศึกษาพฤติกรรมและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาอาการ ไข้เจ็บคอ ของนักศึกษาแพทยมหาวิทาลัยขอนแก่น พบว่า มีนักศึกษา มากกว่าครึ่งที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาอาการ ไข้เจ็บคอ และส่วนใหญ่มีการเริ่มใช้ยาเองโดยไม่แนะนำแพทย์ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มีพฤติกรรมในการยาที่เหมาะสม

หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชกรรมปฏิบัติ มหาวิทยาลัยนเรศวร (2548 : ก) ได้ศึกษาการจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่าผลการศึกษาวิธีการใช้ยาสูดพ่นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วย 30 ราย (ร้อยละ 96.8) ปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกขั้นตอน หลังจากให้คำแนะนำพบว่า ผู้ป่วยทุกรายสามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องมากขึ้นเทียบกับก่อนได้รับคำแนะนำผลการติดตามการใช้ยาสูดพ่นต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 52.6) ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกขั้นตอนและจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำซ้ำ

ศิริ แสงบุญเรือง (2545 : ก-ข) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการซื้อยาใช้เอง ของประชาชนในเขตชุมชนแออัด พบว่า การเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวกับการซื้อยาใช้เองของแต่ละกลุ่ม คือ ระดับล่าง ระดับกลาง ระดับบน มีลักษณะเหมือนกันเป็นส่วนใหญ่ได้แก่ การแนะนำและทำตามแบบอย่าง โดยการแนะนำมาจากช่องทางของครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมอาชีพ ผู้ขายยา และสื่อต่างๆ ซึ่งการแนะนำมาจากช่องทางเหล่านั้น จะมีอยู่ในทุกกลุ่ม แต่เฉพาะช่องทางแนะนำจากหน่วยต่างๆ จะมีอยู่ในเฉพาะกลุ่มระดับกลางและระดับบนเท่านั้น สำหรับการทำตามแบบอย่างนั้นมาจากช่องทางของครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ซึ่งการทำตามแบบอย่างมาจากช่องทางเหล่านั้นจะมีอยู่ในทุกกลุ่ม และสิ่งที่แตกต่างกันในการเรียนรู้ทางสังคมนอกจากช่องทางรับรู้ที่แตกต่างกันแล้ว ก็คือคุณภาพกลไกการถ่ายทอดที่มีอยู่ในแต่ละช่องทางของแต่ละกลุ่มก็แตกต่างกันด้วย ปัจจัยที่ส่งผลให้มีการซื้อยาใช้เองที่เหมือนกันในทุกกลุ่มครอบครัว คือร้านยาที่ใกล้บ้าน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

ที่เป็นอยู่ การให้คุณค่าในตัวยา การให้ความเชื่อถือในตัวผู้ขายยา การโฆษณา การไม่มีเวลาที่จะไปพบแพทย์ในสถานพยาบาล และปัจจัยที่ส่งผลให้มีการซื้อยาใช้เองมากกว่าทุกกลุ่ม ส่วนระดับการศึกษานั้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะใช้ยาได้ถูกต้องขึ้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เองที่ส่งผลให้ชาวชุมชนมีการซื้อยาใช้เองจากร้านขายยากันกว้างขวาง

มนชัย แก้วหลวง (2543 : ก) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความพึงพอใจของลูกค้าในการใช้บริการจากร้านยา ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่า ลูกค้าของร้านยาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุต่ำกว่า 30 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และมีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อ เดือน ลูกค้าของร้านยาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจพอสมควร หรือระดับปานกลางในทุกๆ ด้าน คือ ด้านสถานที่ ด้านผู้ให้บริการบุคลากร ด้านบริการ และด้านอื่นๆ ปัญหาอุปสรรคด้านสถานที่ลูกค้าส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจสถานที่จอดรถและมีข้อเสนอแนะให้สถานที่จอดรถควรมีพื้นที่กว้าง ๆ เพื่อจะได้จอดรถสะดวกและปลอดภัย ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ให้บริการบุคลากร ลูกค้าส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจการปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการของเภสัชกร และมีข้อเสนอแนะให้มีเภสัชกรประจำการตลอดเวลาทำการ ปัญหาและอุปสรรคด้านการบริการลูกค้าส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจการแจกเอกสารเสริมความรู้และมีข้อเสนอแนะให้แจกเอกสารเพิ่มความรู้ที่มีความหลากหลายและมีจำนวนมากพอ ปัญหาและอุปสรรคด้านยา ลูกค้าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านราคาขายและมีข้อเสนอแนะให้ยาควรมีราคาถูกและคุณภาพเหมาะสม ลูกค้าส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจการส่งเสริมการขายและมีข้อเสนอแนะให้การส่งเสริมการขายมีรูปแบบหลากหลายมากขึ้น ส่วนผลการทดสอบสมมุติฐาน พบว่าลูกค้ามีความพึงพอใจระดับปานกลางต่อการให้บริการของร้านยาและมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในด้านสถานที่ให้บริการ

6. กระบวนการสร้างและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมความรู้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

6.1 การวิเคราะห์ความต้องการ (Need Analysis)

การวิเคราะห์ความต้องการเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการสร้างหลักสูตรความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน เพราะว่าการวิเคราะห์ความต้องการจะช่วยให้ผู้ให้การอบรมหรือผู้สร้างหลักสูตรได้ทราบข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าอบรม เช่น ระดับความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการใช้ยา ภูมิหลังทางการศึกษา อายุ สถานภาพการแต่งงาน เป้าหมายของการเรียน รวมทั้งรูปแบบและยุทธวิธีการเรียนที่ชอบ ข้อมูลเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้ให้การอบรมหรือผู้สร้างหลักสูตรนำไปเขียน

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมและ สร้างหลักสูตรซึ่งประกอบด้วยหัวข้อ ความรู้ การใช้ประสบการณ์ โครงสร้างของหลักสูตร Nunan (Nunan)

Nunan. (1988. อ้างถึงใน ณรงค์ฤทธิ์ โสภากา 2552 : 45) ได้กล่าวว่า การวิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน มีเป้าหมายหลักอยู่ 3 ประการคือ เป็นแนวทางที่ช่วยสร้างและหาเนื้อหาที่จะเรียนได้ ออกแบบโปรแกรมการเรียนภาษา และการนำโปรแกรมการเรียนภาษาไปใช้ให้เกิดประโยชน์

Robert and Mitchell. (1995 :1) ได้อธิบายเกี่ยวกับการประเมินความต้องการว่า เป็นการสำรวจสิ่งต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ โดยดูว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นอย่างไร ควรจะเป็นอย่างไร และข้อมูลที่ได้มีความสำคัญมากสำหรับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development)

สรุปได้ว่า การวิเคราะห์ความจำเป็นหรือความต้องการในการฝึกอบรม คือ กระบวนการหาข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าอบรม หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนหาสาเหตุ หรือตัวบ่งชี้ที่แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมเป็นวิธีการแก้ปัญหา อุปสรรคขององค์กร หรือสามารถช่วยยกระดับขององค์กรให้มีความสมรรถนะสูงขึ้น นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ยังสามารถนำมาใช้ในการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม

6.1.1 การวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้ประกอบด้วย 4 ชั้น คือ

- 1) การตรวจสอบสภาพความจริงในปัจจุบัน ความต้องการ หรือ ความจำเป็น ปัญหาการเปลี่ยนแปลง เพื่ออนาคต โอกาส ความเข้มแข็ง ทิศทางใหม่
- 2) ระบุบอกถึงความสำคัญและการจัดลำดับความสำคัญ พิจารณาจาก ค่าใช้จ่าย กฎหมาย ประชากร และ ลูกค้า
- 3) ระบุบอกสาเหตุ ปัญหา และ โอกาสต่างๆในองค์กร
- 4) ระบุบอกทางออกที่เป็นไปได้

6.1.2 เทคนิคการสำรวจความต้องการ ได้แก่ การสังเกตโดยตรง แบบสอบถาม การเข้าไปแนะนำ หรือ พูดคุยกับหัวหน้างาน ทดสอบ สัมภาษณ์ ศึกษาจากเอกสาร และการบันทึกเสียง

6.2 การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม (Curriculum Design)

6.2.1 ความหมายของหลักสูตร

อัศวรัตน์ พูลกระจำง (2550 : 30-32) ได้ให้ความหมายของหลักสูตรว่า หมายถึง ข้อกำหนดหรือมวลประสบการณ์ทั้งหลาย ที่ผู้เรียนได้รับการศึกษาร่วมกับผู้อื่นหรือสิ่งอื่นๆ ที่มีระยะเวลาและเนื้อหาสาระที่จัดไว้อย่างแน่นอน ซึ่งหลักสูตรจะประกอบด้วย จุดหมาย แนวทาง วิธีการ และเนื้อหาสาระ เพื่อจัดให้ผู้เรียนมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ทักษะ และพฤติกรรมที่พัฒนาไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

บรรพต สุวรรณประเสริฐ (2547 : 14) ได้ให้ความหมายของหลักสูตรว่า หมายถึง รายการของสิ่งต่างๆที่ผู้เรียนและเยาวชนจะต้องทำและประสบ โดยการพัฒนาความสามารถเพื่อจะทำสิ่งต่างๆให้ดีขึ้น และเหมาะสมสำหรับการดำรงชีวิตในวัยผู้ใหญ่ จะเห็นว่า ความหมายของหลักสูตร ในลักษณะที่เน้นรายวิชาและเนื้อหาสาระ จะเน้นที่การทำกำหนดเค้าโครง หรือ หัวข้อ และ รายละเอียดของเนื้อหาที่จะสอนเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และความหมายของหลักสูตร หมายถึง มวลประสบการณ์ที่โรงเรียนหรือสถานศึกษาจัดให้กับผู้เรียน

จากความหมายของหลักสูตรสรุปได้ว่า หลักสูตรหมายถึง แผนการเรียนรู้หรือกิจกรรมที่กำหนดไว้อย่างเป็นทางการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ทักษะ และเจตคติที่พึงประสงค์ในทุกด้านตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

6.2.2 **สาระสำคัญของหลักสูตร** ประกอบด้วย ชื่อหลักสูตร หน่วยงานที่รับผิดชอบ ความจำเป็นที่จะต้องเปิดหลักสูตร วัตถุประสงค์ของหลักสูตร โครงสร้างหลักสูตร ลักษณะหลักสูตร จำนวนนิสิตที่รับ และจำนวนอาจารย์ประจำหลักสูตร

6.2.3 **โครงสร้างหลักสูตร (Curriculum Structure)** คือ รายละเอียดของตัวหลักสูตร ได้แก่

- 1) เนื้อหา (Content) เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม ซึ่งต้องสร้างและครอบคลุมวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ได้จากการวิเคราะห์งาน
- 2) กิจกรรม (Activity) กระบวนการถ่ายทอดเนื้อหาจากผู้ทำหน้าที่เป็นวิทยากรไปยังผู้เข้าฝึกอบรม โดยการจัดกิจกรรมและประสบการณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าฝึกอบรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
- 3) สื่อการสอน (Media) ใช้สำหรับเป็นเครื่องมือ หรือช่องทางสำหรับการถ่ายทอดของวิทยากรกับผู้เข้าฝึกอบรม และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
- 4) การประเมินผล (Evaluation) ใช้สำหรับวัดผลการฝึกอบรมในภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ใช้สำหรับประเมินประสิทธิภาพของชุดฝึกอบรมด้วย

6.2.4 **การประเมินหลักสูตร (Curriculum Evaluation)**

Wiles and Bondi. (2002 : 166-167) ได้กล่าวถึงการประเมินหลักสูตร โดยยึด วัตถุประสงค์ของการประเมิน วิธีประเมิน และ ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ ได้แบ่งประเภทของการประเมินหลักสูตรออกเป็น 4 ประเภทคือ

- 1) ประเมินเนื้อหา (Context Evaluation) เพื่อกำหนดบริบทการทำงาน ระบุและประเมินความต้องการในบริบทนั้น และวิเคราะห์ปัญหาที่อยู่ในกรอบของความต้องการ โดยการ ศึกษา และวิเคราะห์องค์ประกอบย่อยที่สำคัญของบริบท และเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอยู่และที่คาดหวัง

2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เพื่อระบุและประเมินความสามารถของระบบ ยุทธวิธีการนำปัจจัยนำเข้า และการออกแบบการใช้ยุทธวิธีเหล่านี้ โดยการศึกษาและวิเคราะห์ทรัพยากรมนุษย์และวัตถุ ยุทธวิธีที่นำมาใช้ การออกแบบกระบวนการ รวมทั้งความประหยัดด้วย

3) การประเมินกระบวนการ (Process) เพื่อระบุ หรือ คาดคะเน ข้อบกพร่องที่จะเกิดขึ้นในการออกแบบกระบวนการและการนำไปใช้ และเพื่อเก็บข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน โดยควบคุมปัจจัย หรือ อุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดเวลา

4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูลจากผลผลิตที่ได้กับวัตถุประสงค์และข้อมูลจากบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ โดยการกำหนดเกณฑ์ในการวัดและนำไปเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่มีอยู่

สรุปได้ว่าการประเมินหลักสูตร หมายถึง การพิจารณา เปรียบเทียบและตัดสินใจเกี่ยวกับองค์ประกอบต่างๆ ในระบบหลักสูตร ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร มีความสอดคล้องระหว่างมาตรฐาน ความมุ่งหวัง และการปฏิบัติจริงเพียงใด รวมถึงการพิจารณาว่าหลักสูตรนั้นมีประสิทธิภาพเพียงใดมีผลกระทบอย่างไรบ้าง ทั้งนี้เพื่อจะได้นำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนาหลักสูตรให้ดียิ่งขึ้น

6.3 การพัฒนาหลักสูตร (Curriculum Development)

นักการศึกษาได้ให้ความหมายของการพัฒนาหลักสูตร ไว้ 2 ลักษณะคือ การทำหลักสูตรที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น และ การทำหลักสูตรขึ้นมาใหม่

6.3.1 ความหมายของการพัฒนาหลักสูตร

Taba. (1985 ; อ้างถึงใน ณรงค์ฤทธิ์ โสภากา 2552 : 50) ได้กล่าวไว้ว่า “ การพัฒนาหลักสูตร หมายถึง การเปลี่ยนแปลงปรับปรุงหลักสูตรอันเดิมให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านการวางจุดมุ่งหมาย การจัดเนื้อหาวิชา การเรียนการสอน การวัดผลประเมินผล และอื่นๆ เพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายอันใหม่ที่วางไว้ การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบหรือเปลี่ยนแปลงทั้งหมด ตั้งแต่จุดมุ่งหมายและวิธีการ และการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรนี้จะมีผลกระทบกระเทือนทางด้านความคิดและความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ส่วนการปรับปรุงหลักสูตร หมายถึง การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรเพียงบางส่วนโดยไม่เปลี่ยนแปลงแนวคิดพื้นฐาน หรือรูปแบบของหลักสูตร ”

Saylor and Alexander. (1987 ; ณรงค์ฤทธิ์ โสภากา 2552 : 51) ให้ความหมายว่า “ การพัฒนาหลักสูตร หมายถึง การจัดทำหลักสูตรเดิมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น หรือเป็นการจัดทำหลักสูตรใหม่โดยไม่มีหลักสูตรเดิมอยู่ก่อน การพัฒนาหลักสูตร อาจหมายรวมถึงการสร้างเอกสารอื่นๆ สำหรับนักเรียนด้วย ”

จากความหมายของการพัฒนาหลักสูตรที่นักการศึกษาได้กล่าวไว้ข้างต้น ทำให้สามารถอธิบายสรุปความหมายของการพัฒนาหลักสูตรได้ว่า การพัฒนาหลักสูตร (Curriculum Development) หมายถึง การจัดทำหลักสูตร การปรับปรุง การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรให้ดีขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล และสภาพสังคม

6.3.2 รูปแบบการพัฒนาหลักสูตร

1) รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของ Tabá. (1985) ได้เสนอรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรอย่างเป็นระบบในหนังสือ Curriculum Development : Theory and Practice เป็นวิธีการพัฒนาหลักสูตรที่เน้นวิจากระดับล่างไปสู่ระดับบน หรือ Grass-roots Approach มีขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรที่ใกล้เคียงกับขั้นตอนของเซเลอร์ แต่ต่างกันที่เซเลอร์ค่อนข้างเสนอวิธีการที่เป็นระดับบนสู่ระดับล่าง หรือ Top-down ทาบาเชื่อว่าการพัฒนาหลักสูตรที่เริ่มจากระดับบนหรือการสั่งการของผู้บริหารไม่ใช่วิธีการพัฒนาหลักสูตรที่ดี การพัฒนาหลักสูตรควรเริ่มจากระดับล่าง หรือครูผู้สอนซึ่งเป็นผู้นำหลักสูตร ไปใช้จริง เป็นผู้ที่อยู่ติดกับพื้นฐานจริงมีความเหมาะสมมากกว่าขั้นตอนที่พัฒนาหลักสูตร ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรของทาบา มี 7 ขั้น ดังนี้

- ขั้นที่ 1 การสำรวจความต้องการ นักพัฒนาหลักสูตรหรือครูผู้สอนเป็นผู้สำรวจความต้องการทางการเรียนจากกลุ่มผู้เรียน ทำการวิเคราะห์คุณลักษณะของผู้เรียนแต่ละคน ในด้านข้อมูลพื้นฐาน ข้อบกพร่อง และความแตกต่างระหว่างบุคคล
- ขั้นที่ 2 การกำหนดจุดมุ่งหมาย ภายหลังจากการระบุถึงความต้องการของนักเรียนพร้อมกับวิเคราะห์ลักษณะของผู้เรียนแล้ว ครูผู้สอนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้มากำหนดเป็นจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาหลักสูตรขั้นต่อไป
- ขั้นที่ 3 การเลือกเนื้อหา จุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้จะเป็นแนวทางในการเลือกเนื้อหา ซึ่งเนื้อหาที่คัดเลือกมาจะต้องเหมาะสมและมีความสำคัญกับผู้เรียน
- ขั้นที่ 4 การจัดลำดับเนื้อหาวิชา เมื่อครูได้เนื้อหามาแล้วจะต้องจัดลำดับเนื้อหาวิชาเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เรียน เช่น วุฒิภาวะ ความพร้อม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นต้น
- ขั้นที่ 5 การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ เมื่อจัดลำดับเนื้อหาแล้ว ครูจะทำการเลือกกิจกรรมการเรียนการสอนและวิธีการสอนที่สอดคล้องกับธรรมชาติของเนื้อหาวิชาและสภาพผู้เรียน
- ขั้นที่ 6 การจัดลำดับประสบการณ์ ครูผู้สอนเป็นคนตัดสินใจจัดลำดับกิจกรรมการเรียนรู้โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างผู้เรียน
- ขั้นที่ 7 กำหนดสิ่งที่จะประเมินและวิธีประเมินผล นักพัฒนาหลักสูตรจะช่วยในการตัดสินใจว่ามี จุดมุ่งหมายข้อใดบ้างที่ผู้เรียนได้บรรลุ ส่วนครูผู้สอนจะช่วยในการคัดเลือกเทคนิค วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้เรียน

ทบาทอธิบายเพิ่มเติมว่า หลังจากประเมินหลักสูตรแล้วควรตรวจสอบความสมดุลและความสอดคล้องระหว่างขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร และตรวจสอบความคงที่ขององค์ประกอบที่บรรจุอยู่ในหน่วยเรียน สัดส่วนของกิจกรรมการเรียนรู้ ตลอดทั้งความสมดุลของรูปแบบและกิจกรรมการเรียนรู้

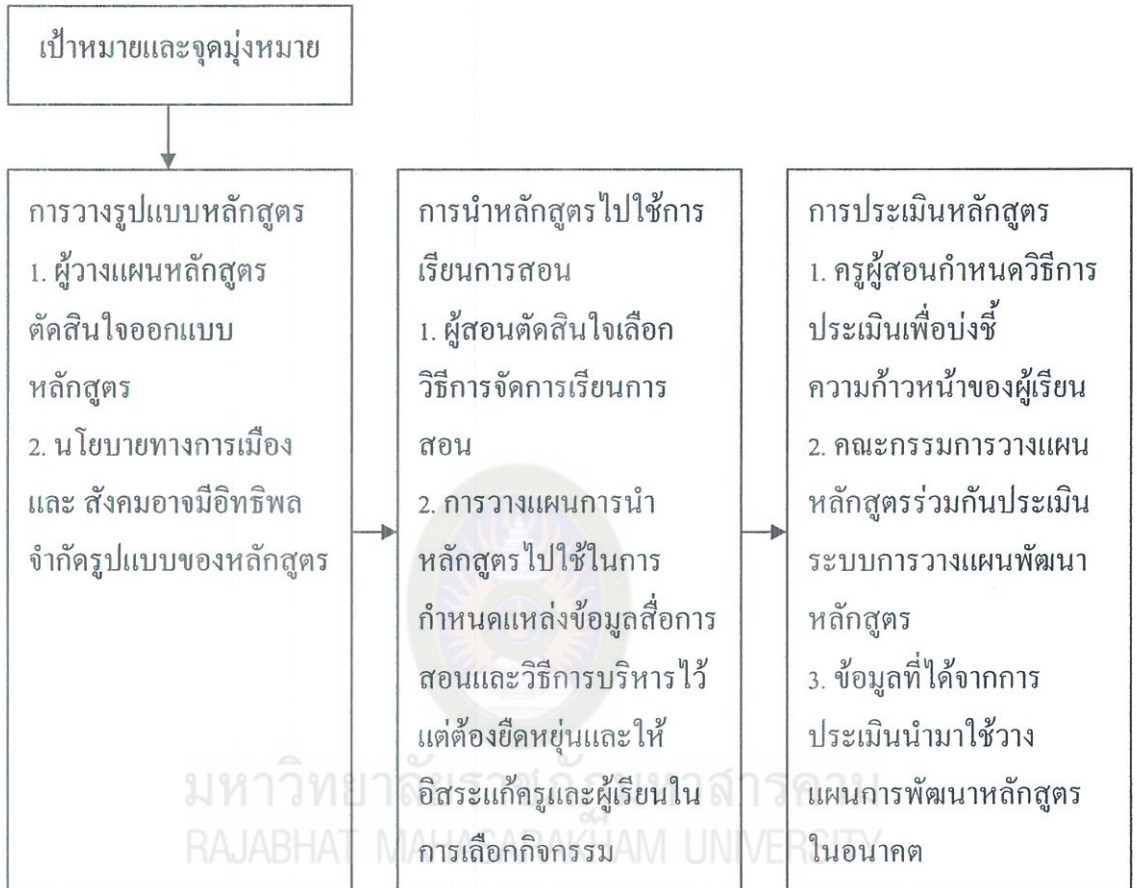


แผนภาพที่ 5 ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร ของ Tabá. (1985)

ที่มา : Ornstein and Hunkins. 1974 ; อ้างถึงใน ณรงค์ฤทธิ์ โสภกา. 2552 : 52)

2) รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของ Saylor and Alexander. (1984) ได้เสนอรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรด้วยวิธีการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบในระบบการพัฒนาหลักสูตร รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรนี้เริ่มจากการกำหนดเป้าหมายของการศึกษาและจุดมุ่งหมายเฉพาะที่ต้องการให้ประสบผลสำเร็จ การกำหนดเป้าหมายทางการศึกษามีสิ่งที่ต้องการ 4 ประการ คือ ข้อมูลการพัฒนาบุคคล ลักษณะทางสังคม ทักษะการแสวงหาความรู้ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เป้าหมายทางการศึกษาและจุดมุ่งหมายเฉพาะจะเป็นแนวทางในการออกแบบหลักสูตรการนำหลักสูตรไปใช้และการประเมินผล ข้อดีของรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรนี้

อยู่ที่การวางแผนพัฒนาหลักสูตรอย่างเป็นระบบ ช่วยให้มีคุณภาพของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรอย่างครบวงจรทั้งระบบการวางแผนหลักสูตร ระบบการนำหลักสูตรไปใช้ และระบบการประเมินผล ซึ่งรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของเซเลอร์ และทาบา จะมุ่งเน้นเฉพาะการวางแผนเป็นสำคัญ



แผนภาพที่ 6 รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของเซเลอร์

ที่มา : Saylor and Alexander. (1984)

3) รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของโอลิวา

Oliva. (1987) ได้เสนอรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรที่มุ่งเน้นถึงความสัมพันธ์ของการออกแบบหลักสูตรและการเรียนการสอนอย่างเป็นขั้นตอน นับว่าเป็นรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรที่กล่าวถึงขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรและการสอนอย่างละเอียดอีกรูปแบบหนึ่ง Oliva. (1976) โอลิวา กำหนดขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรเป็น 13 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปรัชญา จุดมุ่งหมาย และความเชื่อเกี่ยวกับการเรียนรู้
 ขั้นตอนที่ 2 ถึง 4 การวิเคราะห์ความต้องการที่แท้จริงของสังคมและผู้เรียนเพื่อนำมากลั่นกรองให้ได้เป้าหมายและจุดมุ่งหมายเฉพาะของหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 5 การบริหารหลักสูตรและการนำหลักสูตรไปใช้

ขั้นตอนที่ 6 ถึง 9 การกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้และจุดประสงค์การเรียนรู้
 คัดเลือกกิจกรรมและประสบการณ์การเรียนรู้ กำหนดวิธีประเมินผลการเรียน

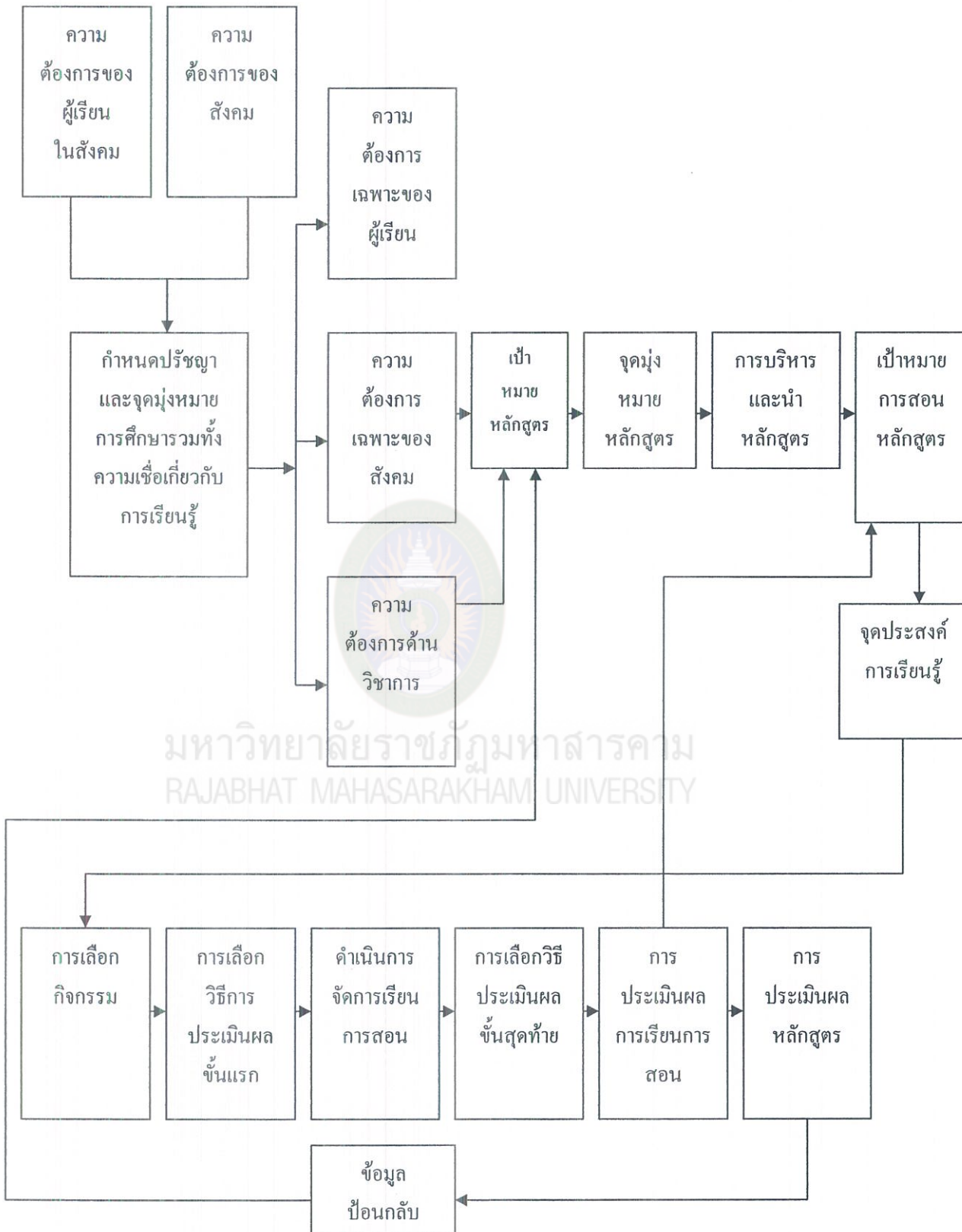
ขั้นตอนที่ 10 การดำเนินจัดการเรียนการสอนตามที่วางแผนไว้

ขั้นตอนที่ 11 ถึง 13 การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนและการประเมินหลักสูตรทั้งระบบ

ข้อดีของรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของโอลิวาอีกประการหนึ่ง คือ การระบุข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงหลักสูตร ช่วยให้มองภาพการพัฒนาหลักสูตรอย่างครบวงจรซึ่งต้องมีการพัฒนาหลักสูตรอยู่ตลอดเวลา

สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบของการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย การสำรวจความต้องการ การกำหนดจุดมุ่งหมาย การเลือกเนื้อหา การจัดลำดับเนื้อหาวิชา การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ การจัดลำดับประสบการณ์การเรียนรู้ และกำหนดสิ่งที่จะประเมินและวิธีการประเมินสามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 7

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
 RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



แผนภาพที่ 7 รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของโอลิว

ที่มา : Oliva. (1976 ; อ้างถึงใน ณรงค์ฤทธิ์ โสภกา. 2552 : 53)

6.4. การฝึกอบรม (Training)

6.4.1 ความหมายการฝึกอบรม

การฝึกอบรม เป็นการพัฒนาบุคคลในองค์กรให้มีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดใหม่ๆ ทักษะต่าง ๆ และเจตคติที่ดี ในการทำงาน และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร ให้มากขึ้นการฝึกอบรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่องค์กรจะต้องจัดให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

อัครรัตน์ พูลกระจ่าง (2550 : 62) ได้ให้ความหมายของการฝึกอบรม คือ กระบวนการสำคัญที่จะช่วยพัฒนาหรือฝึกฝนเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรใหม่ที่จะเข้าทำงานหรือที่ปฏิบัติงานประจำอยู่แล้วในหน่วยงาน ให้มีความรู้ความสามารถ ทักษะหรือความชำนาญ ตลอดจนประสบการณ์ให้เหมาะสมกับการทำงาน โดยมุ่งให้บุคลากรได้รู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะในระยะเวลาสั้น ๆ รวมทั้งก่อให้เกิดทัศนคติหรือเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่องค์กรต้องการ อันจะส่งผลให้บุคลากรแต่ละคนในหน่วยงานหรือองค์กรมีความสามารถ เฉพาะตัวสูงขึ้น มีประสิทธิภาพในการทำงาน ร่วมกับผู้อื่นได้ดี ทำให้หน่วยงานหรือองค์กรมี ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพต่อไป

จากความหมายการฝึกอบรมข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การฝึกอบรมหมายถึง การพัฒนา เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ความเข้าใจ ทัศนคติ ค่านิยม และ ทักษะความชำนาญของบุคคลใน หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หรือ องค์กรใดองค์กรหนึ่ง เพื่อให้บุคคลนั้นๆ สามารถทำงานที่ได้รับ มอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

6.4.2 ความจำเป็นที่ต้องทำการฝึกอบรม

ความจำเป็นในการฝึกอบรมถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้จัดการฝึกอบรมควร ให้ความสนใจและทำความเข้าใจให้ละเอียดอย่างชัดเจน

1) พนักงานใหม่เข้ามาทำงาน จะมีเพียงความรู้ก่อนการทำงาน ซึ่งได้ศึกษาเล่าเรียน มาจากโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย แต่ยังไม่อยู่ในสภาพที่จะปฏิบัติงานในองค์กรที่มี ประสิทธิภาพได้ ต้องมีการสอนงาน อบรมเพื่อปรับความรู้ที่เรียนมาให้นำมาใช้ปฏิบัติงานในองค์กร ได้ เพราะไม่มีสถาบันการศึกษาใด ๆ ที่สามารถผลิตคนให้มีความสามารถที่จะทำงานในองค์กรต่าง ๆ ได้ทันที

2) เพื่อการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าและมีชื่อเสียงขององค์กร ทำให้องค์กรมี ความสมบูรณ์และพร้อมเพื่อการแข่งขัน การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานจึงมีความ จำเป็นที่จะต้องจัดการฝึกอบรมเพื่อสร้างความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพอยู่เสมอ

3) เพื่อรองรับความเจริญก้าวหน้า ขยายกิจการขององค์กร ทั้งการขยายการผลิต การบริการเติบโตกว้างขวาง องค์กรต้องสร้างคนที่มีความรู้ ความสามารถออกไปปฏิบัติหน้าที่

ตลอดจนเตรียมคนเอาไว้เพื่อรับการเลื่อนตำแหน่ง โยกย้าย ลาออก องค์การจึงต้องพร้อมในการฝึกรอบรมและพัฒนา

4) เพื่อพัฒนาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานตลอดเวลา องค์การมีความสลับซับซ้อนบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้ความสามารถ

5) เพื่อพัฒนาพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในองค์กรมาเป็นเวลานาน แม้แต่เดิมจะมีความรู้ความชำนาญ มีความสามารถในขณะหนึ่งเพียงใด แต่เมื่ออยู่กับที่กับงานนาน จะเกิดความจำเจ เมื่อย่ำ เหนื่อยหน่าย ย่อท้อ ท้อถอย ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่มีการเพิ่มเติม เคลื่อนไหว ด้านความรู้ ขวัญ กำลังใจ จำเป็นที่องค์กรต้องจัดให้เข้ารับการเข้าสัมมนา เข้าประชุม เข้ารับการอบรม ในระยะที่เหมาะสมปีละครั้งเป็นอย่างน้อย เป็นลักษณะการอบรมเพื่อการพัฒนาที่เรียกว่า การปัดฝุ่น (Brush Up) หรือเคาะสนิมเป็นครั้งคราว เพื่อเป็นการกระตุ้น บำรุงขวัญในการทำงานที่กำลังใจท้อถอยลง ให้กระฉับกระเฉงขึ้น เป็นการสร้างบรรยากาศในองค์กรให้มีชีวิตจิตใจ บรรยากาศสดใส เพื่อประสิทธิภาพของการอยู่และทำงานร่วมกันในองค์กร

6) เพื่อฝึกรอบรมพนักงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถพิเศษ เช่นงานเทคนิควิชาการ

7) เพื่อแก้ปัญหา และข้อบกพร่องในการบริหารงาน การจัดการแก้ไข ปรับปรุงอย่างเร่งด่วน ปัญหาต่าง ๆ เช่น ผลการทำงานตกต่ำ ผู้ปฏิบัติงานมีความตั้งใจทำงานน้อย อุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้งจนผิดปกติ มีการลาغي ลาป่วย และขาดงานมาก ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานสูงกว่าปกติ งานไม่เสร็จตามกำหนด ถ้าช้าเสียเวลามากเกินควรเป็นต้น การฝึกรอบรมจะช่วยขจัดปัญหาต่าง ๆ ให้ลดน้อยลงหรือหมดไป อุปสรรคและความยุ่งยากในการทำงาน ส่วนหนึ่งจะมีสาเหตุมาจากการที่องค์กรนั้นไม่มีการฝึกรอบรมบุคลากรของตน

สรุปได้ว่า งานฝึกรอบรมจึงมีความจำเป็น และมีความสำคัญต่อองค์กร ไม่ว่าจะเป็นองค์กรเล็กหรือใหญ่ โดยหน่วยงานนั้นจะต้องสามารถจัดโครงการฝึกรอบรมให้ตรง เหมาะสมกับความจำเป็นของตนขึ้นเอง เป็นรูปแบบ เป็นแบบ เป็นแผน เหมาะกับบุคลากร และงบประมาณของตน อุปกรณ์ต่าง ๆ ในบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่จะสามารถทำให้บรรยากาศของการพัฒนามนุษย์ขององค์กรบรรลุเป้าหมาย

6.4.3 ประเภทของการฝึกรอบรม

ประเภทของการฝึกรอบรมนั้น มีวิธีการแบ่งได้หลายอย่าง แตกต่างกันไปซึ่ง อัครรัตน์ พูลกระจำง (2550 : 64-66) ได้ แบ่งการอบรมเป็น 4 ประเภท คือ

1) การฝึกรอบรมก่อนทำงาน (Pre-service Training or Pre-entry Training) หมายถึง การศึกษาวิชาความรู้พื้นฐานในโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย ซึ่งจัดการศึกษาจัดหลักสูตรให้

สนองความต้องการของตลาด เช่น การแพทย์ วิศวกร นักเคมี การศึกษาประเภทนี้ไม่ได้สอนให้นักศึกษาจบออกมาเพื่อทำงานหรือบริการประชาชนโดยตรง แต่สอนเน้นหนักไปในเชิงวิชาการ ทฤษฎี หลักการ เทคนิค ส่วนการทำงานวิธีปฏิบัติดำเนินงานในโรงเรียน สถาบันในชีวิตจริงนั้น เป็นหน้าที่ของหน่วยงานและนักศึกษาต้องไปฝึกปฏิบัติหาประสบการณ์เอาเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็น ปัญหาที่องค์กรต้องจัดการฝึกอบรมให้

2) การอบรมปฐมนิเทศ (Orientation) เป็นการอบรมให้แก่บุคคลที่เข้ามาทำงานใหม่ ยังไม่รู้อะไรที่เกี่ยวกับหน่วยงาน เป็นการแนะนำให้พนักงานที่บรรจุใหม่ได้ทราบเกี่ยวกับ นโยบาย วัตถุประสงค์ ประวัติ กฎ ระเบียบ ความเป็นมาของหน่วยงาน ผู้บริหาร โครงสร้าง การทำงาน สภาพ ของการจ้าง เป็นการขจัดข้อสงสัยต่าง ๆ ของผู้ปฏิบัติงานใหม่

3) การฝึกอบรมก่อนเข้าทำงาน (Induction Training) เป็นการเพิ่มพูนความรู้ความ ชำนาญงานและประสบการณ์เบื้องต้นของงานนั้น โดยเฉพาะเป็นการอบรมด้านเทคนิค หรือวิธี ทำงานเฉพาะเรื่องเฉพาะอย่าง เช่น การใช้เครื่องมือ การควบคุมเครื่องจักร วิธีทำงานที่ถูกต้อง แม่นยำ ตรงตามเป้าหมาย มาตรฐานผลงานสูง ผิดพลาดน้อย ชั้นนี้เรียกว่า Induction ก่อนให้เริ่มลง มือปฏิบัติงานจริง

4) การฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติการหรือประจำการ (In-service Training) เป็นการ จัดการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในหน้าที่ที่ตนทำให้มากยิ่งขึ้น ในขณะที่บุคคลนั้นยังดำรงตำแหน่งอยู่ ไม่ต้องลาออกไปเรียน เป็นการอบรมที่หน่วยงานนั้นเป็นผู้จัด เช่น การอบรมพัฒนาระยะสั้น การสัมมนา การประชุมปฏิบัติการ หมายรวมถึงการเรียนทาง ไปรษณีย์การศึกษาจากตำราเอกสาร การสนทนากับผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นต้น

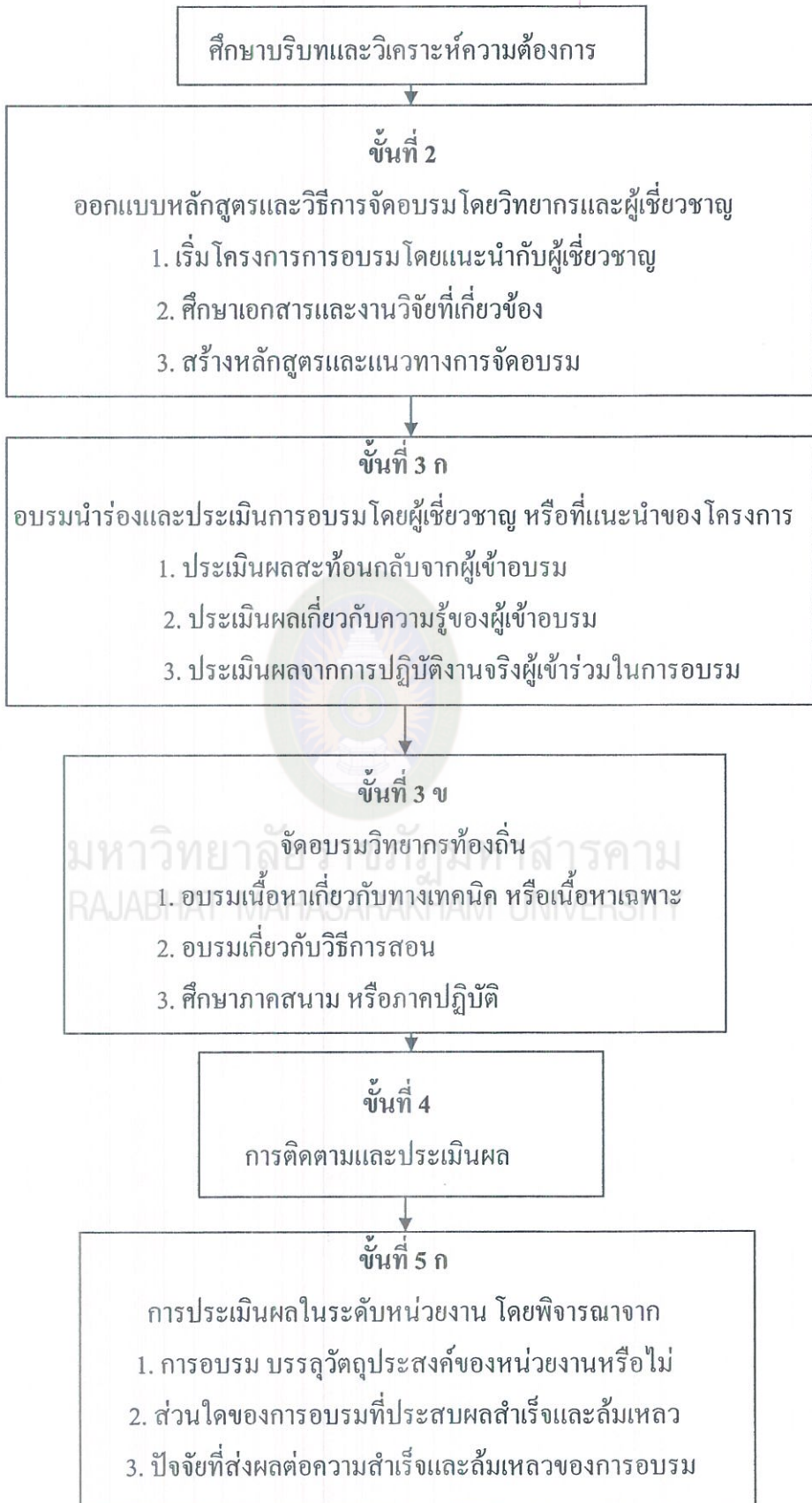
5) การฝึกอบรมเฉพาะเรื่อง เฉพาะสาขา (Specific Training) เป็นการอบรมเทคนิค หรือเป็นการอบรมรายละเอียดเฉพาะเรื่อง ที่จัดทำเป็นพิเศษของหน่วยงาน เพื่อเสริมงานหลักให้ ได้ผลดียิ่งขึ้นเช่น การอบรมเทคนิค “การตรวจการติดเชื้อในรังไข่” “การตรวจตัวอ่อน”

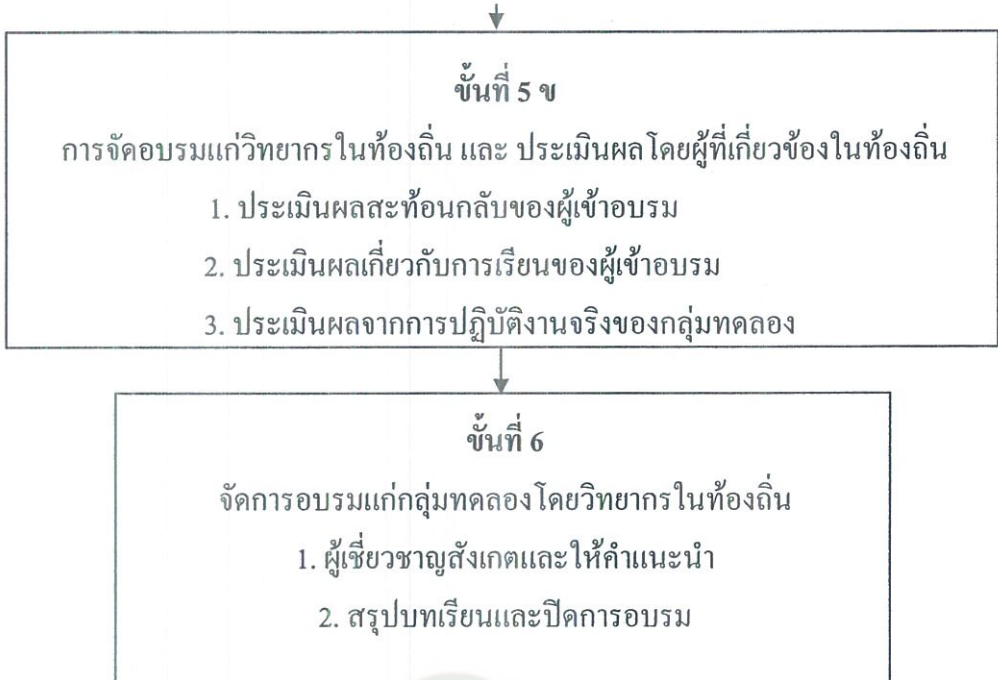
6) การอบรมพิเศษ (Special Training) เป็นการอบรมรายการพิเศษ ที่ นอกเหนือไปจากการอบรมหลักขององค์กรทั้ง 5 ข้อดังกล่าวข้างต้น เช่น การอบรมอาสาสมัคร บรรเทาสาธารณภัย อบรมลูกเสือชาวบ้าน อบรมอาสาภาษา

6.5 รูปแบบของการจัดฝึกอบรม

การอบรมเป็นกระบวนการสำคัญอย่างหนึ่งสำหรับการพัฒนาศักยภาพของทรัพยากร มนุษย์ Weiler. and Harn. (2002 : 64-65) ได้นำเสนอรูปแบบสำหรับการจัดอบรมมีลักษณะที่อย่าง ยั่งยืนในประเทศที่กำลังพัฒนา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1





แผนภาพที่ 8 รูปแบบการจัดอบรมมัคคุเทศก์อย่างยั่งยืน ของ Weiler. and Harn. (1985)

ที่มา : Weiler. and Harn. (2002 : 64-65)

Wallace. (1999: 1-4) ได้นำเสนอ กระบวนการของการอบรมและการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงาน คือการสร้างทักษะเฉพาะสำหรับการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น โดยเน้นที่การแก้ปัญหาของการปฏิบัติงาน รูปแบบการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างเป็นระบบ ที่มีความสัมพันธ์และต่อเนื่องกันนั้นควร ประกอบด้วย 5 ขั้น ดังนี้

1. การวิเคราะห์ (Analysis) คือการวิเคราะห์ความต้องการ (Needs Assessment) เป็นการศึกษาลักษณะของช่องว่างระหว่าง สถานการณ์ปัจจุบันและสถานการณ์ที่ต้องการให้เป็น การวิเคราะห์ความต้องการที่สมบูรณ์ต้องพิจารณาปัจจัยหลายอย่าง เช่น สถานการณ์สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร และอุปสรรค ที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม หรือ องค์กร เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล อาจจะเดี่ยว หรือ กลุ่ม ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสังเกต การสัมภาษณ์ หรือ การใช้เครื่องมือหลายอย่าง การวิเคราะห์ความต้องการมีความสำคัญมากต่อการประเมินผลและการตั้งจุดประสงค์ ของการอบรม

2. จุดประสงค์ (Objectives) การวิเคราะห์ความต้องการ จะทราบผู้ที่จะต้องเข้ารับการอบรม และทักษะ หรือ ความรู้ที่ต้องการพัฒนา จุดประสงค์ เป็นการกำหนดกรอบและสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น สำหรับการออกแบบทางด้านการสอน และช่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมตามที่ต้องการ จุดประสงค์ที่ดีต้อง ระบุชัด สามารถวัดได้ สามารถทำให้เกิดผลสำเร็จได้ เป็นจริงและมีกรอบเวลา

3. การออกแบบ (Design) เป็นการเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมเกี่ยวกับการเรียนการสอน และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีขั้นตอนเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุจุดประสงค์ เขาได้เสนอแนะว่า ผู้เรียนจะเรียนรู้ทักษะได้ดีที่สุดเมื่อเขาได้ฝึกหัดจริงและเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เรียนมาแล้ว หรือ ได้นำความรู้ที่เรียนมาแล้วมาใช้ ส่วนการสื่อสาร มีระบบการสื่อสารที่หลากหลายที่จะนำมาใช้กับการเรียนการสอน เช่น An Electronic Performance Support System (Online Tutorial, Immediate Online Feedback), Distance Learning Via TV Satellite, Teleconference or Web Page. นอกจากนี้ แผนการสอนมีความสำคัญเช่นเดียวกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับ เทคนิคต่างๆที่ จะสร้างแรงจูงใจ สร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ สร้างความสัมพันธ์กับผู้เรียน ให้เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็วและมีความรู้มากขึ้น

4. การส่ง หรือการถ่ายทอด (Delivery) เป็นการนำเอารูปแบบเกี่ยวกับการเรียนการสอนมาใช้ปฏิบัติ จะเกี่ยวข้องกับ การนำเสนอ และ ทักษะต่างๆมากมาย เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการสื่อสาร การสร้างความน่าเชื่อถือ การสร้างอารมณ์ขบขัน การรักษาระยะความเร็ว การปฏิบัติตามแผน คู่มือเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้ให้การอบรมสามารถปฏิบัติตามแผน จัดลำดับกิจกรรมและหัวข้อเรื่องได้อย่างถูกต้อง

5. การประเมินผล (Evaluation) เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการอบรม เพื่อ ประเมินว่าผู้เรียนมีความรู้สักอย่างไรกับประสบการณ์เรียนรู้ที่ได้จากการอบรม การประเมินผลจะพิจารณาจากผลของการประเมินความต้องการของผู้เรียน จากขั้นตอนการประเมินความต้องการ จะช่วยให้ทราบว่า ประเมินใคร ประเมินอะไร จะประเมินอย่างไร และ ใช้เครื่องมืออะไรประเมิน

Chhem. and Eng. (2001 : 1-4) ได้กล่าวถึงการสร้างและใช้หลักสูตรทางการศึกษา เขาได้ให้ความหมายของหลักสูตรว่า เป็นการจัดประสบการณ์เกี่ยวกับการศึกษาที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ ซึ่งการวางแผนเกี่ยวกับหลักสูตร ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ คือ

1. การระบุพันธกิจและความต้องการของคณะวิชา สถาบัน และ ผู้มีผลประโยชน์ร่วมกัน (Identification of The Faculty/Institution's Mission and The Needs of Its Stakeholder) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากที่จะต้องเข้าใจ พันธกิจของคณะวิชา หรือ สถาบันการศึกษา และ ผู้พัฒนาหลักสูตรจะต้องรู้และเข้าใจความต้องการของผู้มีผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น นักศึกษา อาจารย์ ผู้บริหาร รัฐบาล เพื่อตัดสินใจว่า ต้องการสร้างบัณฑิตที่มีคุณสมบัติอย่างไร

2. การวิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน (Needs Assessment of Learners) เป็นขั้นตอนที่จะได้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนของผู้เรียน เกี่ยวกับความรู้ และ ความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน ได้ทราบข้อมูลส่วนตัว และสาเหตุของการลงทะเบียนเรียน เพื่อจะได้ใช้ข้อมูลเหล่านี้ ในการตั้งจุดประสงค์ของหลักสูตร รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญด้วย

3. การตั้งจุดประสงค์ปลายทางและจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ (Establishment of The Curriculum's Goal and Objectives) เป็นขั้นตอนที่จะกำหนด ปรัชญาการสอน และวิธีการเรียนที่มีประสิทธิภาพที่สุด การออกแบบบทเรียน เครื่องมือสำหรับการวัดประเมินผล รวมทั้งวิธีดำเนินการ

4. การเลือกยุทธวิธีเกี่ยวกับการศึกษา (Selection of Educational Strategies) อยู่บนพื้นฐานหลักการ 3 อย่าง คือ วิธีการสอนต้องสอดคล้องจุดประสงค์การเรียนรู้ ใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย สนองตอบความหลากหลายของผู้เรียน และ ความพร้อมของสื่อการเรียนรวมทั้งทรัพยากรมนุษย์

5. การนำหลักสูตรใหม่ไปใช้ (Implementation of The New Curriculum) เป้าหมายของการออกและหลักสูตร ไม่ใช่เป็นการสร้างหลักสูตรที่ดีที่สุดแต่เป็นการออกแบบหลักสูตรที่นำไปใช้แล้วประสบผลสำเร็จ มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการบริหารหลักสูตร ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ แก่บุคลากรในคณะ กระบวนการในการใช้หลักสูตร การจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา หรือ หน่วยงานทางวิชาการที่สูงสุด ขั้นตอนแรกการนำหลักสูตรไปใช้ และมีการวัดผล เพื่อปรับ กระบวนการให้มีความสอดคล้องกับ จุดประสงค์ ปลายทาง วิชา และ หลักสูตร

6. การประเมินเพื่อปรับปรุงหลักสูตร (Evaluation and Feedback to Improve Curriculum) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นเกณฑ์สำหรับการปรับหลักสูตรให้สอดคล้องกับ จุดประสงค์ปลายทาง หรือ พันธกิจของคณะวิชา ความคิดเห็นจากผู้สอน นักศึกษา เป็นข้อมูลที่สำคัญต่อการทำให้ผลลัพธ์เกี่ยวกับการเรียนของนักศึกษาดีขึ้น

สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดฝึกอบรม โดยทั่วไปประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

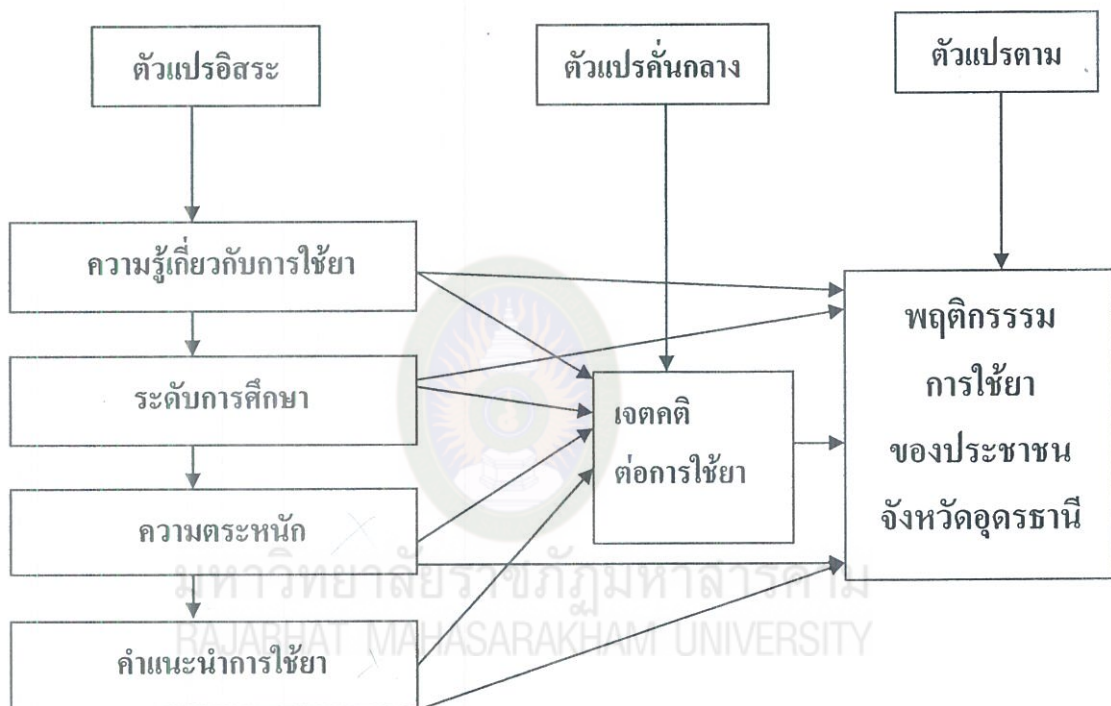
1. การวิเคราะห์ความต้องการ
2. การตั้งจุดมุ่งหมายของการจัดอบรม
3. การออกแบบหลักสูตร
4. การพัฒนาหลักสูตร
5. การนำหลักสูตรไปใช้
6. การประเมินหลักสูตร

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ผู้วิจัยสามารถสรุปจัดกลุ่มตัวแปรอิสระทั้งหมดเป็นกลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ระดับการศึกษา ความตระหนัก

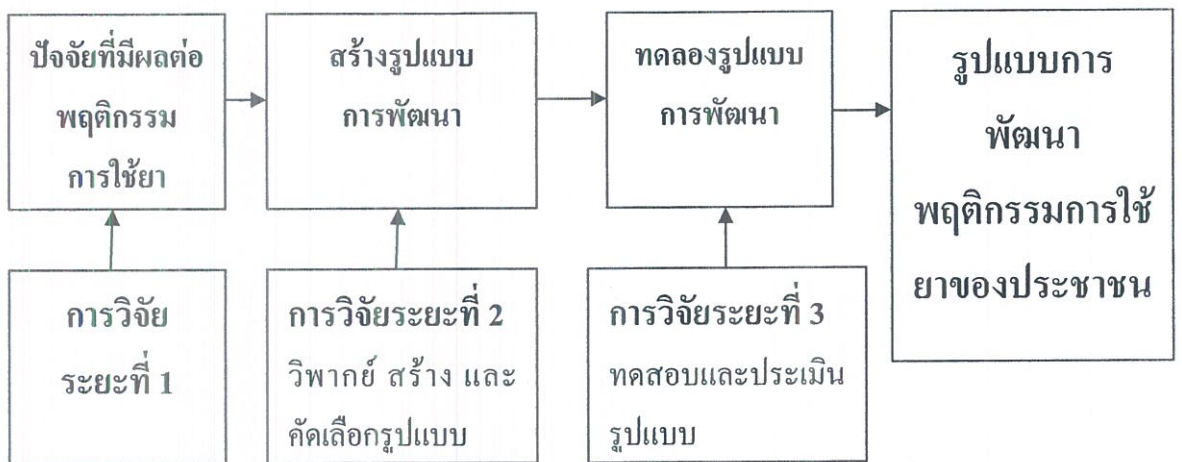
และคำแนะนำในการใช้ยา ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมา เป็นตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเชิงสาเหตุส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน และปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยอาศัยหลักการเหตุผลสัมพันธ์ ลำดับการเกิดก่อนหลังของปัจจัยลักษณะการส่งผลโดยตรงและโดยอ้อม ดังแสดงถึงวิธีการได้มาของตัวแปรอิสระทั้งหมด และสามารถสังเคราะห์กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (Theoretical Conceptual Framework) ได้ดังนี้

กรอบแนวความคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 1

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี สามารถจำแนก กรอบแนวคิดในการวิจัยในการสร้าง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน และทดลองใช้พร้อมกับการประเมิน รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จึงได้แสดงความสัมพันธ์ของการดำเนินการวิจัยที่จะให้ได้ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน กรอบแนวคิดการวิจัยนี้แสดงในแผนภาพที่ 10



แผนภาพที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ของการดำเนินการวิจัยที่จะให้ได้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม
การใช้ยาของประชาชน ในการวิจัย ระยะการวิจัยที่ 2 และ 3



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยทั้งรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Methodology) เพื่อศึกษาหารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของประชาชน โดยได้กำหนดระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย (Qualitative Approach)

ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 1 การศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

การศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 นี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี และจะได้นำผลการศึกษาวิจัยในระยะนี้ ไปสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ประชาชนผู้ที่อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 20 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอกุดจับ อำเภอกุมภวาปี อำเภอไชยวาน อำเภอทุ่งฝน อำเภอนาหว้า อำเภอน้ำโสม อำเภอโนนสะอาด อำเภอบ้านดุง อำเภอบ้านฝาง

อำเภอเพ็ญ อำเภอวังสามหมอ อำเภอศรีธาตุ อำเภอสร้างคอม อำเภอหนองวัวซอ อำเภอหนองแสง อำเภอหนองหาน อำเภอพิบูลย์รักษ์ อำเภอกู่แก้ว และอำเภอประจักษ์ศิลปาคม จำนวน 1,134,823 คน (คณะกรรมการการเลือกตั้ง. สำนักงาน. 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2556)

1.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในเขตจังหวัดอุดรธานี จำนวน 400 คน กลุ่มตัวอย่างกระจายใน 20 อำเภอ และ 1 เทศบาลนคร ของจังหวัดอุดรธานี โดยมีขั้นตอนได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1.2.1 ผู้วิจัยได้ใช้สูตรการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Yamane. (1973 : 727) ดังนี้

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

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ในที่นี้กำหนดไว้ที่ .05

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{1,134,823}{1 + 1,134,823(0.05)^2}$$

$$= 399.56 \text{ คน}$$

จากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการ ใช้สูตร Yamane. (1987) ดังกล่าว ได้หน่วยตัวอย่างประมาณ 400 ราย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเป็น จำนวนหน่วยตัวอย่าง 400 ราย

1.2.2 ผู้วิจัยได้กระจายข้อมูลแยกตามอำเภอ จำนวน 20 อำเภอ 1 เทศบาลนคร โดยใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$\text{จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละอำเภอ} = \frac{\text{จำนวนประชากรผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ในอำเภอนั้น ๆ}}{1,134,823} \times 100$$

จากการคำนวณหน่วยตัวอย่างจำแนกตามอำเภอต่าง ๆ ดังแสดงรายละเอียดไว้ ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างแยกจำนวนตามอำเภอ จำนวนประชากรผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

ลำดับที่	อำเภอ	ชาย	หญิง	รวม	อายุ 18 ปีขึ้นไป	ตัวอย่าง
1	เมือง	128,738	132,190	260,928	191,481	67
2	กุมภวาปี	62,281	62,814	125,095	91,905	32
3	หนองหาน	57,877	57,463	115,340	84,775	30
4	บ้านฝ่อ	54,647	53,841	108,488	79,739	28
5	เพ็ญ	55,996	55,960	111,956	82,288	29
6	บ้านดุง	61,808	61,419	123,227	90,522	32
7	ทุ่งฝน	15,912	15,715	31,627	23,246	8
8	ไชยวาน	19,522	19,210	38,732	28,468	10
9	หนองวัวซอ	31,029	31,074	62,103	45,646	16
10	กุดจับ	32,087	31,740	63,827	46,913	17
11	โนนสะอาด	24,545	24,477	49,022	36,031	13
12	ศรีธาตุ	24,482	23,935	48,417	35,586	13
13	น้ำโสม	29,030	28,427	57,457	42,231	15
14	สร้างคอม	14,486	14,211	28,697	21,092	7
15	วังสามหมอ	29,060	28,131	57,191	42,031	15
16	หนองแสง	13,528	13,100	26,628	19,572	7
17	พิบูลย์รักษ์	12,154	12,113	24,267	17,836	6
18	ประจักษ์ศิลปาคม	12,565	12,390	24,955	18,342	6
19	กู่แก้ว	11,085	10,813	21,898	16,094	6
20	นาขุขันธ์	13,765	13,218	26,983	19,833	7
21	เทศบาลนครอุดรฯ	67,173	70,775	137,948	101,192	36
	รวม	771,770	773,016	1,544,786	1,134,823	400

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง จังหวัดอุดรธานี (17 ก.ค. 2556) : <http://www2.ect.go.th/>

1.2.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มแบบระดับชั้น (Stratified Random Sampling) โดยกำหนดสัดส่วนจำแนกตามเขตอำเภอ จำนวน 20 อำเภอ และ 1 เทศบาลนคร แล้วทำการสอบถามประชากรที่มีอายุ 18 ขึ้นไป จำนวน 400 คน

1.3 การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) มีขั้นตอน ดังนี้ (รังสรรค์ สิงห์เลิศ. 2551 : 79-80)

1.3.1 คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอ ทั้ง 20 อำเภอ และ 1 เทศบาลนคร

1.3.2 จัดเรียงบัญชีรายชื่อของประชาชน ซึ่งเป็นการแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย โดยแบ่งสัดส่วนจำนวนตามที่ได้แบ่งเป็นระดับอำเภอ และตำบล

1.3.3 หาช่วงของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/n$

เมื่อ I = ช่วงของการเลือกตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

1.3.4 สุ่มตัวอย่างอย่างสุ่มเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้น (Random Start = r) ของตัวอย่าง

1.3.5 เมื่อได้ตำแหน่งเริ่มต้นแล้วเลือกตัวอย่างโดยใช้ช่วงของการเลือกตัวอย่างที่ได้จากข้อ 1.3.3 และทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบต่อเนื่องในลำดับถัดไปของแต่ละอำเภอจนครบตามจำนวน และดำเนินการไปเรื่อย ๆ จนได้ขนาดตัวอย่างครบ จำนวน 400 ตัวอย่าง

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดอุดรธานี ได้แก่

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

2.1.2 ความตระหนัก

2.1.3 ระดับการศึกษา

2.1.4 คำแนะนำการใช้ยา

2.2 ตัวแปรคั่นกลางซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุและผล ได้แก่ ด้านเจตคติต่อการใช้ยา

2.3 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ คือพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดอุดรธานี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยระยะที่เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับใช้และพัฒนาจากแบบสอบถามที่มีนักวิชาการทำการศึกษาไว้แล้วบางส่วนโดยนำเครื่องมือวัดนั้นมาปรับข้อความเพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทที่ทำการศึกษาในครั้งนี้และมีเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ในส่วนของการวัดปัจจัยด้านต่างๆ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 เครื่องมือวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเป็นแบบทดสอบ (Test) แบบให้เลือกตอบว่าใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อคำถาม

3.2 เครื่องมือวัดด้านระดับการศึกษาเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบแบบ Check list ในตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.3 เครื่องมือวัดด้านความตระหนักเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อคำถาม

3.4 เครื่องมือวัดคำแนะนำในการใช้ยา เป็นให้เลือกตอบแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อคำถาม

3.5 เครื่องมือวัดด้านเจตคติเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อคำถาม

3.6 เครื่องมือวัดพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อคำถาม

4. วิธีในการสร้างเครื่องมือ

4.1 การสร้างเครื่องมือ

ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งการสร้างเครื่องมือดังกล่าวมีรายละเอียด ดังนี้

4.1.1 ศึกษาทบทวนทฤษฎี แนวคิดที่เกี่ยวกับการปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี อันได้แก่ ตัวแปรที่ได้จากการศึกษาเอกสารวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ จากการศึกษาคุณภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1.2 สร้างแบบสอบถามตามรูปแบบเนื้อหาที่ได้ศึกษาไว้ พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาเบื้องต้น โดยผู้วิจัย

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

5.1 เครื่องมือวัดทุกฉบับผ่านการพิจารณาด้านเนื้อหาความหมาย และการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุมตามโครงสร้างของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อความถามกับขอบเขตของความรู้ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย (Index of Congruence : IOC) โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และด้านการสาธารณสุขตรวจสอบจำนวน 3 ท่านคือ

5.1.1 ดร.สุนันท์ สาคร ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากคาด อำเภอปากคาด จังหวัดหนองคาย วุฒิการศึกษา ปรัชญาคุณฤๅ ปร.ค. (ยุทธศาสตร์การพัฒนามุมภาค) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาสาธารณสุขศาสตร์

5.1.2 ดร.ไชยเรศ บัวใหญ่รักษา ผู้อำนวยการโรงเรียน วุฒิการศึกษา ปรัชญาคุณฤๅบัณฑิต ปร.ค. (ยุทธศาสตร์การพัฒนามุมภาค) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลและวัดผลการวิจัย

5.1.3 ดร.แดนวิชัย สายรักษา ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาวิจัยยุทธศาสตร์ลุ่มน้ำโขง วุฒิการศึกษา ปรัชญาคุณฤๅบัณฑิต ปร.ค. (ยุทธศาสตร์การพัฒนามุมภาค) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาด้านพฤติกรรมศาสตร์

โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนน ดังนี้

+ 1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด

0 เมื่อไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด

หรือไม่

- 1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อคำถามไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม
 $\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
 N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ตัวอย่างข้อคำถาม ข้าพเจ้ามอบหมายงานให้ผู้ร่วมงานได้อย่างเหมาะสม ตามความรู้ความสามารถของแต่ละคน

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 + 1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นถามได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 + 1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นถามได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 + 1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นถามได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด
แทนค่าจากสูตร กรณีผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มีความเห็นตรงกันว่า ให้ข้อคำถาม
เป็นตัวแทนของลักษณะพฤติกรรม

$$IOC = \frac{3}{3} = 1$$

จากตัวอย่าง สามารถคำนวณค่า IOC ของข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 1 ซึ่งผู้วิจัย ได้แสดง
ค่าข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งควรมีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.67 – 1.00 จากนั้นคัดเลือกข้อ
คำถามที่มีค่าดัชนี IOC มากกว่า 0.67 เพื่อนำเอาเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-Out) กับ ประชาชน
จำนวน 40 คน ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งไม่ได้ถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
(รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ง.)

5.2 ในแบบสอบถาม ด้านความรู้เรื่องการใช้ยา เป็นแบบทดสอบความรู้ การหาค่าความ
เชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ จะใช้ค่า K- R 20 ตามวิธีของ Kude. and Richardson. (1937 : 154)
ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.824 และมีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของ
แบบสอบถามเป็นรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.453 ถึง 0.807 ซึ่งนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ ค่าอำนาจ
จำแนกของแบบสอบถามที่พอเหมาะในการนำไปใช้ คือ 0.20 ถึง 1.00 (รังสรรค์ สิงหเลิศ, 2551 :
146) ในส่วนของค่าความยาก (Difficulty) มีค่าความยากรายข้ออยู่ระหว่าง 0.421 ถึง 0.760 ค่า
ความยากของแบบสอบถามที่พอเหมาะที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ คือ 0.20 ถึง 0.80
(รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ง.)

5.3 ในแบบสอบถาม อันประกอบด้วย ด้านความตระหนัก ด้านคำแนะนำการใช้ยา
ด้านเจตคติในการใช้ยา และด้านพฤติกรรมการใช้ยา เป็นแบบทดสอบแบบ Rating Scale
การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
(Alpha Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach. (1970 : 161) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้
ด้านความตระหนักได้เท่ากับ 0.8102 ด้านคำแนะนำการใช้ยา ได้เท่ากับ 0.8019 ด้านเจตคติในการใช้
ยาได้เท่ากับ 0.8285 ด้านพฤติกรรมการใช้ยาได้เท่ากับ 0.8547 และด้านความเชื่อมั่นภาพรวมได้ค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8236 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่สูง สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้
(รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ง.)

6. รายละเอียดของเครื่องมือวัดแต่ละตัวแปร

6.1 เครื่องมือวัดความรู้

ในการวัดตัวแปรความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัด
อุดรธานี ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือวัดของ กิตติมา ฉวีภักฎยากุล และคณะ (2548 :13)

และ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ (2549 : ก) มาประยุกต์ใช้ซึ่งครอบคลุมคุณสมบัติของความรู้ในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ตาม โครงสร้างที่กำหนดไว้ (Structural Interview) หัวข้อพฤติกรรมการใช้ยา แหล่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับยา ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยานิรภัยรับประทาน ได้แก่ วิธีการใช้ยา การใช้ยาร่วมกับยาอื่น ประโยชน์ของยา และข้อควรระวังในการใช้ยา ข้อคำถาม ชนิด 5 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดในแต่ละข้อ ว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่

การแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโดยใช้สถิติพรรณนาหาจำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยเลขคณิตส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดเกณฑ์ให้คะแนนมีดังนี้ตอบถูกได้ 1 คะแนนตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตัวอย่างข้อคำถาม

1. พงเกลือแร่ใช้ในกรณี มีอาการท้องเสีย ท้องร่วง

(.....) ใช่ (.....) ไม่ใช่

6.2 เครื่องมือวัดความตระหนัก

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามวัดความตระหนักในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดอุดรธานี โดยปรับใช้แบบสอบถามของ สุภร เต็มทรัพย์ (2552 : 134) มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อโดยครอบคลุมในหัวข้อ ใช้ยาให้ถูกกับโรค ใช้ยาให้ถูกขนาด ใช้ยาให้ถูกวิธี ใช้ยาให้ถูกเวลา ใช้ยาให้ถูกคน ใช้ยาให้ครบระยะเวลา

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความเชิงบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 5 ถึง 1 จากการตอบ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด”หากเป็นข้อความเชิงลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

ตัวอย่างข้อคำถาม

ก. ท่านคำนึงถึงการให้ยาให้ถูกเวลามากน้อยเพียงใด

.....มากที่สุดมากปานกลางน้อยน้อยที่สุด

6.3 เครื่องมือวัดระดับการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดระดับการศึกษา โดยนับจากจำนวนปีที่เข้าศึกษาทั้งหมดจนจบการศึกษาระดับสูงสุด คือ ระดับการศึกษาประถมศึกษา ได้ 1 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นได้ 2 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และ ปวช. ได้ 3 ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ได้ 4 ระดับปริญญาตรีได้ 5 และ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ได้ 6 มาเป็นกรอบในการวัดระดับการศึกษาในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 6 ระดับ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ท่านได้รับการศึกษาอยู่ในระดับใด

- (1) ระดับประถมศึกษา
- (2) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
- (3) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และ ปวช.
- (4) ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- (5) ระดับปริญญาตรี
- (6) ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

6.4 เครื่องมือวัดการได้รับคำแนะนำการใช้ยา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดการได้รับคำแนะนำการใช้ยาของประชาชน ซึ่งมีผู้ที่เคยสร้างเครื่องมือวัดไว้แล้วนำมาปรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องวัดของ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2551 : 542) ข้อคำถาม 10 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

1.ท่านได้รับทราบข้อมูลชื่อยาทุกครั้ง เมื่อได้รับยาจากห้องยา

.....มากที่สุด.....มาก.....ปานกลาง.....น้อย.....น้อยที่สุด

6.5 เครื่องมือวัดเจตคติ

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยปรับใช้เครื่องมือของ ชีรวุฒิ เอกะกุล (2550 : 37) มาใช้ในการวิจัยโดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือมากที่สุด(5) มาก(4) ปานกลาง(3) น้อย(2) น้อยที่สุด(1)

เกณฑ์การให้คะแนนเมื่อเป็นข้อความเชิงบวกผู้ตอบจะได้คะแนน 5 ถึง 1 จากการตอบ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” หากเป็นข้อความเชิงลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

ตัวอย่างข้อคำถาม

1. เมื่อท่านมีอาการป่วยจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาถึงแม้ว่าจะยุ่งยากหลายขั้นตอนก็ตาม

.....มากที่สุด.....มาก.....ปานกลาง.....น้อย.....น้อยที่สุด

6.6 เครื่องมือวัดพฤติกรรมการใช้ยา

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด(5) มาก(4) ปานกลาง(3) น้อย(2) น้อยที่สุด(1)

เกณฑ์การให้คะแนนเมื่อเป็นข้อความเชิงบวกผู้ตอบจะได้คะแนน 5 ถึง 1 จากการตอบ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” หากเป็นข้อความเชิงลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

ตัวอย่างข้อคำถาม

1. ท่านเคยซื้อยารับประทานเอง

.....มากที่สุด.....มาก.....ปานกลาง.....น้อย.....น้อยที่สุด

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

7.1 ขออนุญาตขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เพื่อติดต่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจอนุญาตให้เก็บข้อมูลในระดับอำเภอตำบล และหมู่บ้าน

7.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแล้วผู้วิจัยขอเข้าพบบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลการวิจัยของอำเภอเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และความสำคัญของการวิจัยรวมถึงวิธีการตอบคำถามและการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแล้วนำแบบสอบถามมอบผู้ประสานงานเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 สัปดาห์และติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้รับคืนอีก 2 สัปดาห์รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 4 สัปดาห์

8. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

8.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

8.1.1 นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

8.1.2 เมื่อตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส

8.1.3 ควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูล โดยทำการบันทึก 2 ครั้ง จัดเก็บข้อมูลเป็นข้อมูล 2 แห่ง จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล ด้วยการนำข้อมูลทั้ง 2 แห่งมาทำการ Validate Data ด้วยโปรแกรม ไมโครซอฟท์เอ็กเซลล์ ตรวจสอบความเป็นไปได้ และความ

สอดคล้องของข้อมูล หากพบข้อผิดพลาด เช่น พบข้อมูลที่ไม่มีในแบบสอบถาม หรือพบค่าของข้อมูลที่ไม่น่าจะเป็นไปได้ ก็ดำเนินการแก้ไขโดยตรวจสอบกับแบบสอบถามให้ข้อมูลมีความถูกต้องสมบูรณ์

8.1.4 ทดสอบการแจกแจงข้อมูลทางสถิติ (Normality) ตามข้อกำหนดทางสถิติวิเคราะห์ (Assumption)

8.1.5 จากนั้นนำไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

9. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

9.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

9.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean)

2) ระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล ระดับความรู้ ระดับเจตคติ ระดับคำแนะนำการใช้ยา ระดับการรับรู้วิธีการใช้ยา ระดับการใช้ยาที่ถูกต้อง และระดับการใช้ยาอย่างถูกวิธีของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยวิธีพรรณนา การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

9.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ใช้สถิติ สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) โดยใช้โปรแกรม LISREL Karl. and Sorbom. 1998 : 70 ; อ้างถึงใน ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. 2543) เพื่ออธิบายอิทธิพลเส้นทาง (Path Analysis) หรือปัจจัยเชิงสาเหตุสมการเชิงเส้นอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของตัวแปรต้น และตัวแปรต้นกลางที่ส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อตัวแปรตาม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significance .05)

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัด อุดรธานีร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย

2.1 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีหรือผู้แทน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน) ตัวแทนจากร้านขายยาในจังหวัดอุดรธานี และอำเภอน้ำโสม ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 คือ แนวทางในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ที่ผู้วิจัยได้นำผลจากการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 มาสร้างขึ้นเป็นร่างรูปแบบเพื่อใช้ในการพิจารณาในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ พนักงานเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้วิพากษ์รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลและการสร้างรูปแบบการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ชาย โพธิ์สิตา, 2552 : 359) มีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอดข้อความในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 นำมาจัดกลุ่ม (Grouping) สร้างเป็นร่างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ใช้เป็นร่างในการพิจารณา

2.3.2 จัดการประชุมปฏิบัติการ (Workshops) โดยการนำรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น มานำเสนอที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) โดยเน้นกับกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ใช้เวลาในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน ในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันวิพากษ์รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และนำเสนอข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะในการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) ของตัวเองมาสรุปและอภิปรายผลทั้งหมดในที่ประชุมใหญ่ร่วมกันพิจารณา (Brain Storming) และนำผลการเสนอแนะมาปรับปรุงเป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีให้สมบูรณ์ขึ้น

2.3.3 นำรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีที่ได้จากการประชุมปฏิบัติการ (Workshops) ที่ได้ปรับปรุงแล้ว นำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบคัดเลือกกิจกรรม จำนวน 3 ท่าน ด้วยการให้คะแนนความเหมาะสม 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย(4) ไม่แน่ใจ(3) ไม่เห็นด้วย(2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(1) และเลือกรูปแบบกิจกรรมที่มีค่าคะแนนความเห็นชอบตั้งแต่ 3.51 - 5.00 และพัฒนาปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้สมบูรณ์ ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

3.1 กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองที่ใช้ในการศึกษาวิจัยระยะที่ 3 คือ ประชาชนในพื้นที่อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 36 คน โดยคัดเลือกจาก 7 ตำบล 2 เทศบาลตำบล แห่งละ 4 คน ที่มีความประสงค์เข้าร่วมการทดลอง และเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ จึงทำให้สะดวกต่อการเก็บข้อมูลและการเฝ้าสังเกตการณ์

3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 2

3.2.2 ตัวแปรตาม คือ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน และตัวแปรอิสระในการวิจัยระยะที่ 1 ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 แบบทดสอบก่อนการทดลอง

3.3.2 ผลการปฏิบัติตามมาตรการจริง

3.3.3 แบบทดสอบหลังการทดลอง

3.4 วิธีการดำเนินการ

การดำเนินการประเมินรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ในขั้นตอนนี้ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบ One – Group Pretest – Posttest Design ซึ่งมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

O₁-----X-----O₂

เมื่อ O₁ แทน การทดสอบก่อนการทดลอง

X แทน การทำการทดลอง

O₂ แทน การทดสอบหลังการทดลอง

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. เลือกกลุ่มทดลองในการดำเนินการทดลองรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนทดลองกับกลุ่มทดลอง เป็น Pretest
3. ใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ในกลุ่มทดลอง
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังทดลองกับกลุ่มทดลอง เป็น Posttest
5. วิเคราะห์ข้อมูลแล้วสรุปผลการทดลอง

3.5 การประเมินผลรูปแบบ

การประเมินรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เป็นการศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 เป็นการนำรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ที่ปรับปรุงแล้วทดลองใช้กับกลุ่มทดลองได้แก่ ประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เป็นการประเมินก่อนและหลังทดลอง (Pretest and Posttest) กำหนดระยะเวลาห่าง 3 เดือน และนำผลการทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษาระยะที่ 3 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรตามแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Multivariate Analysis of Variance : Repeated Measures ; MANOVA)

กระบวนการวิจัยรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 1 การวิจัย

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ 1.ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา 2. ระดับการศึกษา 3.ความตระหนัก 4.คำแนะนำการใช้ยา

ตัวแปรคั่นกลาง ได้แก่ เจตคติต่อการใช้ยา

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชน ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป

สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติวิเคราะห์ ทดสอบสมมติฐานในการวิจัยใช้ การวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model:SEM) เพื่ออธิบาย

อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยกำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 (Level of Significance .05)

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบ

การสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ได้แก่ เจ้าหน้าที่จาก สสจ., สสอ. ตัวแทนร้านขายยา จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

เพื่อใช้เป็นคู่มือในการพิจารณา

การรวบรวมข้อมูล ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) และใช้การ

กระบวนการระดมสมอง (Brain Storming)

ระยะที่ 3 การวิจัยและพัฒนา

การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

กลุ่มเป้าหมาย (Target Groups) ได้แก่ ประชาชนในอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี จำนวน 36 คน

การรวบรวมข้อมูล การวิจัยระยะที่ 3 ใช้รูปแบบการพัฒนาที่สร้างขึ้นในระยะที่ 2 ทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง ประมาณ 2 เดือน

และการเก็บข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนทดลอง รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองก่อนทดลอง (Pretest)

ระยะที่ 2 ขณะทดลอง การรวบรวมข้อมูลและใช้การสังเกต

ระยะที่ 3 หลังทดลอง รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองหลังทดลอง (Posttest)

และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนหลังการทดลองด้วย MANOVA (Repeated Measure Multivariate Analysis of Variance :

MANOVA)

แผนภาพที่ 11 แสดงขั้นตอนการวิจัยทั้ง 3 ระยะ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ และนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 3 ผลการทดลองและประเมินผล รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

1. ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานีในระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี โดยตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมการใช้ยาของ ประชาชนในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ได้รับอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมจาก ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการ ใช้ยา ด้านระดับการศึกษา ด้านความตระหนัก ด้านคำแนะนำการใช้ยา และด้านเจตคติต่อการ ใช้ ยา

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยได้นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่กระจายอยู่ในพื้นที่ทั้ง 20 อำเภอ ของจังหวัดอุดรธานี จำนวน 400 คน สรุปผลการวิจัยในระยะที่ 1 ดังต่อไปนี้

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยได้นำ แบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ซึ่งคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถาม มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลด้านคุณลักษณะทั่วไป (n=400)	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	102	25.50
หญิง	298	74.50
รวม	400	100
2. อายุ (ปี)		
กลุ่มอายุ ต่ำกว่า 25 ปี	52	13.00
กลุ่มอายุ 26-35 ปี	136	34.10
กลุ่มอายุ 36-45 ปี	41	10.60
กลุ่มอายุ 46-55 ปี	171	42.30
Min=18 ปี, Max=55 ปี, $\bar{X}=38$ ปี		
รวม	400	100
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	128	32.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	55	13.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย และ ปวช.	73	18.30
อนุปริญญา และ ปวส.	42	10.50
ปริญญาตรี	52	13.00
สูงกว่าปริญญาตรี	50	12.50
รวม	400	100
4. รายได้ของครอบครัว		
น้อยกว่า 5,000 บาท	223	55.80
อยู่ระหว่าง 5,001 ถึง 10,000 บาท	22	5.50
อยู่ระหว่าง 10,001 ถึง 15,000 บาท	14	3.50
อยู่ระหว่าง 15,001 ถึง 20,000 บาท	47	11.80
มากกว่า 20,000 บาท	94	23.50
รวม	400	100

ข้อมูลด้านลักษณะทั่วไป (n=400)	จำนวน	ร้อยละ
5. สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)	242	60.50
ประกันสังคม	24	6.00
ข้าราชการ และ รัฐวิสาหกิจ	33	8.30
ประกันสุขภาพเอกชน	101	25.30
รวม	400	100

จากตารางที่ 5 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอุดรธานี จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 74.50 เป็นเพศชายร้อยละ 25.50 ในด้านอายุพบว่า อายุที่ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุดคือ 18 ปี อายุผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดคือ 55 ปี กลุ่มอายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 46 ถึง 55 ปีร้อยละ 42.30 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 26 ถึง 35 ปี ร้อยละ 34.10 น้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 36 ถึง 45 ปีร้อยละ 10.60 และมีอายุเฉลี่ย 38 ปี ในกลุ่มระดับการศึกษา พบว่า ส่วนมากเรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.00 รองลงมาคือ จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และ ปวช ร้อยละ 18.30 และต่ำสุดคือ จบระดับอนุปริญญา และ ปวส ร้อยละ 10.50 ในกลุ่มระดับรายได้ในครอบครัว พบว่า กลุ่มระดับรายได้ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดคือ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 55.80 รองลงมาคือ กลุ่มระดับรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 23.50 และต่ำสุดคือ กลุ่มระดับรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 3.50 และในกลุ่มสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดคือ ผู้ที่มีบัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 60.50 รองลงมาคือ ผู้ที่มีประกันสุขภาพเอกชน ร้อยละ 25.30 และต่ำสุดคือ ผู้ที่มีประกันสังคม ร้อยละ 6.00

1.2 การตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การทดสอบสมมติฐานในการตรวจสอบตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างโดยใช้โปรแกรม LISREL

ผู้วิจัย ได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) เพื่ออธิบายอิทธิพลเส้นทาง (Path Analysis) หรือปัจจัยเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต้น ตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อตัวแปรตาม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significance .05) โดยการเริ่มจากการกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย การกำหนดข้อมูลจำเพาะตามรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของแบบจำลองสมมติฐานการวิจัยการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ การตรวจสอบเงื่อนไขที่กำหนดของการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง และในการตรวจสอบความตรงของแบบจำลองสมมุติฐานการวิจัย รวมถึงการปรับแบบจำลองและทดสอบความตรงตามข้อกำหนด จนแบบจำลองสมมุติฐานการวิจัยมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แล้วสรุปแปรความหมายผลการวิเคราะห์โดยการจำแนกค่าอิทธิพลเชิงสาเหตุออกเป็นอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลโดยรวมของตัวแปรตามรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อ พฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนจังหวัดอุดรธานี และผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์แทนตัวแปรและค่าสถิติต่าง ๆ ดังนี้

1.2.1 สัญลักษณ์ใช้แทนตัวแปร

BEHAVIOR	แทน	พฤติกรรมการใช้จ่าย
KNOW	แทน	ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่าย
EDUCAT	แทน	ด้านระดับการศึกษา
AWARENES	แทน	ด้านความตระหนัก
SUGGEST	แทน	ด้านคำแนะนำการใช้จ่าย
ATITTU	แทน	ด้านเจตคติต่อการใช้จ่าย

1.2.2 สัญลักษณ์ที่ใช้แทนค่าสถิติ

\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
SKEWNESS	แทน	ค่าความเบ้ (Skewness)
KURTOSIS	แทน	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation coefficient)
R^2	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณยกกำลังสอง (Square multiple correlation) หรือสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of Determination)
χ^2	แทน	ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square)
df	แทน	องศาอิสระ (Degree of Freedom)
GFI	แทน	ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index)
AGFI	แทน	ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index)

RMSEA	แทน	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root Mean Square Error of Approximation)
RMR	แทน	ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ (Root Mean Square Residual)
CN	แทน	ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤต (Critical N)
DE	แทน	อิทธิพลทางตรง (Direct Effects)
IE	แทน	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effects)
TE	แทน	อิทธิพลรวม (Total Effects)

ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้โปรแกรม LISREL คือ ลักษณะการกระจายของข้อมูลต้องกระจายแบบโค้งปกติ ทุกตัวแปรจะต้องมีค่า ความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ไม่เกิน ± 1 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ทำการตรวจสอบค่าความเบ้ และค่าความโด่ง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปร

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าสถิติความเบ้ (Skewness)	ค่าสถิติความโด่ง (Kurtosis)
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	6.6750	2.01855	0.417	-0.797
2. ด้านระดับการศึกษา	2.9625	1.78158	0.388	-0.918
3. ด้านความตระหนัก	3.2365	0.50433	-0.552	-0.581
4. ด้านคำแนะนำการใช้ยา	2.0920	0.30826	0.484	-0.313
5. ด้านเจตคติต่อการใช้ยา	3.2808	0.83517	0.165	-0.333
พฤติกรรมการใช้ยา	3.2420	0.66337	-0.305	0.940

จากตารางที่ 6 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งการทดสอบคุณลักษณะของข้อมูลในการกระจายของข้อมูลว่าเป็น โค้งปกติหรือไม่ ด้วยการทดสอบค่าสถิติความเบ้ (Skewness) และทดสอบค่าสถิติความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรทั้ง 6 ตัวจะเห็นว่า มีค่าไม่เกิน ± 1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าข้อมูลทั้งหมดมีการกระจายของข้อมูลเป็น โค้งปกติ สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปได้

การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร

การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ เพื่อเป็นการทดสอบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกันหรือไม่ ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรเชิงสาเหตุ ได้แก่ ตัวแปร ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (KNOW) ด้านระดับการศึกษา (EDUCAT) ด้านความตระหนัก(AWARENES) ด้านคำแนะนำการใช้ยา (SUGGEST) และ ด้านเจตคติต่อการใช้ยา (ATITTU) มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.075 ถึง 0.407 ซึ่งพบว่าไม่มีตัวแปรคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูงเกิน 0.85 ขึ้นไป ถือว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองสูงเกินไป (Multicollinearity) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปร

ตัวแปร (Variables)	กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)					
	BEHAVIOR	KNOW	EDUCAT	AWARENES	SUGGEST	ATITTU
1. BEHAVIOR	1.000					
2. KNOW	-0.075	1.000				
3. EDUCAT	-0.012	0.016	1.000			
4. AWARENES	0.147*	0.136*	0.134*	1.000		
5. SUGGEST	0.242*	-0.007	0.149*	0.258*	1.000	
6. ATITTU	0.407*	0.116*	0.125*	0.096*	0.242*	1.000

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปร โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (KNOW) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (EDUCAT) ปัจจัยด้านความตระหนัก (AWARENES) และ ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา (SUGGEST) ตัวแปรต้นกลาง ได้แก่ ปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา (ATITTU) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี (BEHAVIOR) จากการเก็บข้อมูล จำนวน 400 ชุด พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อยู่ 5 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (KNOW) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (EDUCAT) ปัจจัยด้านความตระหนัก (AWARENES) ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา (SUGGEST) และปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา (ATITTU) และ ไม่

พบว่าตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังที่แสดง ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระทุกตัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ที่วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1. (Constant)	1.567	0.266		5.886	.000
2. KNOW	-0.044	0.015	-0.133	-2.932*	.004
3. EDUCAT	-0.034	0.017	-0.092	-2.028*	.043
4. AWARENES	0.140	0.062	0.106	2.271*	.024
5. SUGGEST	0.284	0.103	0.132	2.770*	.006
6. ATITTU	0.311	0.037	0.392	8.435*	.000

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Linear Regression) พบว่า ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงของตัวแปรอิสระ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี (BEHAVIOR) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อยู่ 5 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (KNOW) ตัวแปรด้านระดับการศึกษา (EDUCAT) ตัวแปรด้านความตระหนัก (AWARENES) ตัวแปรด้านคำแนะนำการใช้ยา (SUGGEST) และตัวแปรด้านเจตคติต่อการใช้ยา (ATITTU) โดยเรียงลำดับจากปัจจัยที่มีอิทธิพลมากไปหาน้อย ได้แก่ ตัวแปรด้านเจตคติต่อการใช้ยา (ATITTU) (Beta = 0.392) รองลงมา ได้แก่ ตัวแปรด้านคำแนะนำการใช้ยา (SUGGEST)(Beta = 0.132) และตัวแปรด้านความตระหนัก (AWARENES) (Beta = 0.106) ตัวแปรด้านระดับการศึกษา (EDUCAT)(Beta = - 0.092) ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (KNOW) (Beta = - 0.133) ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of Determination) $R^2 = 0.72$ ซึ่งแสดงว่าตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระทุกตัวมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 72.20 ดังได้แสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of Determination)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.734(a)	0.722	0.687	0.55620

1.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยได้ใช้สถิติการวิเคราะห์เป็นแบบ การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) หรือ สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของตัวแปรต้น ได้แก่ ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (KNOW) ตัวแปรด้านระดับการศึกษา (EDUCAT) ตัวแปรด้านความตระหนัก (AWARENES) ตัวแปรด้านคำแนะนำการใช้ยา (SUGGEST) และตัวแปรด้านเจตคติต่อการใช้ยา (ATITTU) ที่ส่งผลทั้งโดยตรง โดยอ้อมและโดยรวมต่อตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี (BEHAVIOR)

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยในข้อ 1 คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา และปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา ส่งผลทั้งโดยตรง โดยอ้อมและโดยรวมต่อตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี แต่เมื่อผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม จำนวน 400 ชุดจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ที่มีพฤติกรรมการใช้ยา ในจังหวัดอุดรธานี แล้ว พบว่ามีตัวแปรอิสระที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 หรือส่งผลต่อตัวแปรตาม อยู่ 5 ตัวแปร ดังนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์และจะทำการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองสมมติฐานการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำการทดสอบต่อไป

การทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองสมมติฐานการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้ค่าสถิติดังต่อไปนี้

Chi-Square = 3.22 (ค่าที่ผ่านเกณฑ์ยอมรับ คือ $\text{Chi-Square} / \text{df} = < 3$)

Degrees of Freedom = 1

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.075

(ค่าที่ผ่านเกณฑ์ยอมรับ คือ ≤ 0.05)

P-value = 0.07255

Critical N (CN) = 818.72

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.020 (ค่าที่ผ่านเกณฑ์ยอมรับ คือ ≤ 0.05)

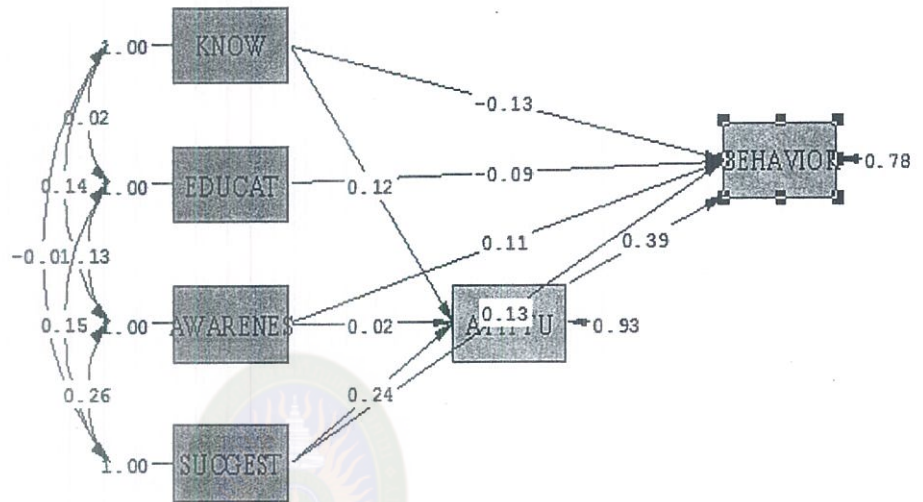
Standardized RMR = 0.020 (ค่าที่ผ่านเกณฑ์ยอมรับ คือ ≤ 0.05)

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.100 (ค่าที่ผ่านเกณฑ์ยอมรับ คือ ≥ 0.90)

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.94 (ค่าที่ผ่านเกณฑ์ยอมรับ คือ ≥ 0.90)

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.047

แสดงผังแผนภาพที่ 12



Chi-Square=3.22, df=1, P-value=0.07255, RMSEA=0.075

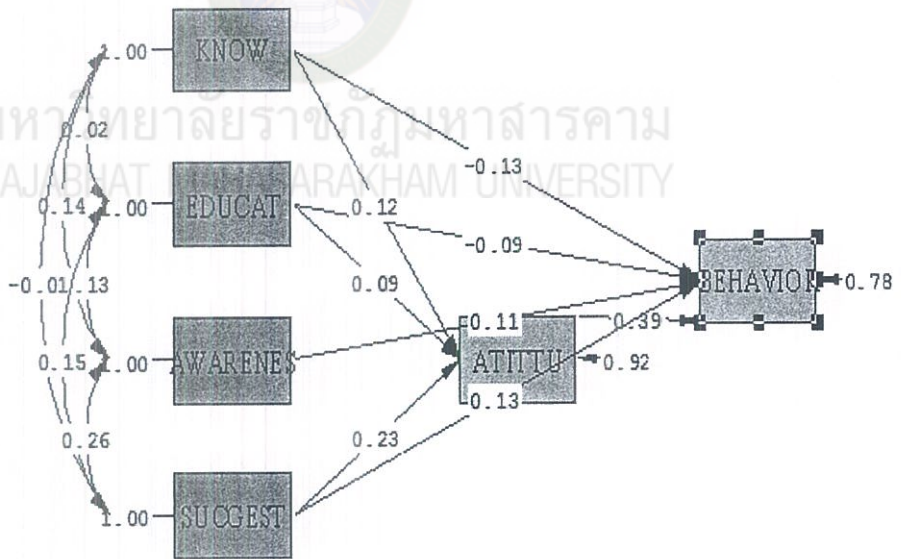
แผนภาพที่ 12 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
การใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ตัวแบบตั้งต้นที่ 1

จากแผนภาพที่ 12 ผลจากการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) หรือสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับตัวแปรตาม ในตัวแบบตั้งต้นที่ 1 พบว่า ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบสมมติฐานตั้งต้น ไม่กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ตัวแบบจำลองใช้ค่าดัชนีต่าง ๆ รวมทั้งดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบไม่อยู่ตามเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบสมมติฐานของการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 คำนีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบตั้งต้นของการวิจัย
ค่าสถิติในตัวแบบตั้งต้น

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา	ค่าสถิติในตัวแบบตั้งต้น	ผลการพิจารณา
1. χ^2	Chi-Square /df = < 3	$\chi^2=3.22$, df=1 (p-value=0.07255)	ไม่ผ่าน
2. GFI	≥ 0.90	1.00	ผ่าน
3. AGFI	≥ 0.90	0.94	ผ่าน
4. RMSEA	≤ 0.05	0.075	ไม่ผ่าน
5. RMR	≤ 0.05	0.020	ผ่าน

ผู้วิจัยจึงต้องดำเนินการปรับปรุงตัวแบบจำลองโดยการปรับตัวแบบ โดยยึดข้อเสนอการปรับตัวแบบ (Model Modification) ซึ่งอาศัยค่าดัชนีตัวแบบ (Model Modification Indices) และคำนึงถึงเหตุผลเชิงทฤษฎี และทำการทดสอบสมมุติฐานอีกครั้ง ดังแสดงในแผนภาพที่ 13



Chi-Square=0.04, df=1, P-value=0.84291, RMSEA=0.000

แผนภาพที่ 13 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ที่ปรับปรุงใหม่เป็นตัวแบบสุดท้าย

จากแผนภาพที่ 13 จะเห็นได้ว่า การทดสอบดัชนีความสอดคล้องของแบบจำลองสมมุติฐาน การวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่ได้จากตัวแบบสมมุติฐานตั้งต้น และตัวแบบปรับปรุงใหม่ซึ่งเป็นตัวแบบสุดท้าย ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบสุดท้ายของการวิจัย

ค่าสถิติในตัวแบบสุดท้าย

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา	ค่าตัวแบบสุดท้ายของการวิจัย	ผลการพิจารณา
1. χ^2	Chi-Square /df = < 3	$\chi^2 = 0.04$, df=1 (p-value=0.84291)	ผ่านเกณฑ์
2. GFI	≥0.90	1.00	ผ่านเกณฑ์
3. AGFI	≥0.90	1.00	ผ่านเกณฑ์
4. RMSEA	≤0.05	0.000	ผ่านเกณฑ์
5. RMR	≤0.05	0.0021	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 11 เมื่อมีการพิจารณาความกลมกลืนของตัวแบบจำลองความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงเส้นของพฤติกรรมการใช้ยาประชาชน จังหวัดอุดรธานี ผลการทดสอบพบว่า โมเดลความสำเร็จในการจัดการพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไค - สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 0.04 ที่องศาอิสระ (df) 1 มีค่าความน่าจะเป็น (p-value of χ^2) เท่ากับ 0.84291 นั่นคือ ค่าไค - สแควร์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับเกณฑ์ในการพิจารณากำหนดไว้ว่าค่าไค - สแควร์ (χ^2) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมุติฐานการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ไม่แตกต่างกัน หรือรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมุติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนีอัตราส่วนไค - สแควร์ สัมพันธ์ (Chi-square / df) มีค่าเท่ากับ 0.04 อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ น้อยกว่า 3.00 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) และดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มากกว่า 0.90 ดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (RMR) เท่ากับ 0.0021 และค่าดัชนีความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.000 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ น้อยกว่า 0.05 แสดงถึงรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมุติฐานการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สรุปได้ว่าแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง ทางอ้อมและโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผล

ตัวแปรสาเหตุ	ประเภทของอิทธิพล	ตัวแปรผล	
		พฤติกรรมการใช้ยา	เจตคติ
ความรู้	DE	0.04	0.12
	IE	0.05	-
	TE	0.09	0.12
ระดับการศึกษา	DE	-0.09	0.09
	IE	0.03	-
	TE	-0.06	0.09
ความตระหนัก	DE	0.11	0.00
	IE	-	-
	TE	0.11	0.00
คำแนะนำในการใช้ยา	DE	0.13	0.23
	IE	0.09	-
	TE	0.22	0.23
เจตคติ	DE	0.39	
	IE	-	
	TE	0.39	
R^2		0.72	0.28

จากตารางที่ 12 การกำหนดเส้นอิทธิพลปัจจัยเชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ทั้งอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลโดยรวม อธิบายได้ดังนี้

1.3.1 อิทธิพลทางตรง

- 1) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับไข้ยา ของประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จังหวัดอุดรธานี มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยตรงเท่ากับ 0.04
- 2) ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จังหวัดอุดรธานี มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยตรงเท่ากับ -0.09
- 3) ปัจจัยด้านความตระหนักของประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จังหวัดอุดรธานี มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยตรงเท่ากับ 0.11
- 4) ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา ของประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จังหวัดอุดรธานี มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยตรงเท่ากับ 0.13
- 5) ปัจจัยด้านเจตคติต่อการไข้ยาของประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จังหวัดอุดรธานี มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยตรงเท่ากับ 0.39

1.3.2 อิทธิพลทางอ้อม

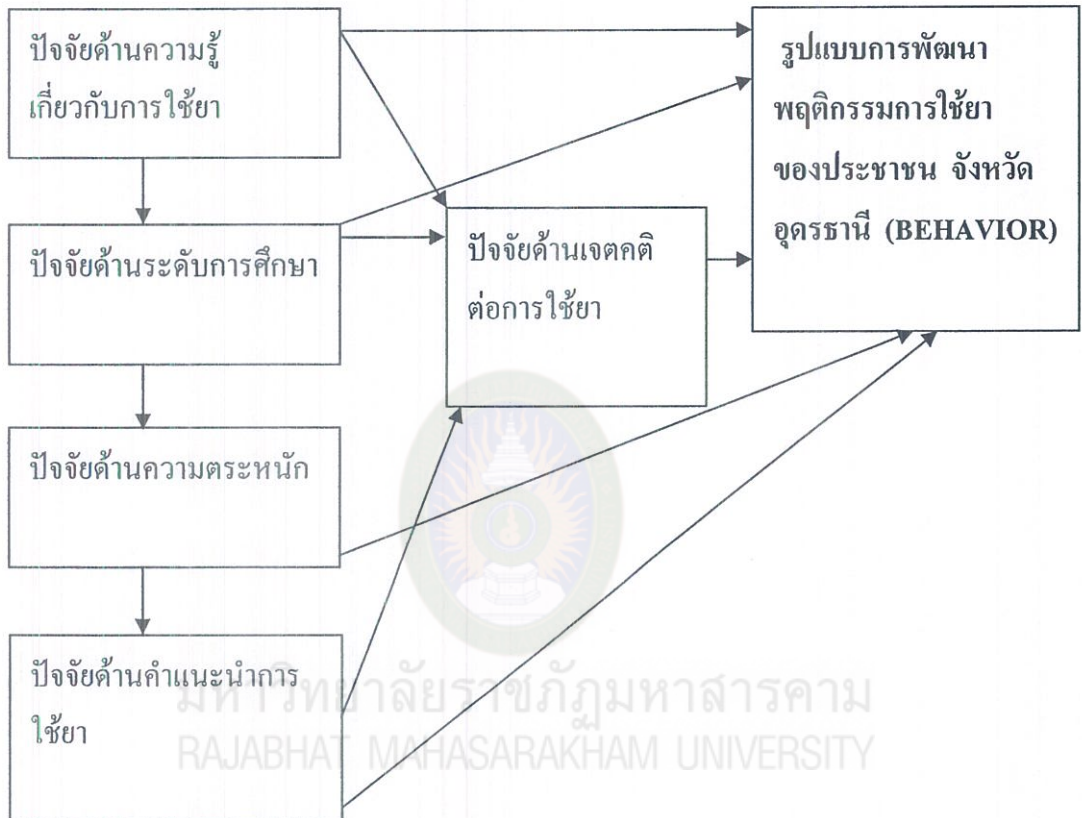
ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยส่งผ่าน ปัจจัยด้านเจตคติต่อการไข้ยาของประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จังหวัดอุดรธานี มีดังนี้ คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับไข้ยามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยอ้อมเท่ากับ 0.05 ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยอ้อมเท่ากับ 0.03 และปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยอ้อมเท่ากับ 0.09

1.3.3.1 อิทธิพลโดยรวม

อิทธิพลโดยรวมของตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากที่สุด คือ ปัจจัยด้านเจตคติต่อการไข้ยามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.39 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.22 ปัจจัยด้านความตระหนักมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยตรงเท่ากับ 0.11 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับไข้ยามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.09 และปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมน้อยที่สุดคือ ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ -0.06

สรุปผลได้ว่า โดยภาพรวมของตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการไข้ยา ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความตระหนักปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา และปัจจัยด้านเจตคติต่อการไข้ยา โดยสามารถอธิบายการผันแปรในตัวแปรผลลัพธ์ ได้ร้อยละ 72 (= 0.72)

ผู้วิจัยจึงได้นำเอาปัจจัยสาเหตุทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา และปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา ไปพัฒนาเป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุตรธานี จังหวัดอุตรธานี ต่อไป



แผนภาพที่ 14 แบบจำลองปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการพฤติกรรมการใช้ยาประชาชน
จังหวัดอุตรธานี

2. ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ใน จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา และปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา มีขั้นตอนดังนี้

1. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอดข้อความในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 นำมาจัดกลุ่ม (Grouping) สร้างเป็นร่างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ใช้เป็นร่างรูปแบบในการพิจารณา
2. จัดการประชุมปฏิบัติการ (Workshops) โดยการนำรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น มานำเสนอที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) โดยเน้นกับกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีหรือผู้แทน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน) ตัวแทนจากร้านขายยาในจังหวัดอุดรธานี และอำเภอน้ำโสม ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ใช้เวลาในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน ในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันวิพากษ์รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และนำเสนอข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะในการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) ของตัวเองมาสรุปและอภิปรายผลทั้งหมดในที่ประชุมใหญ่เพื่อร่วมกันวิพากษ์ (Brain Storming) และนำผลการเสนอแนะมาปรับปรุงเป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ให้สมบูรณ์ขึ้น โดยมีรายชื่อและตำแหน่งของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยในระยะที่ 2 ตารางที่ 13 รายชื่อและตำแหน่งของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยในระยะที่ 2

ตารางที่ 13 รายชื่อและตำแหน่งของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยในระยะที่ 2

ลำดับ	ชื่อ -นามสกุล	ตำแหน่ง
1	นายวรวิทย์ เมฆเวียน	รอง นพ.สสจ.อุตรธานี
2	นายชาติร์ เบญจจินดา	สาธารณสุขอำเภอน้ำโสม
3	นายชาติ ประสมเพชร	ปลัดเทศบาลตำบลนางัว
4	นายทองปนเพชร หาได้	ผอ.กองการศึกษา เทศบาลตำบลนางัว
5	นางนิยม ทิมิลกุล	รอง ปลัดเทศบาลตำบลนางัว
6	นายสุเทพ ชาวคร	ผจก.ไฟฟ้า อำเภอน้ำโสม
7	นายเท บัวบน	รองนายกเทศมนตรี ตำบลนางัว
8	นายบำรุงศักดิ์ เรียงภาว	ผอ.กองช่าง เทศบาลตำบลนางัว
9	นายคณัย ไชยคินี	นายกเทศมนตรี ตำบลนางัว
10	นายคำหรี หงษาพันธ์	นายกเทศมนตรี ตำบลน้ำโสม
11	นายนายวิชัย โอธธา	กำนัน ตำบลนางัว
12	นายประพนธ์ ทรัพย์เจริญพันธ์	ผจก.ร้านขายยาคณาพันธ์เภสัช
13	นายปรีชา ตั้งตระกูลชัย	ผจก.ร้านขายยา น้ำโสมเภสัช
14	นายปัญญา เจริญทรัพย์	ผจก.ร้านขายยาปัญญาฟาร์มชาติ
15	นายบุญหนา บุญมา	กำนัน ตำบลน้ำโสม
16	นางอุคร ศรีธาตุ	ประธาน กทบ.
17	นายบุญหนัก นันทกุล	ครูชำนาญการพิเศษ
18	นายเฉลียว ชมภูแดง	นายก อบต.ศรีสำราญ
19	นายมงคล คำดวง	รอง ผอ. ร.ร.น้ำโสมพิทยาคม
20	นายสานิต รัตน์แสง	ผญบ.บ้านไทยรุ่งเรือง

3. นำรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุตรธานี ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ที่ได้ปรับปรุงแล้ว นำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบเลือกกิจกรรม ด้วยการให้คะแนนความเหมาะสม 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่น่าใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) และเลือกรูปแบบกิจกรรมที่มีค่าคะแนนความเห็นชอบตั้งแต่ 3.51 - 5.00 โดยพัฒนาปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้สมบูรณ์ ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป โดยมีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบเลือกกิจกรรม ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. น.พ. สมิต ประสันนาการ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี |
| 2. น.พ. กังวาล วงศ์ศรีมีเคื่อน | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนน้ำโสม |
| 3 นายชาติรี เบญจจินดา | สาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำโสม |

2.1 การสร้างร่างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัย

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอดข้อความในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 นำมาจัดกลุ่ม (Grouping) เพื่อนำมาสร้างเป็นร่างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ซึ่งจากการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี เรียงลำดับมากไปน้อยได้แก่ ปัจจัยด้านเจตคติต่อการ ใช้ยา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.39 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.22 ปัจจัยด้านความตระหนัก มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยตรงเท่ากับ 0.11 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ - 0.06 และปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมน้อยที่สุดคือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับใช้ยา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ - 0.09 ซึ่งเมื่อศึกษาดูรายละเอียดแต่ละปัจจัยก็จะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน และจากการศึกษาด้านการพัฒนา โดยการพัฒนาที่มีความหมายว่า การพัฒนา หมายถึง การแก้ไขปัญหาที่ไม่พึงประสงค์และการไปสู่เป้าหมายที่ดีกว่า หรือเป็นการแก้ปัญหาและการกระทำให้ บรรลุเป้าหมายในการแสวงหาเส้นทางเพื่อแก้ไขปัญหา เป็นกระบวนการที่กระทำให้เกิด ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล โดยใช้ทักษะต่าง ๆ ของมนุษย์ ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย นำแนวคิด ด้านการจัดการของแนวความคิดด้านระบบ(System School) ซึ่งเป็นแนวคิดด้านการจัดการที่เน้น กลยุทธ์ โดยศึกษาส่วนต่าง ๆ ของระบบ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นำมาวางแผน มีการควบคุม และ กระบวนการตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศ จัดเป็นแนวคิดที่พยายามนำแนวคิดการจัดการด้านต่าง ๆ มาหลอมรวมกัน เพื่อให้เป็นทฤษฎีการจัดการที่สมบูรณ์ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ด้านการพัฒนาผู้มีพฤติกรรม การใช้ยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยที่จะต้องพัฒนาพฤติกรรม การใช้ยา ของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งจากการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การใช้ยา ของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ปัจจัยด้านเจตคติต่อการ ใช้ยา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล โดยรวมเท่ากับ 0.39 เป็นปัจจัยที่ต้องได้รับการจัดการเป็นลำดับแรก และทำการจัดการปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม ลำดับน้อยลงต่อเนื่องกันไป

2.1.1 การพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

รูปแบบนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา และปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา ปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกำหนดการดำเนินชีวิตของประชาชนที่มีพฤติกรรมการใช้ยา ที่แสดงออกมาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนเหล่านั้น รูปแบบที่ถูกกำหนดขึ้นจะต้องเป็นการพัฒนาปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา เมื่อมีการพัฒนาปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของประชาชนประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับปัจจัยทั้ง 5 ก็จะส่งผลให้ประชาชนผู้มีพฤติกรรมการใช้ยา มีการจัดการกับตัวเอง

แต่ในความเป็นจริงแล้ว การพัฒนาปัจจัยด้านระดับการศึกษา ของประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมใช้ยานั้น เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถทำได้ เพราะว่า การพัฒนาปัจจัยในด้านนี้ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมการใช้ยา ต้องพัฒนาด้วยตัวเอง ดังนั้นการพัฒนาปัจจัยด้านระดับการศึกษา ผู้วิจัยจึงไม่สร้างรูปแบบการพัฒนาในด้านนี้ไว้

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบ “การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี” โดยมีทิศทางการพัฒนา คือ

ตารางที่ 14 ทิศทางการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาจังหวัดอุดรธานี

ปัจจัย	ทิศทางการจัดการปัจจัย
1. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะ เกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ยา และพร้อมที่จะดำเนินการปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนา
2. ปัจจัยด้านความตระหนัก	ให้เกิดความตระหนัก เข้าใจในบทบาททั้งภายในตนเอง และสังคม สิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การพัฒนาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
3. ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา	ให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา
4. ปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา	ให้เกิดแนวคิด ทักษะที่ถูกต้อง และเหมาะสมของตนเอง กับการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา

ในการที่จะพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา จะต้องทำการพัฒนาประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ให้เกิดการคิด เกิดปัญญา และตระหนักในการที่จะดูแลตนเองให้ลดหรือทำให้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องให้หมดไปจากตัวเขาเอง อย่างมีระบบ มีแบบแผน มีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง และได้รับการเอาใจใส่จากทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง หมดลงอย่างแท้จริง และร่วมการพัฒนาไปกับเครือข่ายอื่น ๆ ได้อย่างถูกต้องด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเสนอรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา สำหรับประชาชน ที่มีพฤติกรรมการใช้ยา ในจังหวัดอุดรธานี เป็นรายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา เรียงตามอิทธิพลโดยรวมของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

2.2 รูปแบบการพัฒนาเจตคติต่อการใช้ยา (ปัจจัยที่ 1)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.39 ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบ โดยให้มีการอบรม ฝึกปฏิบัติและนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการสร้างเจตคติต่อการใช้ยา

รูปแบบการพัฒนาการสร้างเจตคติ ต่อพฤติกรรมการใช้ยา ของประชาชน เบื้องต้น ประกอบด้วย

1. การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเจตคติ สร้างเจตคติทางบวก และเตรียมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเจตคติ
 2. กระบวนการให้คำปรึกษา และรูปแบบการสร้างเจตคติ เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการบริหารเพื่อพื้นฐานในการสร้างเจตคติ
 3. ประเมินผล เป็นการประเมินผลการพัฒนา โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การมีส่วนร่วม อภิปรายและนำเสนอรูปแบบของเจตคติ ที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยา
- ผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมการพัฒนาเจตคติ ดังนี้

โครงการพัฒนาเจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา

หลักการและเหตุผล

การคาดหวังของการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์นั้น เป็นที่ทำได้ไม่ถ่วงนัก เนื่องจากองค์ประกอบด้านความรู้ สิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในของมนุษย์ทุกคนที่ไม่เหมือนกัน หรือมีองค์ประกอบเหล่านี้ไม่เท่ากันนั่นเอง ดังนั้นการสร้างเจตคติต่อการใช้ยาที่มีในทุก คน จึงต้องพัฒนาเกี่ยวกับ ความเก่งพร้อมทั้ง 4 ด้าน คือ เก่งคิด เก่งคน เก่งงาน และเก่งข่าวสารข้อมูล เทคโนโลยี ซึ่งความสำเร็จในพัฒนาก็คือ มีความรู้ ความสามารถในการเรื่องยาเป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีเจตคติในการใช้ยาที่เหมาะสม

เป้าหมาย	ผู้มีพฤติกรรมการใช้ยา ในกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน	
วิทยากร	1. น.พ. กังวาล วงศ์ศรีสมิเดือน	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน้ำโสม
	2. นายชาติรี เบญจจินดา	สาธารณสุขอำเภอ น้ำโสม
	3. ภญ. สุมาลี แสงชมพู	เภสัชกร
	4. ภก.ชาญยุทธ พलगวัน	เภสัชกร

หลักสูตร บรรยาย และกิจกรรม

เป็นการสร้างเจตคติในการใช้ยาให้กับผู้เข้าร่วมอบรม สร้างเจตคติทางบวก และเตรียมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา

กิจกรรมในการฝึกอบรม แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การแสดงบทบาทสมมติ (6 ชั่วโมง)

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing)

วิธีดำเนินการ แบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่มย่อย พร้อมกับแสดงบทบาทตามที่ได้รับและให้กลุ่มที่เหลือสังเกตการณ์และวิพากษ์ของแต่ละกลุ่มตามบทบาทของแต่ละคน

วิธีสอน โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ เป็นวิธีที่มุ่งช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การเอาเขามาใส่ใจเรา เกิดความเข้าใจในความรู้สึกและพฤติกรรมทั้งของตนเองและผู้อื่นหรือ เกิดความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับบทบาทสมมติที่ตนแสดง องค์กรประกอบสำคัญ (ที่ขาดไม่ได้) ของวิธีสอนมีผู้สอนและผู้เรียน มีสถานการณ์สมมติและบทบาทสมมติ มีการแสดงบทบาทสมมติ มีการอภิปรายเกี่ยวกับความรู้ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้แสดง และสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ มีผลการเรียนรู้ของผู้เรียน ขั้นตอนสำคัญ (ขาดไม่ได้) ของการสอน ผู้สอนและผู้เรียน นำเสนอสถานการณ์สมมติและบทบาทสมมติ ผู้สอน และ ผู้เรียน เลือกผู้แสดงบทบาท ผู้สอนเตรียมผู้สังเกตการณ์ ผู้สอนและผู้เรียนอภิปรายเกี่ยวกับความรู้ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้แสดง ผู้สอนและผู้เรียนสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ ผู้สอนประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน เทคนิคและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการใช้วิธีสอน โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติให้มีประสิทธิภาพ

การเตรียมการ ผู้สอนกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะให้ชัดเจน และสร้างสถานการณ์และบทบาทสมมติที่กำหนดขึ้น ควรมีความใกล้เคียงกับความเป็นจริง ส่วนจะมีรายละเอียดมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ผู้สอนอาจใช้บทบาทสมมติแบบละครซึ่งจะกำหนดเรื่องราวให้แสดง

แต่ไม่มีบทให้ผู้สวมบทบาทอาจใช้บทบาทสมมติแบบละคร ซึ่งจะกำหนดเรื่องราวให้แสดง แต่ไม่มีบทให้ผู้สวมบทบาทจะต้องคิดแสดงเอง หรืออาจใช้บทบาทสมมติแบบแก้ปัญหา ซึ่งจะกำหนดสถานการณ์ที่มีปัญหาหรือความขัดแย้งให้ และอาจให้ข้อมูลเพิ่มเติมมากบ้างน้อยบ้าง ซึ่งผู้สวมบทบาทจะใช้ข้อมูลเหล่านั้นในการแสดงออกและแก้ปัญหาตามความคิดของตน

การเริ่มบทเรียน ผู้สอนสามารถกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนได้หลายวิธีเช่น โยงประสบการณ์ใกล้ตัวผู้เรียน หรือประสบการณ์ที่ผู้เรียนได้รับจากการเรียนครั้งก่อน ๆ เข้าสู่เรื่องที่จะศึกษา หรืออาจใช้วิธีเล่าเรื่อง หรือสถานการณ์สมมติที่เตรียมมาแล้วทิ้งท้ายด้วยปัญหา เป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากคิด อยากติดตาม หรืออาจใช้วิธีชี้แจงให้ผู้เรียนเห็นประโยชน์จากการเข้าร่วมแสดง และช่วยกันคิดแก้ปัญหา การเลือกผู้แสดงควรเลือกให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการแสดง เช่น เลือกผู้แสดงที่มีลักษณะเหมาะสมกับบทบาท เพื่อช่วยให้ การแสดงเป็นไปอย่างราบรื่นตามวัตถุประสงค์ได้อย่างรวดเร็ว หรือเลือกผู้แสดงที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับบทบาทที่กำหนดให้ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนคนนั้นได้รับประสบการณ์ใหม่ ได้ทดลองแสดงพฤติกรรมใหม่ ๆ และเกิดความเข้าใจในความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ที่มีลักษณะต่างไปจากตน หรืออาจให้ผู้เรียนอาสาสมัคร หรือเจาะจงเลือกคนใดคนหนึ่ง ด้วยวัตถุประสงค์ที่ต้องการช่วยให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ เมื่อได้ผู้แสดงแล้วควรใช้เวลาผู้แสดงเตรียมการแสดง โดยอาจให้ฝึกซ้อมบ้างตามความจำเป็น การเตรียมผู้สังเกตการณ์หรือผู้ชม ผู้สอนควรเตรียมผู้ชมและทำ ความเข้าใจกับผู้ชมว่า การแสดงบทบาทสมมตินี้ จัดขึ้นมิใช่มุ่งที่ความสนุก แต่มุ่งที่จะให้เกิด การเรียนรู้เป็นสำคัญ ดังนั้น จึงควรชมด้วยความสังเกต ผู้สอนควรให้คำแนะนำว่า ควรสังเกตอะไร และควรบันทึกข้อมูลอย่างไร และผู้สอนอาจจัดทำแบบสังเกตการณ์ให้ผู้ชมใช้ในการสังเกต ด้วยก็ได้

ข้อดีและข้อจำกัดของวิธีสอนโดยใช้บทบาทสมมติ

ข้อดี

1. เป็นวิธีสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้อื่นได้ เรียนรู้การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้ง
2. เป็นวิธีการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมของตน
3. เป็นวิธีสอนที่ช่วยพัฒนาทักษะในการเผชิญสถานการณ์ที่ตัดสินใจ และแก้ปัญหา
4. เป็นวิธีสอนที่ช่วยให้การเรียนการสอนมีความใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริง
5. เป็นวิธีสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนมาก ผู้เรียนได้เรียนรู้ อย่างสนุกสนาน และการเรียนรู้มีความหมายสำหรับผู้เรียน เพราะข้อมูลมาจากผู้เรียน โดยตรง

ข้อจำกัด

1. เป็นวิธีสอนที่ใช้เวลามากพอสมควร
2. เป็นวิธีสอนที่อาศัยการเตรียมการและการจัดการอย่างรัดกุมหากจัดการไม่ดีพอ อาจเกิดความยุ่งยากสับสนขึ้นได้
3. เป็นวิธีสอนที่ต้องอาศัยความไวในการรับรู้ (Sensitivity) ของผู้สอน หากผู้สอนขาดคุณสมบัตินี้ ไม่รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนบางคน และไม่ได้แก้ปัญหาแต่ต้นอาจเกิดเป็นปัญหาต่อเนื่องไปได้
4. เป็นการสอนที่ต้องอาศัยความสามารถของครูในการแก้ปัญหาเนื่องจากการแสดงของผู้เรียนอาจไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้สอน ผู้สอนจะต้องสามารถแก้ปัญหาหรือปรับสถานการณ์และประเด็นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้

วิทยากร	1. น.พ. กังวาล วงศ์ศรีศรีเดือน	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน้ำโสม
	2. นายชาติรี เบญจจินดา	สาธารณสุขอำเภอ น้ำโสม
	3. ภญ. สุมาลี แสงชมพู	เภสัชกร
	4. ภก.ชาญยุทธ พลังวัน	เภสัชกร

ผู้รับผิดชอบโครงการ นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว ผู้วิจัย

ระยะเวลาโครงการ 1 มิถุนายน 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557

สถานที่ฝึกอบรม ณ ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

ปฏิทินการดำเนินการฝึกอบรม

กิจกรรมและวัน-เวลา

1 มิถุนายน 2557

กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ

09.00 น.– 16.00 น.

งบประมาณ	1. ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม (36คน*1วัน*100	3,600 บาท
	2. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม (36 คน*20บาท)	720 บาท
	3. ค่าถ่ายเอกสารและอื่น ๆ	1,200 บาท
	รวมทั้งสิ้น 5,520 บาท(ห้าพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)	

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนเกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง
2. ประชาชนมีการใช้ยาลดลง
3. ประชาชนให้ความสนใจ มีขวัญกำลังใจและมีความเชื่อมั่นว่าจะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

1.2 รูปแบบการคำแนะนำการใช้ยา (ปัจจัยที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.22 ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบโดยให้มีการอบรม ฝึกปฏิบัติและนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการได้รับคำแนะนำการใช้ยา

รูปแบบการพัฒนา การให้คำแนะนำในการใช้ยา ต่อพฤติกรรมการใช้ยา ของประชาชนเบื้องต้นประกอบด้วย

1. กระบวนการให้คำปรึกษา และรูปแบบการให้คำแนะนำในการใช้ยา เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการให้บริการพื้นฐานในการให้คำแนะนำการใช้ยาสำหรับประชาชนทั่วไป

3. ประเมินผล เป็นการประเมินผลการพัฒนา โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การมีส่วนร่วม อภิปรายและนำเสนอรูปแบบของคำแนะนำในการใช้ยา ที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยา

ผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมการพัฒนากิจกรรมคำแนะนำในการใช้ยา ดังนี้

โครงการพัฒนาความสามารถในการให้คำแนะนำในการใช้ยา

หลักการและเหตุผล

การแนะนำในการใช้ยา นับเป็นกิจกรรมสำคัญที่สุดในกระบวนการการรับยาไปรับประทานที่บ้าน ความรู้ความเข้าใจ ตามชนิด และประเภทของยาเหล่านั้น ซึ่งจะมีการแนะนำให้รับประทานที่แตกต่างกันไป การรับประทานยาที่ถูกต้องจะต้องประกอบด้วย 1) ใช้ยาให้ถูกกับโรค 2) ใช้ยาให้ถูกขนาด 3) ใช้ยาให้ถูกวิธี 4) ใช้ยาให้ถูกเวลา 5) ใช้ยาให้ถูกคน 6) ใช้ยาให้ครบระยะเวลา ดังนั้น การแนะนำในการใช้ยา จึงมีความสำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องด้วย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม แนะนำในการใช้ยาได้ถูกต้อง

เป้าหมาย ผู้มีพฤติกรรมการใช้ยา ในกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน

วิทยากร

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. น.พ. กังวาล วงศ์ศรีมีเดือน | ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน้ำโสม |
| 2. นายชาติรี เบญจจินดา | สาธารณสุขอำเภอน้ำโสม |
| 3. ภญ. สุมาลี แสงชมพู | เภสัชกร |
| 4. ภก.ชาญยุทธ พลาวัน | เภสัชกร |

หลักสูตร บรรยาย และกิจกรรม

เป็นการสร้างความรู้ในการแนะนำการใช้ยา สร้างเจตคติทางบวก และเตรียมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแนะนำในการใช้ยา

กิจกรรมในการฝึกอบรม แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สอนได้ บอกถูก (6 ชั่วโมง)

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 “สอนได้ บอกถูก”

การดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 6 ชั่วโมง

1.1 ให้ความรู้ในเรื่อง การใช้ยาที่ถูกต้อง

1.2 รับการทดสอบความรู้เรื่องการใช้ยา ได้โดยปากเปล่า

1.3 ออกมาแสดงการแนะนำในการใช้ยา ในแต่ละชนิดของยา

2. ฝึกปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

2.1 ใช้ผ้ามัดตาไม่ให้มองเห็นได้

2.2 มีผู้บอกรับทำกิจกรรม 1 คน

2.3 ผู้ถูกปิดตาทำตามคำสั่งของผู้บอก อย่างน้อย 5 กิจกรรม เช่น คลำ เดิน สัมผัส

2.4 แข่งขันกันเป็นรายกลุ่ม

2.5 นับจำนวนกิจกรรมที่ทำได้เป็นคะแนน

2.6 หาคำตอบร่วมกันว่าทำไมทำไมไม่ถูกรับทุกกิจกรรม

2.7 สรุป กิจกรรม ประเมินผลโดยวิทยากร

ผู้รับผิดชอบโครงการ นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว ผู้วิจัย

ระยะเวลาโครงการ 1 มิถุนายน 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557

สถานที่ฝึกอบรม ณ ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอป่าสัก จังหวัดอุดรธานี

ปฏิทินการดำเนินการฝึกอบรม

กิจกรรมและวัน-เวลา 7 มิถุนายน 2557

กิจกรรม สอนได้ บอกถูก 09.00 น.– 16.00 น.

งบประมาณ

1. ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม (36คน*1วัน*100บาท) 3,600 บาท

2. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม (36 คน*20บาท) 720 บาท

3. ค่าถ่ายเอกสารและอื่น ๆ 1,200 บาท

รวมทั้งสิ้น 5,520 บาท(ห้าพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนเกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

2. ประชาชนมีการใช้ยาลดลง

3. ประชาชนให้ความสนใจ มีขวัญกำลังใจและมีความเชื่อมั่นว่าจะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

1.3 รูปแบบการจัดการความตระหนัก (ปัจจัยที่ 3)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความตระหนัก มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.11 ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบโดยให้มีการอบรม ฝึกปฏิบัติและนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการสร้างความตระหนัก

รูปแบบการพัฒนาการสร้างความตระหนัก ต่อพฤติกรรมการใช้ยา ของประชาชน
เบื้องต้นประกอบด้วย

1. การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความตระหนัก สร้างเจตคติทางบวก และเตรียมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตระหนัก
2. กระบวนการให้คำปรึกษา และรูปแบบการสร้างความตระหนัก เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการบริหารเพื่อพื้นฐานในการสร้างความตระหนัก
3. ประเมินผล เป็นการประเมินผลการพัฒนา โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การมีส่วนร่วม อภิปรายและนำเสนอรูปแบบของความตระหนัก ที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยา ผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมการพัฒนาการสร้างความตระหนัก ดังนี้

โครงการสร้างความตระหนัก

หลักการและเหตุผล

การใช้ยา เป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ความตระหนักในการใช้ยาที่เป็นปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาซึ่งในปัจจุบันนี้คนส่วนมากมีพฤติกรรมใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เกินจำเป็น เช่น ทานยาลดน้ำหนักแทนยานอนหลับ ในขณะที่การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายมีน้อย เป็นการขาดความตระหนัก ดังนั้นการที่บุคคลจะทราบว่าตนเองได้รับยา มากน้อยแค่ไหนในแต่ละวันก็จะต้องมีการจดบันทึก ค้นหาตัวตนของตนเอง เพื่อเป็นการสร้างความตระหนัก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้เกิดความตระหนักที่จะเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

เป้าหมาย ผู้มีพฤติกรรมการใช้ยา ในกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน

วิทยากร

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. น.พ. กังวาล วงศ์ศรีมีเดือน | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำโสม |
| 2. นายชาติรี เบญจจินดา | สาธารณสุขอำเภอ น้ำโสม |
| 3. ภญ. สุมาลี แสงชมพู | เภสัชกร |
| 4. ภก.ชาญยุทธ พलगวัน | เภสัชกร |

หลักสูตร บรรยาย และกิจกรรม

การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความตระหนัก สร้างเจตคติทางบวก และเตรียมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างความตระหนัก

กิจกรรมในการฝึกอบรม แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ตัวเรา คือเรา(6 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 2 เยี่ยมบ้าน(6 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 3 เป้าหมาย มีไว้พุ่งชน(6 ชั่วโมง)

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 “ตัวเรา คือเรา “

การดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 6 ชั่วโมง และเพื่อติดตามรายบุคคล

2. ฝึกปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

2.1 คุณเป็นอย่างไร

2.1.1.กิจกรรม โดยให้ผู้เข้าอบรมสำรวจตัวเองก่อนที่จะตัดสินใจดำเนินการใด เพื่อให้รู้จักตัวตนที่แท้จริง ในเรื่อง

1) ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น บันทึก.....

2) ขณะนี้มีความคิด/ความรู้สึกร้อย่างไรต่อตัวเอง

- 2.1.2. สรุปกิจกรรมชี้ให้เห็นจุดที่อันตรายแล้ว

2.2 ถามใจคุณครูก่อน

2.2.1 จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดี หรือ ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดี

ไม่เปลี่ยนแปลง

เปลี่ยนแปลง

ข้อดี ที่เกิดขึ้นถ้าท่านยังมีพฤติกรรมเหมือนเดิม

1.....

2.....

ข้อเสีย ที่เกิดขึ้นถ้าท่านยังมีพฤติกรรมเหมือนเดิม

พฤติกรรม

1.....

2.....

ข้อดี ที่เกิดขึ้นถ้าท่านเปลี่ยนพฤติกรรม

1.....

2.....

ข้อเสีย ที่เกิดขึ้นถ้าท่านเปลี่ยน

1.....

2.....

จงเลือกกาเครื่องหมาย (V) ลงหน้าข้อความที่ตรงกับความต้องการของท่าน ฉันคิดว่าตัวฉันควรจะ
.....เปลี่ยนแปลงตัวเอง คือปรับพฤติกรรมการใช้ยาเสียใหม่

..... ยังไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

สรุปความคิดเห็นใหม่ที่ได้จากการพิสูจน์.....

2.2. สรุปกิจกรรมโดยวิทยากรเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมการใช้ยา

3. แบ่งกลุ่มสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาของแต่ละบุคคลตามแบบสำรวจ

4. นำเสนอพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง

5. สรุปประเมินผลโดยวิทยากร

รายละเอียดกิจกรรมที่ 2 “เยี่ยมบ้าน”

หลักการและเหตุผล

ในการใช้ยา เพื่อให้ได้ประสิทธิผลและประสิทธิภาพ การติดตามผลเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการติดตามผลจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน และสภาพปัญหาที่แท้จริง อันจะนำมาซึ่งการหาวิธีแก้ไขได้อย่างถูกต้องและถูกวิธี ซึ่งแนวทางนี้ได้นำมาใช้กับการพัฒนาพฤติกรรม การใช้ยาในประชาชน ซึ่งจะทำให้การพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาประสบความสำเร็จ

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเป็นการติดตามผลอย่างใกล้ชิด

3. เพื่อเป็นการสร้างแรงกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและจริงจังที่จะจัดการกับ

การใช้ยา

4. เพื่อเป็นการให้คำแนะนำได้อย่างใกล้ชิดและเหมาะสม

5. เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มทดลอง

การดำเนินการ

1. ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองทุก 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัย เพื่อนบ้าน และเครือข่าย

สุขภาพในตำบล

2. ติดตามการรับประทานยาที่บ้าน

3. ติดตามการบันทึกสมุดประจำตัว

4. สังเกตและให้คำแนะนำในขณะออกเยี่ยม

5. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและให้แนวทางแก้ไข

กิจกรรมที่ 3 “เป้าหมาย.....มีไว้พุ่งชน”

หลักการและเหตุผล

ความสามารถในการคาดการณ์ไกล หรือมีการตั้งเป้าหมายในอนาคต โดยการมุ่งกระทำตามเป้าหมาย และบุคคลนั้นมีความสามารถในการควบคุมตนเองให้รู้จักอดได้ รอได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงคุณค่า จากความสำเร็จของการได้เข้าอบรม

ลักษณะ การบรรยายเนื้อหา โดยวิทยากร

กิจกรรม

วิธีดำเนินการ

1. วิทยากรบรรยายตามเนื้อหา (ซักถามหรืออภิปรายประเด็นที่น่าสนใจ)
2. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมหาเป้าหมายทางการใช้ยา
3. ร่วมกันรับฟังปัญหา ของแต่ละคน อภิปรายปัญหา
4. หาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน ให้ได้ดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน

ผู้รับผิดชอบโครงการ นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว ผู้วิจัย

ระยะเวลาโครงการ : 1 มิถุนายน 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557

สถานที่ฝึกอบรม ณ ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอป่าสัก จังหวัดอุดรธานี

ปฏิทินการดำเนินการดำเนินงาน

RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

กิจกรรมและวัน-เวลา	21 มิถุนายน	12 กรกฎาคม	26 กรกฎาคม 2557
กิจกรรม ตัวเรา คือเรา	09.00 น.– 16.00 น.		
กิจกรรม เยี่ยมบ้าน		09.00 น.– 16.00 น.	
กิจกรรม เป้าหมาย มีไว้พุ่งชน			09.00 น.– 16.00 น.

งบประมาณ

1. ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม (36คน*3วัน*100บาท) 10,800 บาท
 2. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม (36 คน*20บาท) 720 บาท
 3. ค่าถ่ายเอกสารและอื่น ๆ 1,200 บาท
- รวมทั้งสิ้น 13,720 บาท(หนึ่งหมื่นสามพันเจ็ดร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนเกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง
2. ประชาชนมีการใช้ยาลดลง

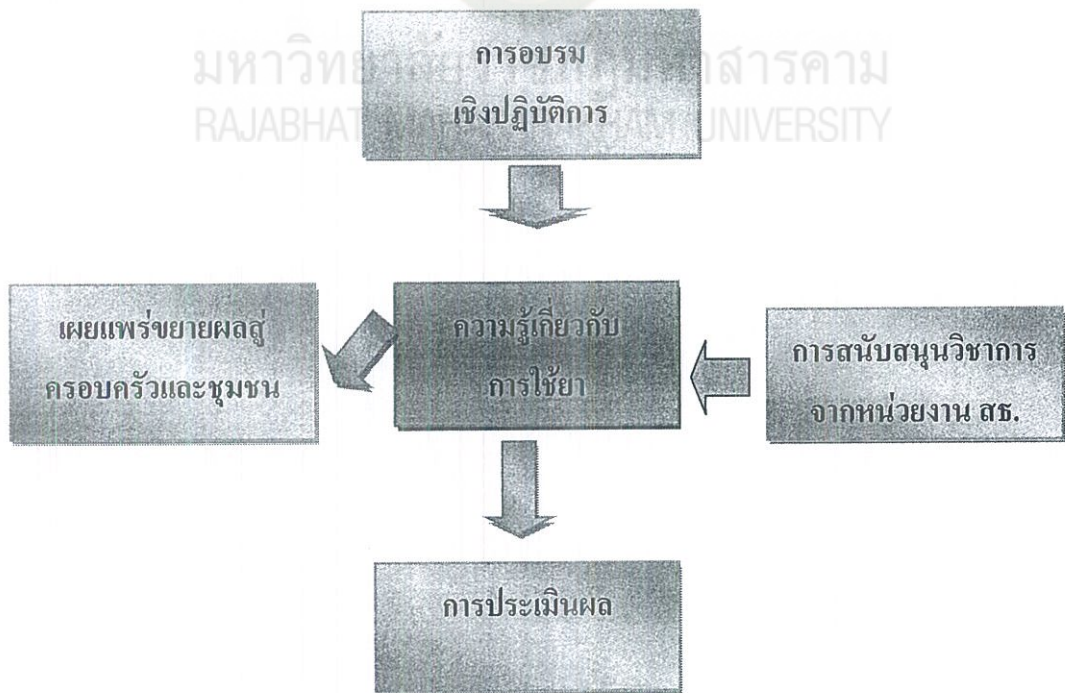
3. ประชาชนให้ความสนใจ มีขวัญกำลังใจและมีความเชื่อมั่นว่าจะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

1.4 รูปแบบการพัฒนาด้านระดับการศึกษา (ปัจจัยที่ 4)

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ - 0.06 ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ในการพัฒนาปัจจัยด้านระดับการศึกษา ของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมการใช้ยานั้น เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถทำได้ เพราะว่า การพัฒนาปัจจัยในด้านนี้ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมการใช้ยา ต้องพัฒนาด้วยตัวเอง ดังนั้นการพัฒนาปัจจัยด้านระดับการศึกษา ผู้วิจัยจึงไม่สร้างรูปแบบการพัฒนาในด้านนี้ไว้

1.5 รูปแบบการพัฒนาด้านความรู้เกี่ยวกับใช้ยา (ปัจจัยที่ 5)

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ - 0.09 ในกระบวนการเกิดความรู้ วิจัย วงศ์ใหญ่(2530 : 130) กล่าวว่าความรู้เกิดจากการรับรู้ข้อเท็จจริง ความจริง กฎเกณฑ์ และข้อมูลต่าง ๆ จากการศึกษาจากรายงานซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนสามารถจำได้ ระลึกได้ โดยการได้ยิน การมองเห็น การสังเกต หรือจากประสบการณ์ทางธรรมชาติ หรือเรียนรู้จากสังคม ผู้วิจัย ได้ยึดหลักการจัดทำรูปแบบจัดการความรู้โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มทดลอง มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนอกจากการจัดอบรมแล้วยังจัดกิจกรรมให้ผู้เข้าอบรม ฝึกปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดทักษะและปฏิบัติได้ถูกต้องและนำไปขยายผลต่อในระดับครอบครัวและชุมชนต่อไป รูปแบบการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเกิน ของประชาชน ดังแสดงในแผนภาพที่ 15



แผนภาพที่ 15 รูปแบบการพัฒนาความรู้ของประชาชน ในการใช้ยา

รูปแบบการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชน ประกอบด้วย

1. การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ
 2. กระบวนการให้ความรู้โดยการจัดอบรมและ การเล่นเกมกิจกรรมให้ข้อคิด
 3. การฝึกปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติ
 4. การนำความรู้เผยแพร่ขยายผล ผู้ครอบครัว และชุมชน
 5. ประเมินผล โดยการสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลการตัดสินใจ
- ผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชน ดังนี้

โครงการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชน

หลักการและเหตุผล

การที่บุคคลจะดูแลตนเองเมื่อยาม เจ็บ ป่วย โดยการใช้ยาได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงปัญหาและ ผลกระทบต่าง ๆ ที่จะตามมาเช่น การเกิดการเจ็บป่วยจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา อันส่งผลให้ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล เสียเวลาในการทำมาหากิน เกิดปัญหาในครอบครัว สูญเสียภาพลักษณ์ ส่วนบุคคล ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างมากที่จะต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และ ต้องสร้างความตระหนักถึงอันตรายของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องให้บุคคลได้รับรู้ การ ขาดความรู้หรือการมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและขาดความใส่ใจที่ จะดูแลสุขภาพของตนเอง การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลรู้จักควบคุมตนเอง ไม่ให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ผิดได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยา
2. เพื่อเสริมสร้างให้บุคคลตระหนักถึงอันตรายของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง
3. เพื่อเสริมสร้างให้บุคคลมีความใส่ใจที่จะดูแลตนเองให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยา

กิจกรรมในการฝึกอบรม แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้เรื่องยา (6 ชั่วโมง)

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 “รู้เรื่องยา”

การดำเนินงาน

1. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ
2. ทดสอบความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาก่อนอบรมและหลังอบรม
3. จัดกิจกรรมการให้ความรู้ โดยประสานงานเชิญผู้เชี่ยวชาญทางด้านยา ทำหน้าที่เป็น

ผู้ให้ความรู้

4. ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ ตามหัวข้อ วัตถุประสงค์และขั้นตอนที่กำหนด
เป้าหมาย ผู้มีพฤติกรรมการใช้ยา ในกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน

วิทยากร

1. น.พ. กังวาล วงศ์ศรีศรีมีเดือน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน้ำโสม
2. นายชาติรี เบญจจินดา สาธารณสุขอำเภอ น้ำโสม
3. ภญ. สุมาลี แสงชมพู เกสัชกร
4. ภก.ชาญยุทธ พलगวัน เกสัชกร

หลักสูตร บรรยาย(Lecture) และเล่นกิจกรรม จำนวน 6 ชั่วโมง

รายละเอียดของกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรม “รู้เรื่องยา”

หัวข้อในการอบรมเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง

หัวข้อ	จุดประสงค์	การปฏิบัติ
1. ความรู้เรื่องการใช้ยา	1. เพื่อให้ประชาชนทราบสาเหตุของการเกิดภาวะโภชนาการเกิน	จัดเตรียมสื่อการสอนและเนื้อหาที่พอเพียงและง่ายต่อการเข้าใจ
1.1 การใช้ยาที่ถูกต้อง	2. เพื่อให้ประชาชนทราบถึงอันตรายและผลกระทบของการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง	1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
1.2 ได้แก่ 1) ใช้ยาให้ถูกกับโรค 2) ใช้ยาให้ถูกขนาด 3) ใช้ยาให้ถูกวิธี 4) ใช้ยาให้ถูกเวลา 5) ใช้ยาให้ถูกคน และ6) ใช้ยาให้ครบระยะเวลา	3. เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักที่จะใช้ยา	2. มีการทดสอบก่อนการอบรม
1.3 ผลกระทบและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้ยา	4. เพื่อให้ประชาชนรู้จักที่จะละเว้นการใช้ยาที่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต	3. มีการทดสอบหลังการอบรม
2. การประเมินการแพ้ยา	เพื่อให้ประชาชนทราบวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง สามารถประเมินตนเองได้	4. กิจกรรมแข่งขันการตอบคำถามเพื่อเป็นการสร้างความสนใจ
		1. สาธิตวิธีการประเมินการแพ้ยาอย่างง่ายได้
		2. แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ

การประเมินผล: ประเมินผลจากแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน-หลังเรียน และการสอบถามผู้รับผิดชอบโครงการ นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว ผู้วิจัย

ระยะเวลาโครงการ 1 มิถุนายน 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557

สถานที่ฝึกอบรม ณ ห้องประชุม อำเภอป่าโมก จังหวัดอุตรธานี

ปฏิทินการดำเนินการฝึกอบรม

กิจกรรมและวัน-เวลา	16 สิงหาคม 2557
กิจกรรม ความรู้เรื่องยา	09.00 น. –16.00 น.

งบประมาณ

1. ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม (36คน*1วัน*100บาท)	3,600 บาท
2. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม (36 คน*20บาท)	720 บาท
3. ค่าถ่ายเอกสารและอื่น ๆ	1,200 บาท
รวมทั้งสิ้น	5,520 บาท(ห้าพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนมีความรู้เรื่องการใช้ยา
2. ประชาชนสามารถซื้อยาใช้เอง ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.2 การพิจารณารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัด

อุตรธานี โดยผู้เชี่ยวชาญ

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุตรธานี ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนา จำนวน 6 กิจกรรม และนำผลการเสนอแนะในการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) ของแต่ละกลุ่มมาสรุปและอภิปรายผลทั้งหมดในที่ประชุมใหญ่ (Brain Storming) ผลการนำเสนอรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุตรธานี เพื่อรับคำแนะนำจากผู้เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบการพัฒนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม
2. ในการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้องได้นำเสนอให้เพิ่มกิจกรรมในการจัดการ

พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน อีก 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “กิจกรรม 5 ส”

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเรียนรู้ในการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรโดยใช้กิจกรรม กิจกรรม 5 ส.

วิธีดำเนินการ ใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ (Group Process) เป็นเทคนิคการฝึกอบรมซึ่งใช้กลุ่มเพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ทำกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ถึงพฤติกรรม ทักษะ

รวมถึงการเรียนรู้ปฏิกิริยาภายในในกลุ่มกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทุกคนจะเกิดการหยั่งรู้ รับรู้ด้วยตนเองและพัฒนาตนเองโดยอาศัยพฤติกรรมของกลุ่ม

กิจกรรม 5 ส. โดยให้ผู้เข้าร่วมอบรมร่วมกันจัดโต๊ะทำงานพร้อมทั้งรอบ ๆ บริเวณอาคารสำนักงาน ภายใต้แนวคิด 5 ส. เป็นแนวคิดการจัดระเบียบเรียบร้อยในที่ทำงานหรือสถานประกอบการเพื่อก่อให้เกิดสภาพการทำงานที่ดี ปลอดภัย มีระเบียบเรียบร้อย นำไปสู่การเพิ่มผลผลิตประกอบด้วย

1. สะสาง (Seir) คือ การแยกของที่ต้องการออกจากของที่ไม่ต้องการ และจัดของที่ไม่ต้องการทิ้งไป
2. สะดวก (Seiton) คือ การจัดวางสิ่งของต่าง ๆ ในที่ทำงานให้เป็นระเบียบ เพื่อความสะดวกและปลอดภัย
3. สะอาด (Seiso) คือ การทำความสะอาด (ปัด กวาด เช็ด ถู) เครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ และสถานที่ทำงาน
4. สุขลักษณะ (Seiketsu) คือ สภาพหมดจด สะอาดตา ถูกสุขลักษณะ และรักษาให้ดีตลอดไป
5. สร้างนิสัย (Shitsuke) คือ การอบรมสร้างนิสัยในการปฏิบัติงานตามระเบียบ วินัย ข้อบังคับอย่างเคร่งครัด

ประโยชน์จากการทำกิจกรรม 5 ส.

1. ประชาชน มีความปลอดภัยในการรับประทานมากขึ้น
2. เก็บยาได้ง่าย หายาได้ถูกที่ รู้ดีถึงวันหมดอายุ
3. ประชาชน จะมีระเบียบวินัยมากขึ้น ตระหนักถึงผลเสียของความไม่เป็นระเบียบในครอบครัว และถูกกระตุ้นให้ปรับปรุงระดับ ความสะดวกในการหยิบใช้ยาได้ง่ายและถูกต้อง

ผู้รับผิดชอบโครงการ นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว ผู้วิจัย

ระยะเวลาโครงการ 1 มิถุนายน 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557

สถานที่ฝึกอบรม ณ ห้องประชุม ที่ว่าการอำเภอ น้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

ปฏิทินการดำเนินการฝึกอบรม

กิจกรรมและวัน-เวลา

31 สิงหาคม 2557

กิจกรรม 5 ส

09.00 น.– 16.00 น.

งบประมาณ

- | | |
|--|-----------|
| 1. ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม (36คน*1วัน*100บาท) | 3,600 บาท |
| 2. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม (36 คน*20บาท) | 720 บาท |

3. ค่าถ่ายเอกสารและอื่น ๆ

1,200 บาท

รวมทั้งสิ้น 5,520 บาท(ห้าพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนให้ความสนใจ มีขวัญกำลังใจและมีความเชื่อมั่นว่าจะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้
2. ประชาชนมีการใช้ยาลดลง

เมื่อผู้วิจัยได้ผลจากการประชุมปฏิบัติการและข้อเสนอแนะจากที่ประชุมแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงให้เป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ที่สมบูรณ์มากขึ้น เพื่อเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญอีก 1 ชุด ได้แสดงความคิดเห็นและส่งกลับคืนให้ผู้วิจัยเพื่อทำการทดลองในขั้นต่อไป การคัดเลือกจะทำจาก 7 กิจกรรม วิธีการคัดเลือก คือ ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยการผ่านการให้ความคิดเห็นแบบ Scaling โดย ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย

1. น.พ. สมิต ประสันนการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
2. น.พ. กังวาล วงศ์รัศมีเดือน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนน้ำโสม
3. นายชาติ เบญจจินดา สาธารณสุขอำเภอ น้ำโสม

โดยมีเกณฑ์ในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ เห็นด้วย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ ไม่แน่ใจ

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ ไม่เห็นด้วย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกิจกรรมที่นำมาใช้ เป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยคัดเลือกกิจกรรมที่จะนำไปใช้ในการจัดการ จำนวน 7 กิจกรรม นำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญโดยเลือกกิจกรรม ที่มีค่าคะแนนความเห็นชอบตั้งแต่ 3.51 - 5.00 เพื่อนำมาใช้เขียน โครงการการจัดการพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ต่อไป ดังปรากฏผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญ ในตารางที่ 15

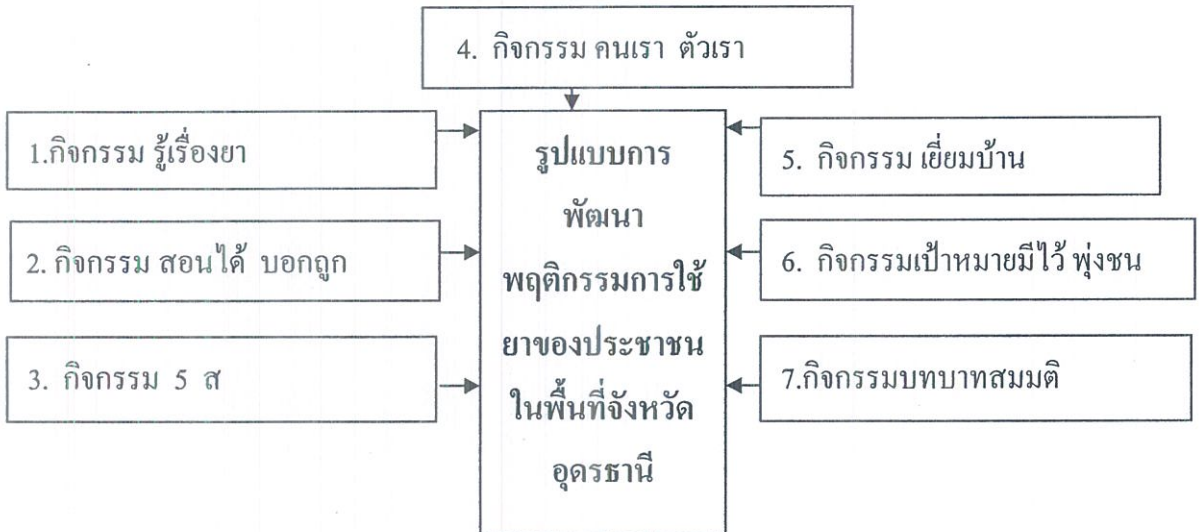
ตารางที่ 15 ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ต่อกิจกรรมและเนื้อหาในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

รายการกิจกรรมประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			\bar{X}	แปลผล	ผลการประเมิน
	1	2	3			
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา						
1. รู้เรื่องยา	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
ความตระหนัก						
1. คนเรา ตัวเรา	4	5	5	4.67	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. เชื่อมบ้าน	5	4	5	4.67	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
3. เป้าหมายมีไว้พุ่งชน	5	4	5	4.67	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
การแนะนำในการใช้ยา						
1. สอนได้ บอกถูก	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
เจตคติต่อการใช้ยา						
1. บทบาทสมมติ	5	4	5	4.67	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
กิจกรรมเพิ่มเติม						
1. กิจกรรม 5 ส	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้

จากการเสนอร่างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้พิจารณาว่ากิจกรรมใดเหมาะสมที่นำไปทดลองใช้ในลำดับต่อไป พบว่า รูปแบบที่ผ่านการประเมินความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านการแนะนำในการใช้ยา และปัจจัยด้านเจตคติในการใช้ยา กิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.51 - 5.00 ประกอบด้วย 7 กิจกรรม และผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย ดังนี้

1. รู้เรื่องยา
2. สอนได้ บอกถูก
3. กิจกรรม 5 ส
4. คนเรา ตัวเรา
5. เชื่อมบ้าน

6. เป้าหมายมีไว้ ฟุ้งชน
7. บทบาทสมมติ



แผนภาพที่ 16 รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี
ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

เมื่อผู้วิจัยได้กิจกรรมที่จะนำไปใช้ในรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี แล้ว ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการพัฒนา 7 กิจกรรม มาจัดทำเป็นโครงการจัดการ โดยมีรูปแบบการจัดการ ดังนี้

โครงการ การพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ชื่อโครงการ : โครงการ การพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

หลักการและเหตุผล

การใช้ยาของประชาชน โดยที่ไม่เข้าใจ ไม่มีความรู้ เป็นอุปสรรคที่ยิ่งใหญ่ในการพัฒนาประชาชนให้มีสุขภาพที่แข็งแรง การสูญเสียจากค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาเพื่อดูแลสุขภาพ ทั้งการควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ อีกทั้งประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ก็เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เช่น โรคในระบบโรคไม่ติดต่อ โรคในระบบโรคเรื้อรัง อีกด้วย ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา จึงเป็นสิ่งที่ทำทนาย แต่กลับเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลระบบสุขภาพของประชาชน ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดการใช้ยาของประชาชน
2. เพื่อกระตุ้นและสร้างเจตคติทางบวกกับการใช้ยา

3. เพื่อเป็นแนวทางการใช้ที่ยั่งยืน

เป้าหมาย

ประชาชนประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มทดลอง ใน อำเภอน้ำโสม จังหวัด อุดรธานี จำนวน 36 คน

หลักสูตรในการฝึกอบรม ใช้เวลาในการฝึกอบรม 42 ชั่วโมง แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1. รู้เรื่องยา (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 2. สอนได้ บอกถูก (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 3. กิจกรรม 5 ส (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 4. คนเรา ตัวเรา (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 5. เยี่ยมบ้าน (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 6. เป้าหมายมีไว้พุ่งชน (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 7. บทบาทสมมติ (6 ชั่วโมง)

วิธีการฝึกอบรม

- กิจกรรมที่ 1. กิจกรรมรู้เรื่องยา (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย ทดสอบระหว่างการบรรยาย และทำกิจกรรมร่วมกัน
- กิจกรรมที่ 2. สอนได้ บอกถูก (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย และทำกิจกรรมร่วมกัน
- กิจกรรมที่ 3. กิจกรรม 5 ส (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย ทดสอบระหว่างการบรรยาย และการทำกิจกรรมร่วมกัน
- กิจกรรมที่ 4. คนเรา ตัวเรา (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการนำเข้าสู่บทเรียน เล่นเกมส์ การบรรยาย การทดสอบระหว่างการบรรยาย และการทำกิจกรรมร่วมกัน
- กิจกรรมที่ 5. เยี่ยมบ้าน (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย บทบาท หน้าที่ได้รับจากการอบรมที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้าน และทำกิจกรรมร่วมกัน
- กิจกรรมที่ 6. เป้าหมายมีไว้พุ่งชน (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย (Lecture) หรือ การสอน (Instruction) นำเสนอเนื้อหาสาระความรู้ การฝึกปฏิบัติ จากวิทยากรในเรื่องความคาดหวัง และการทำกิจกรรมร่วมกัน
- กิจกรรมที่ 7. บทบาทสมมติ (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย (Lecture) หรือการสอน (Instruction) นำเสนอเนื้อหาสาระความรู้ การฝึกปฏิบัติ จากวิทยากรในเรื่องการสมมติ ด้านการใช้ยา และการทำกิจกรรมร่วมกัน

วิทยากร

1. น.พ. กังวาล วงศ์ศรีเดือน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำโสม
2. นายชาติร์ เบญจจินดา สาธารณสุขอำเภอ น้ำโสม
3. ภญ. สุมาลี แสงชมพู เกสัชกร
4. ภก.ชาญยุทธ พलगวัน เกสัชกร

ผู้รับผิดชอบโครงการ นานฉัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว ผู้วิจัย

ระยะเวลาโครงการ 1 มิถุนายน 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557

สถานที่ฝึกอบรม ณ ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอ น้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

ปฏิทินการดำเนินการฝึกอบรม

เดือน	มิถุนายน		กรกฎาคม			สิงหาคม	
	1-2	14-15	5-6	12-13	26-27	9-10	31
กิจกรรมและวันที่							
กิจกรรมที่ 1							
กิจกรรมที่ 2							
กิจกรรมที่ 3							
กิจกรรมที่ 4							
กิจกรรมที่ 5							
กิจกรรมที่ 6							
กิจกรรมที่ 7							

งบประมาณที่ใช้

1. ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม (36คน*13วัน*100บาท) 46,800 บาท
2. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม (36 คน*120บาท) 4,320 บาท
3. ค่าถ่ายเอกสารและอื่นๆ 7,200 บาท

รวมทั้งสิ้น 58,320 บาท (ห้าหมื่นแปดพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้เข้ารับการพัฒนา จะได้รับความรู้ รู้จักและเข้าใจตนเอง และได้แนวทางในการปรับปรุงพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง ทำให้เกิดความตระหนัก และอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข

ระยะที่ 3 ผลการทดลองและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของ ประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี

1. ผลการทดลองและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนใน จังหวัดอุดรธานี

1.1 เมื่อผู้วิจัยได้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัด
อุดรธานี ที่ได้ผ่านกระบวนการวิจัย กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และกระบวนการพิจารณา
ของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้กิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม เป็นรูปแบบพัฒนาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่
ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านคำแนะนำในการใช้ยา
ปัจจัยด้านเจตคติในการใช้ยา เพื่อให้การดำเนินการรูปแบบการพัฒนาที่ได้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบ
มีความสอดคล้องและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้มีการเรียบเรียงการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- กิจกรรมที่ 1. รู้เรื่องยา (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 2. สอนได้ บอกถูก (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 3. กิจกรรม 5 ส (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 4. คนเรา ตัวเรา (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 5. เชื่อมบ้าน (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 6. เป้าหมายมีไว้พุ่งชน (6 ชั่วโมง)
- กิจกรรมที่ 7. บทบาทสมมติ (6 ชั่วโมง)

หลังจากได้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี
จากการวิจัยระยะที่ 2 แล้ว ผู้วิจัยได้ทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คือ ประชาชนที่มี
อายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในตำบล 7 ตำบล 2 เทศบาล อำเภอโนนโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 36 คน
ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มทดลอง ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. เป็นกลุ่มประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างในระยะวิจัยที่ 1
และ ไม่เป็นกลุ่มเป้าหมายในระยะที่ 2 ในการวิจัยในครั้งนี้
2. เป็นตำบลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน และสามารถติดตามผลการทดลอง การใช้รูปแบบการ
พัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ได้โดยสะดวก ทำให้ลดค่าใช้จ่ายใน
การวิจัย

โดยผู้วิจัยกำหนดการพัฒนาในรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนใน
พื้นที่จังหวัดอุดรธานี ในวันที่ 1 มิถุนายน 2557 ถึง วันที่ 31 สิงหาคม 2557 โดยมีรายชื่อผู้เข้า

รับการทดลองรูปแบบการจัดการพฤติกรรมการใช้ยา ในกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน ดังแสดงใน ตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 7 ตำบล 2 เทศบาล อำเภอ น้ำโสม จังหวัด อุตรธานี ในกลุ่มทดลอง

ลำดับที่	รายชื่อ	หมู่บ้านที่อยู่ในอำเภอน้ำโสม
1	นางกัญชรัตน์ รัตน์แสง	หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลนางัว.
2	นางกาญจนา นันทแสง	“
3	นางประสิทธิ์ พาพิณีจ	“
4	นางหนูเกศ แข็งขัน	“
5	นางสุนทร ศรีเงินยวง	หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลศรีสำราญ
6	นางบัวหวัน ศรีหาโคตร	“
7	นางสมหมายน้อยสุข	“
8	นางทองสุขพิมพ์โยธา	“
9	นางมะลิ พิมพ์โยธา	หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลน้ำโสม
10	นางบุญชู อินทิเดช	“
11	นางยุภา สีสะเกษ	“
12	นางทองเดือน เตียนศรี	“
13	นางปราณี นามเขคต์	หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลโสมเยี่ยม
14	นางประหยัด ยศอ่อน	“
15	นายสมพงษ์ โกลาพานิช	“
16	นางสายฝน พิมพ์พา	“
17	นางไข่มุก รักถิ่น	หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลหนองแวง
18	นายสุบิน ศรีประชัย	“
19	นางหนูไกร ธรรมรักษา	“
20	นางอุไร ประเสริฐ	“
21	นางบานเย็น นามวงศ์	หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลบ้านหยวก
22	นางนรินทร์ อาป่อง	“
23	นางประนอม ไชยราชา	“
24	นางคิ้ว ถิ่นก้อง	“

ลำดับที่	รายชื่อ	หมู่บ้านที่อยู่ในอำเภอน้ำโสม
25	นางฉวี ฤทธิวิชัย	หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลสามัคคี
26	นายบุญสวน ไชยวัน	“
27	นายเลียบ ฤทธิวิชัย	“
28	นางสว่าง พรหมสมบัติ	“
29	นางวาสนา ลุนศรี	เทศบาลตำบลนางัว
30	นางสายฝน ทองสุข	“
31	นางอุไร รัตนโคตร	“
32	นางสมเพียร วรรณจันทร์	“
33	นายวีรศักดิ์ บุญหลัง	เทศบาลตำบลนางัว
34	นางสุดา ตราเงิน	“
35	นางบัวศรี โภคทรัพย์	“
36	นางสมบูรณ์ เทพสิงห์	“

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ในด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ด้านความตระหนัก ด้านการได้รับคำแนะนำในการใช้ยา และด้านเจตคติต่อการใช้ยา มาทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง โดยมีกำหนดการในการทดลองดังนี้

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

กำหนดการทดลอง

“รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ”

วันที่ 1 มิถุนายน 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557

ณ ห้องประชุม ที่ว่าการอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

1-2 มิถุนายน 2557	09.00 น. – 12.00 น.	กิจกรรม รู้เรื่องยา
	09.00 น. – 12.00 น.	ภญ. สุมาลี แสงชมพู และ ภก.ชาญยุทธ พलगวัน วิทยาการ
14-15 มิถุนายน 2557	09.00 น. – 12.00 น.	กิจกรรม สอนได้ บอกถูก
	09.00 น. – 12.00 น.	ภญ. สุมาลี แสงชมพู และ ภก.ชาญยุทธ พलगวัน วิทยาการ
5-6 กรกฎาคม 2557	13.00 น. – 16.00 น.	กิจกรรม 5 ส
	13.00 น. – 16.00 น.	นายชาติรี เบญจจินดา วิทยาการ
12-13 กรกฎาคม 2557	09.00 น. – 12.00 น.	กิจกรรม คนเรา ตัวเรา
	09.00 น. – 12.00 น.	น.พ. กังวาล วงศ์ศรีมีเดือน วิทยาการ
26-27 กรกฎาคม 2557	09.00 น. – 12.00 น.	กิจกรรม เชื่อมบ้าน
	09.00 น. – 12.00 น.	นายชาติรี เบญจจินดา วิทยาการ
9-10 สิงหาคม 2557	09.00 น. – 12.00 น.	กิจกรรม เป้าหมาย มีไว้พุ่งชน
	09.00 น. – 12.00 น.	ภญ. สุมาลี แสงชมพู และ ภก.ชาญยุทธ พलगวัน วิทยาการ
31 สิงหาคม 2557	09.00 น. – 16.00 น.	กิจกรรม บทบาทสมมติ
	09.00 น. – 12.00 น.	ภญ. สุมาลี แสงชมพู , ภก.ชาญยุทธ พलगวัน นายชาติรี เบญจจินดา และ น.พ. กังวาล วงศ์ศรีมีเดือน วิทยาการ

1. การเก็บและรวบรวมข้อมูลการทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.1 ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กับกลุ่มทดลอง ในวันที่ 1 มิถุนายน 2557 เป็น Pretest

1.2 หลังดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กับกลุ่มทดลอง ในวันที่ 31 สิงหาคม 2557 เป็น Posttest

1.3 ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบการจัดการพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ตามปัจจัยสาเหตุคือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยด้านความตระหนัก ด้านคำแนะนำในการใช้ยา และด้านเจตคติต่อการใช้ยา ก่อนและหลังการทดลอง

2. ผลการดำเนินการ

2.1 การพัฒนาด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ยา กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

1. ผู้เข้ารับการอบรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังอบรม สูงกว่าก่อนอบรม
2. มีความรู้ และความมั่นใจ พร้อมทั้งจะตัดสินใจในทางที่ถูกต้อง
3. มีมนุษยสัมพันธ์กับ คนรอบข้าง

2.2 การจัดการด้านความตระหนัก

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาด้านความตระหนัก กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

1. เกิดพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเรื่องต่าง ๆ ในที่ประชุม
2. เข้าใจในการทำกิจกรรม ร่วมกับคนอื่น ๆ
3. ยอมรับตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยพึงพิง ไปสู่การพึ่งพาตนเอง และไปสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน

2.3 การพัฒนาด้านคำแนะนำในการใช้ยา

จากการสังเกตการณ์หลังจากทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาด้านการให้คำแนะนำในการใช้ยา กับ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกตดังนี้

1. เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมในการใช้ยา
2. มีความรับผิดชอบในการรับประทานยา

2.4 การพัฒนาด้านเจตคติในการใช้ยา

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาด้านเจตคติในการใช้ยา กับ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

1. เกิดความสนุกสนาน และความพร้อมที่จะดำเนินการต่อไป
2. รู้จักการวางแผน การดำเนินการตามแผนที่ได้วางเอาไว้ และเกิดความรับผิดชอบต่อเรื่องรับประทานยา
3. เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมในการรับประทานยา

3. ผลการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 ผู้วิจัยต้องการศึกษาเพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา โดยใช้การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มทดลองคือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาในเขต อำเภอ น้ำโสม จังหวัดอุดรธานี โดยให้กลุ่มทดลองสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และหากมีจำนวนเกิน 36 คน ผู้วิจัยจะใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากมาให้ได้จำนวน 36 คน ตามที่ต้องการมาเป็นกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองตามรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา โดยเริ่มเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามจากการวิจัยในระยะที่ 1 การดำเนินการเริ่มใน 1 มิถุนายน ถึง 31 สิงหาคม 2557 รวมเป็นระยะเวลา 3 เดือน

3.2 ในการทดลองรูปแบบ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบ และการสังเกต การบันทึก ที่ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านคำแนะนำในการใช้ยา และ ปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา นำมาทดสอบกับประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมการใช้ยา อำเภอท่าโบสถ์ จังหวัดอุตรธานี ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน แล้วทำการทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรตามซ้ำ (Repeated Measures Multivariate Analysis of Variance : Repeated Measures ; MANOVA)

ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมการใช้ยา ของกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	N	ค่าเฉลี่ย	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1. ความรู้เกี่ยวกับใช้ยา	36	5.33	8.47
2. ความตระหนัก	36	3.27	3.51
3. คำแนะนำในการใช้ยา	36	3.19	3.39
4. เจตคติต่อการใช้ยา	36	3.11	3.65
5. พฤติกรรมการใช้ยา	36	3.66	4.42

ผลการเปรียบเทียบคะแนนตัวแปรหลังการดำเนินการ ในกลุ่มทดลอง ในทุกตัวแปรตามรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของ แบบ Multivariate Test ดังแสดงในตาราง ที่ 18

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนตัวแปรกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในทุกตัวแปรตามรูปแบบ การพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน แบบ **Multivariate Test**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	0.998	6824.901(a)	5.000	66.000	.000*
	Wilks' Lambda	0.002	6824.901(a)	5.000	66.000	.000*
	Hotelling's Trace	517.038	6824.901(a)	5.000	66.000	.000*
	Roy's Largest Root	517.038	6824.901(a)	5.000	66.000	.000*
GROUP	Pillai's Trace	0.765	42.949(a)	5.000	66.000	.000*
	Wilks' Lambda	0.235	42.949(a)	5.000	66.000	.000*
	Hotelling's Trace	3.254	42.949(a)	5.000	66.000	.000*
	Roy's Largest Root	3.254	42.949(a)	5.000	66.000	.000*

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ค่าสถิติ MANOVA การเปรียบเทียบโดยการทดสอบ Multivariate จาก พิจารณา โดยใช้การทดสอบสมมุติฐานด้วยวิธี Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, และ Roy's Largest Root พบว่า มีค่า Significant ที่ระดับ .000 เท่ากัน แสดงว่า หลังการทดลองใช้ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาแล้ว ผลที่เกิดขึ้นโดยรวม ของก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การใช้ยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมทุกตัวแปร ในกลุ่มทดลอง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบว่าแตกต่างกันที่ด้านใด หรือตัวแปรตามใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการ ทดสอบความแตกต่างในแต่ละตัวแปรตามต่อไป โดยใช้การทดสอบแบบทีละตัวแปร (Univariate Test) ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ละตัวแปรแบบและการทดสอบทีละตัวแปร

Univariate Test

	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
GROUP	ความรู้เกี่ยวกับไข้ยา	177.347	1	177.347	96.256*	.000
	ความตระหนัก	1.063	1	1.063	8.043*	.006
	คำแนะนำในการไข้ยา	0.642	1	0.642	16.695*	.000
	เจตคติต่อการไข้ยา	5.077	1	5.077	7.518*	.008
	พฤติกรรมกรไข้ยา	10.515	1	10.515	70.003*	.000

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

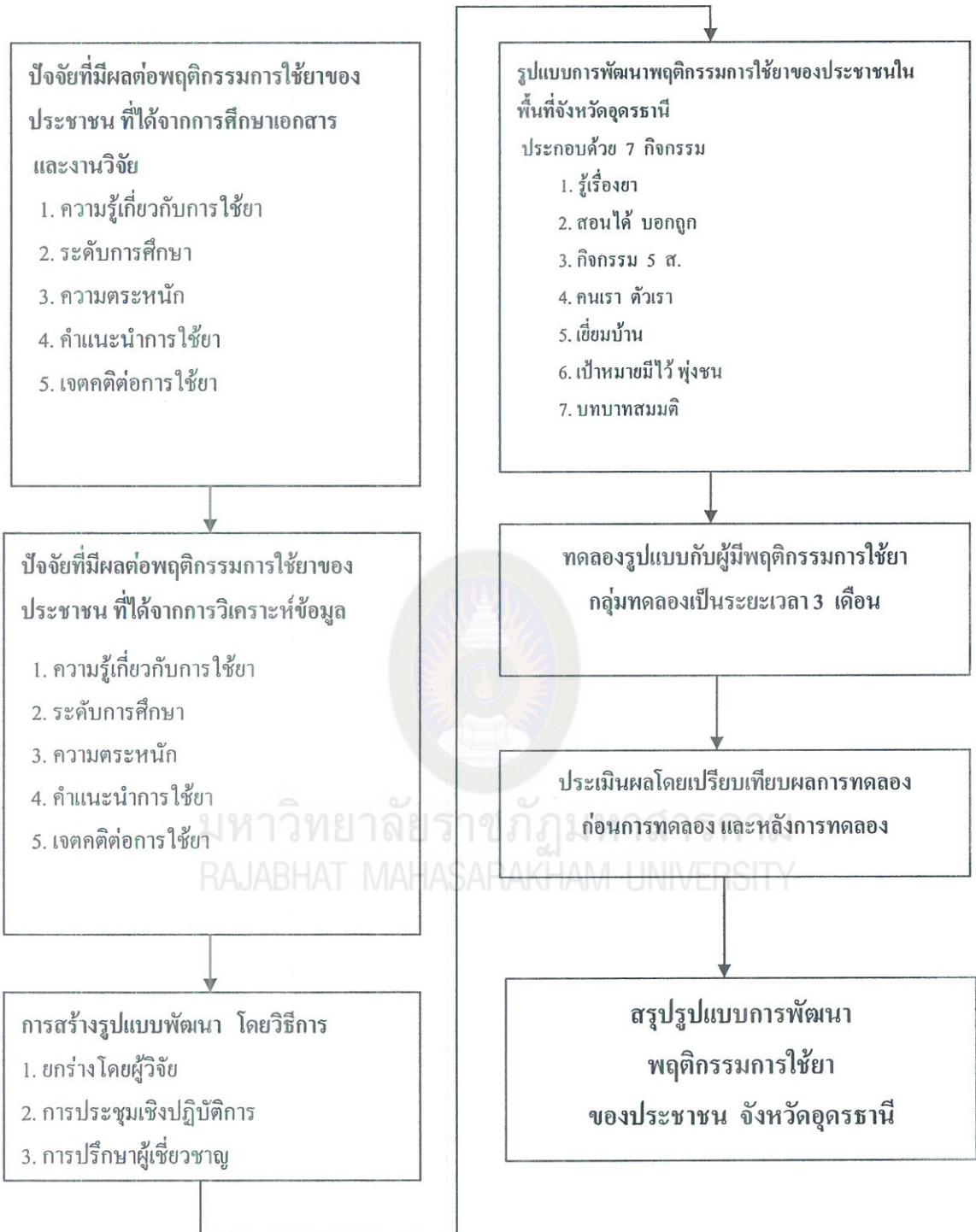
จากตารางที่ 19 เป็นการทดสอบค่าเฉลี่ยที่ละตัวแปรย่อย พบว่าตัวแปรทุกตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมี 5 ตัวแปรที่มีค่า Significant ไม่เกิน .05 ตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างในแต่ละตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับไข้ยา(KNOW) มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ตัวแปรด้านความตระหนัก มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .006 ตัวแปรด้านคำแนะนำในการไข้ยา มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ตัวแปรด้านเจตคติต่อการไข้ยา มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .008 และตัวแปรด้านพฤติกรรมกรไข้ยามีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

จากการทดสอบแบบ Univariate Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรทีละตัวแปร พบว่า ทั้ง 4 ตัวแปรคือ ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับไข้ยา ตัวแปรด้านความตระหนัก ตัวแปรด้านคำแนะนำในการไข้ยา และตัวแปรด้านเจตคติต่อการไข้ยา มีค่า Significant มากที่สุดไม่เกิน .008 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ผู้วิจัยตั้งไว้ที่ .05 สรุปได้ว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมกรไข้ยา ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับไข้ยา ตัวแปรด้านความตระหนัก ตัวแปรด้านคำแนะนำในการไข้ยา ตัวแปรด้านเจตคติต่อการไข้ยา และตัวแปรด้านพฤติกรรมกรไข้ยา ทั้ง 5 ตัวแปร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการจัดการพฤติกรรมการใช้ยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 4 ด้าน คือ ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับใช้ยา ตัวแปรด้านความตระหนัก ตัวแปรด้านคำแนะนำในการใช้ยา และตัวแปรด้านเจตคติต่อการ ใช้ยา

ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า ในการวิจัยระยะที่ 1 ตัวแปรที่มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชน ที่เป็นตัวแปรพยากรณ์ ที่ได้จากการศึกษาเอกสาร และการวิจัย พบว่ามี 5 ตัวแปร เมื่อนำเข้าสมการ โครงสร้างเพื่อตรวจสอบความตรงของตัวแบบจำลองสมมติฐาน ซึ่งมีค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ดัชนีความกลมกลืนของตัวแบบ พบว่า มีตัวแปรพยากรณ์ 5 ตัวแปร ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับใช้ยา ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา และปัจจัยด้านเจตคติต่อการ ใช้ยา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน และต่อมาในการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยจากการวิจัย

ระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการพฤติกรรมการใช้ยา โดยผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จำนวน 4 ด้าน 7 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1) รู้เรื่องยา กิจกรรมที่ 2) สอนได้ บอกถูก กิจกรรมที่ 3) กิจกรรมที่ 4) กิจกรรมที่ 5) คนเรา ตัวเรา กิจกรรมที่ 6) เป้าหมายมีไว้พุ่งชน และกิจกรรมที่ 7) บทบาทสมมติ จากนั้นการวิจัยระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของ ประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ทั้ง 4 ปัจจัย 7 กิจกรรม ไปทดลองดำเนินการตามรูปแบบที่ได้ ในระยะที่ 2 และกำหนดให้มีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินงานของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาดีวก่อนการทดลอง ดังแสดงกระบวนการ ดำเนินการวิจัย รูปแบบการจัดการพฤติกรรมการใช้ยา จังหวัดอุดรธานี ซึ่งสามารถแสดงเป็น แผนภาพได้ดังแผนภาพที่ 17



แผนภาพที่ 17 กระบวนการดำเนินการวิจัย รูปแบบการจัดการพฤติกรรมการใช้ยา จังหวัดอุดรธานี

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่องรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยโดยใช้การวิจัยในเชิงปริมาณ และคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Methodology) แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ เพื่อศึกษา ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี โดยอธิบาย ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยรูปแบบความสัมพันธ์แบบสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) แล้วสร้างแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของ ประชาชน จังหวัดอุดรธานี นำผลการวิจัยที่ได้มาสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวม ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ได้รับอิทธิพลทางตรงจาก 1)เจตคติต่อการใช้ยา ได้รับอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมจาก 1) ความรู้เกี่ยวกับใช้ยา 2) ระดับการศึกษา 3)ความตระหนัก และ 4)คำแนะนำในการใช้ยา
2. หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับใช้ยา ความตระหนัก คำแนะนำในการใช้ยา และเจตคติต่อการใช้ยา สูงกว่าก่อนการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

1. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1

1.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย

1.1.1 ประชากร (Population) ประชากร คือ ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,134,823 คน (คณะกรรมการการเลือกตั้ง. 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2556) จำนวน 20 อำเภอ

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ ประชาชนผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในจังหวัดอุดรธานี (คณะกรรมการการเลือกตั้ง. 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2556) โดยใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane. (1973 : 727) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้คำตอบครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

1.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี คือ

- 1) ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
- 2) ระดับการศึกษา
- 3) ความตระหนัก
- 4) การได้รับคำแนะนำการใช้ยา

1.2.2 ตัวแปรคั่นกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงเหตุและผล คือ
เจตคติต่อการใช้จ่าย

1.2.3 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นตามแนวทางของวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งแบบสอบถามได้แบ่งเป็น 5 ด้านตามตัวแปรต่าง ๆ คือ 1)ความรู้เกี่ยวกับใช้จ่าย 2)ระดับการศึกษา 3)ความตระหนัก 4)การได้รับคำแนะนำในการใช้จ่าย และ 5)เจตคติต่อการใช้จ่าย

3. การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of Data) โดยใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ทดสอบสมมติฐานในการวิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) เพื่ออธิบายอิทธิพลเส้นทาง (Path Analysis) หรือปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่ส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อตัวแปรตาม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significant .05)

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

1. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีหรือผู้แทน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน) ผู้นำท้องถิ่น ตัวแทนจากร้านขายยาในจังหวัดอุดรธานี และอำเภอน้ำโสม ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน

2. การรวบรวมข้อมูล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) และใช้การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) และการระดมสมอง (Brain Storming) และพิจารณากิจกรรมที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชน

1. กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมการใช้จ่ายในเขตอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวนทั้งสิ้น 36 คน

2. วิธีการดำเนินการทดลอง

2.1 ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนทดลองกับกลุ่มทดลอง เป็น Pretest

- 2.2 ใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ในกลุ่มทดลอง
- 2.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังทดลองกับกลุ่มทดลอง เป็น Posttest
- 2.4 วิเคราะห์ข้อมูลแล้วสรุปผลการทดลอง

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จังหวัดอุดรธานี มี 5 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา(0.39) 2) ปัจจัยด้านคำแนะนำการใช้ยา(0.22) 3) ปัจจัยด้านความตระหนัก(0.11) 4) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับใช้ยา(0.09) และ5) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (- 0.06)

2. ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ได้จัดทำกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการจัดการ 7 กิจกรรม คือ

- 2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม รู้เรื่องยา
- 2.2 ด้านความตระหนัก 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมตัวเรา คือเรา กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมเป้าหมายมีไว้ ฟุ้งชน

- 2.3 ด้านการให้คำแนะนำการใช้ยา 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสอนได้ บอกถูก
- 2.4 ด้านเจตคติต่อการใช้ยา 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมบทบาทสมมติ
- 2.5 กิจกรรมเพิ่มเติม 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม 5 ส

3. ผลการทดลองใช้และประเมินผลการใช้ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความตระหนัก คำแนะนำการใช้ยา และมีเจตคติต่อการใช้ยา สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับใช้ยา 2) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา 3) ปัจจัยด้านความตระหนัก 4) ปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำในการใช้ยา และ 5) ปัจจัยด้าน เจตคติต่อการใช้ยา ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี โดยใช้การวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) โดย

ใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) เพื่ออธิบายอิทธิพลเส้นทาง (Path Analysis) หรือปัจจัยเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต้น ตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อตัวแปรตาม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Level of Significance .05) พบว่ามี 5 ปัจจัย ที่ส่งผลต่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา 2) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา 3) ปัจจัยด้านความตระหนัก 4) ปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำในการใช้ยา และ 5) ปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยา ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัย มาอภิปราย ดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของ การ์รันต์ กิจวิจารณ์ (2549 : ก) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาอาการไข้เจ็บคอของนักศึกษาแพทยมหาวิทาลัยขอนแก่น พบว่า นักศึกษาแพทย์มากกว่าครึ่งที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาอาการไข้เจ็บคอ โดยส่วนใหญ่เคยใช้ยาปฏิชีวนะเอง โดยไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ และจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าระดับความรู้เข้าใจเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำมาประเมินพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะได้

ผู้วิจัยจึงเห็นว่าปัจจัยด้านความรู้ในการใช้ยา มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา ของประชาชน เพราะความรู้เป็นพื้นฐานอันดับแรก ที่จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรม หากประชาชนได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่ถูกต้อง เป็นจริง จนเกิดความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องดังกล่าวถูกต้องแล้ว ก็จะนำไปสู่การเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาด้านความรู้ จำเป็นต้องพัฒนาเป็นอันดับต้น และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะบุคคลจะมีความจำได้ในระยะหนึ่ง ถ้าหากไม่มีการทบทวนความจำได้ก็จะลดลง

ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา เป็นปัจจัยภายในซึ่งอยู่ในตัวบุคคลเป็นพลังขับเคลื่อนการตัดสินใจไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ทำให้ได้ทราบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลถึงการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี คือปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน

1.2 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของกิตติมา นวีภัลยากุล และคณะ (2548 :15-16) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทานของสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. พบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ซึ่งมารับบริการจากร้านยาในเขต

อำเภอเมืองนครปฐมนั้น ผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) อยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี มีวุฒิการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้าง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักตลอดเวลาที่ผ่านมา เพราะมีรายงานว่าพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทยในกลุ่มเช่นนี้จะไม่ให้ความสำคัญกับฉลากยา และเมื่อพิจารณาประกอบกับพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมาติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ ไม่น้อยกว่า 1 ปี บางรายมีการใช้ติดต่อกันมาหลายสิบปี แต่เมื่อสอบถามถึงความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิดที่ใช้กลับพบว่า มีเพียงร้อยละ 81.5 เท่านั้นที่ได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ แสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคบางคน มีการใช้ยาโดยที่ไม่ได้ให้ความสนใจถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาเลย ซึ่งจัดว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาอย่างไม่มีประสิทธิผล และหรือเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะเกิดกับการใช้ยาดังกล่าวด้วย เพราะยาเม็ดคุมกำเนิดมีข้อห้ามและข้อควรระวังในผู้ที่โรคประจำตัว เช่น ผู้ที่ภาวะผิดปกติของระบบหลอดเลือดและหัวใจ รวมทั้งยาคุมกำเนิดยังมีอันตรกิริยากับยาตัวอื่นๆ หากใช้ร่วมกันส่งผลต่อประสิทธิผลของยาด้วย

1.3 ปัจจัยด้านความตระหนัก

ความตระหนัก ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของ กานนท์ อังคณาวิสัย (2556 : ก) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2556 พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2556 ยังมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบนออกจากร่วมเฉียบพลัน และแผลสดน้อย การรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลด้วยสื่อสามารถเพิ่มความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลได้ และนักศึกษายังตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะด้วย

ทะนงศักดิ์ ประสบกิติคุณ (เอกถักษณ์ ธนเจริญพิศาล.2554 : 16) กล่าวว่าเนื่องจากความตระหนักของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคลดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้จึงมีผลต่อความตระหนักด้วยซึ่งได้แก่

1. ประสบการณ์ที่มีต่อการรับรู้
2. ความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมถ้าบุคคลใดที่มีความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมนั้นก็จะทำให้บุคคลนั้นไม่ตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น
3. ความใส่ใจและการเห็นคุณค่าถ้ามนุษย์มีความใส่ใจเรื่องใดมากก็จะมีความตระหนักในเรื่องนั้นมาก
4. ลักษณะและรูปแบบของสิ่งเร้าสามารถทำให้ผู้พบเห็นเกิดความสนใจยอมทำให้ผู้พบเห็นเกิดการรับรู้และความตระหนักขึ้น

5. ระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้ด้านมนุษย์ได้รับการรับรู้บ่อยครั้งเท่าใดหรือนานเท่าไรก็ยังทำให้มีโอกาสเกิดความตระหนักได้มากขึ้นเท่านั้น

จากแนวความคิดของทฤษฎีการรับรู้ ประสาทสัมผัส ดังกล่าวนี สามารถนำมาอธิบายความตระหนักของผู้บริโภคหลังจากได้รับความรู้ในเรื่องของการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไรและผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากเกินไปใด บุคคลก็จะมองเห็นความสำคัญในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

ผู้วิจัยพบว่า ความตระหนัก ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนจังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญที่มีผลต่อความยั่งยืนในการควบคุมตนเองของผู้ที่มีการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาในการเสนอความคิดเห็น และความเชื่อมโยงไปสู่กิจกรรมอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ได้ด้วย

1.4 ปัจจัยด้านคำแนะนำในการใช้ยา

คำแนะนำในการใช้ยา ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของ อรรถพร หิรัญดิษฐ์ (2541 : 1) พบว่า การให้คำแนะนำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยนั้นมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาดีขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของ รุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์ (2548 : ก) ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ : การทดลองทางคลินิกเชิงสุ่ม จากผลการวิจัยพบว่า เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรในครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้งและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีปัญหาการปฏิบัติตัวและปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้งและเมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีปัญหาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

1.5 ปัจจัยด้านเจตคติในการใช้ยา

เจตคติต่อการใช้ยา ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของ จตุพร คงกิตติมากุล และอังคณา วิญญูวิริยวงศ์ (2548 : ก) ได้ทำการศึกษาเจตคติของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ต่อการใช้ยาจากสมุนไพร โดยทำการศึกษาเจตคติของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่กำลังศึกษา ในคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้นปีที่ 1, 3 และ 5 รวมทั้งสิ้น 297 คน มีจำนวนนักศึกษาชั้น ปีที่ 1, 3 และ 5 ที่ตอบแบบวัดเจตคติคิดเป็นร้อยละ 98.47, 96.59 และ 89.74 ตามลำดับ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ one-way ANOVA และ Scheffe's Post Hoc Test พบว่า นักศึกษาทั้ง 3 ชั้นปีมีเจตคติที่ดีต่อการใช้ยาจากสมุนไพร โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 5 มีเจตคติดีกว่าชั้นปีที่ 1 ($p < 0.001$) แต่เจตคติของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 5 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพร นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 5 มีเจตคติดีกว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ($p < 0.001$) แต่เจตคติของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 5 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับด้านคุณภาพของยาจากสมุนไพร นักศึกษาชั้นปีที่ 5 มีเจตคติที่ดีกว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ($p = 0.039$) ส่วนในด้านการเข้าถึงและการมีให้ใช้ได้ของยาจากสมุนไพร เจตคติของนักศึกษาทั้งสามกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นถึงเจตคติที่ดีของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ที่จะมียบทบาทในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างสมเหตุผล เมื่อสำเร็จเป็นเภสัชกร ในอนาคต

2. ผลการทดลองใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี ด้วย MANOVA พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านคำแนะนำในการใช้ยา และ ปัจจัยด้านเจตคติต่อการใช้ยาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

2.1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

Bloom. (1971 : 355) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้หรือความสามารถทางด้านสติปัญญา (Cognitive Domain) เป็น 6 ระดับเรียงจากพฤติกรรมขั้นง่ายไปสู่ขั้นยาก ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้น โดยบุคคลอาจจะเพียงแต่จำได้ นึกได้หรือโดยการมองเห็นได้ขึ้นก็อาจจะจำได้ เช่น การรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา เป็นต้นซึ่งพฤติกรรมขั้นนี้ไม่ได้ใช้ความคิดที่ซับซ้อนหรืออาจกล่าวได้ว่าไม่ได้ใช้ความสามารถของสมองมากนัก

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมขั้นที่สูงขึ้นมาจากความรู้ ความจำ บุคคลจะสามารถจัดหมวดหมู่การรับรู้ได้ แล่งได้อธิบายได้ คาดคะเนได้

3. การนำความรู้ไปใช้ (Application) เป็นพฤติกรรมความรู้ขั้นสูงขึ้นมาอีก ซึ่งจะต้องอาศัยความสามารถหรือทักษะทางด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา เช่น การแปลความหมายได้ตัดแปลงได้ เป็นต้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถแยกส่วนประกอบย่อย ๆ ของส่วนรวมออกเป็นส่วนๆ เพื่อให้เข้าใจส่วนรวมได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งอาจจะแบ่งได้เป็นชั้นย่อย ๆ 3 ชั้นด้วยกัน คือ

4.1 ขั้นที่ 1 สามารถแยกองค์ประกอบของปัญหาหรือสภาพการณ์ออกเป็น ส่วน ๆ เพื่อทำความเข้าใจกับส่วนประกอบต่าง ๆ ให้ละเอียด

4.2 ขั้นที่ 2 สามารถมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบ เหล่านั้น

4.3 ขั้นที่ 3 สามารถมองเห็นหลักของการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่ รวมกันเข้ากับปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างความสามารถในการวิเคราะห์ เช่น คำนวนออกมาได้ ตรวจสอบได้ วิเคราะห์ได้ เป็นต้น

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถนำเอาส่วนประกอบย่อย ๆ หลายส่วนมารวมกันเข้าเป็นส่วนรวม ซึ่งมีโครงสร้างที่แน่ชัดโดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการนำเอา ประสบการณ์เก่าและใหม่มาเชื่อมโยงกันแล้วสร้างแบบแผนหรือหลักปฏิบัติ เช่น วางแผนได้ ประกอบได้ จัดตั้งได้ ออกแบบได้ บริหารได้ เป็นต้น

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ค่าต่อความรู้ หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การเปรียบเทียบได้ วัด ได้ จัดอันดับได้ เป็นต้น

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

1. ผู้เข้ารับการอบรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังอบรม สูงกว่าก่อนอบรม
2. มีความรู้ และความมั่นใจ พร้อมที่จะตัดสินใจในทางที่ถูกต้อง
3. มีมนุษยสัมพันธ์กับ คนรอบข้าง
4. กล้าให้คำแนะนำในเรื่องการใช้ยากับบุคคลอื่น

2.2 การพัฒนาความตระหนัก

เอกลักษณ์ ธนเจริญพิศาล (2554 : 16) บอกไว้ว่า องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความตระหนัก มี 3 ประการ

1. องค์ประกอบด้านความคิด สติปัญญาและเหตุผล (Cognitive Component) หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ หรือความคิดต่าง ๆ ซึ่งเป็นการใช้เหตุผลของบุคคลในการจำแนกแยกแยะความแตกต่าง ผลได้ผลเสีย ซึ่งก็คือการที่บุคคลสามารถนำเอาคุณค่าทางสังคมที่ได้รับ การอบรมสั่งสอนและถ่ายทอดมาใช้ในการวิเคราะห์ พิจารณาประกอบเหตุผลในการที่ตนจะ ประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก(Affective Component)หมายถึงความรู้สึกในด้านทัศนคติค่านิยม ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี พอใจไม่พอใจ รักเกลียดกลัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการประเมินสิ่งเร้า

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม(Behavior Component) หมายถึง แนวโน้มที่จะแสดงออกทั้งทางวาจา กิริยาท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้า หรือเป็นแนวโน้มที่บุคคลจะสนองตอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งจะมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับความคิด และอารมณ์ความรู้สึก

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความตระหนัก กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

1. เกิดพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเรื่องต่าง ๆ ในที่ประชุม
2. เข้าใจในการทำกิจกรรม ร่วมกับคนอื่น ๆ
3. ยอมรับตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยพึงพิง ไปสู่การพึงพาตนเอง และไปสู่การพึงพาซึ่งกันและกัน

2.3 การพัฒนาการให้คำแนะนำการใช้ยา

วิธีการปฏิบัติตัวของผู้ที่ใช้ยา เมื่อเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบ่งตามประเภทของอาการไม่พึงประสงค์ และความรุนแรงของอาการที่เกิด ดังนี้

2.3.1 วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดการแพ้ยาที่มีอาการรุนแรง เมื่อผู้ที่ใช้ยาเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง ผู้ป่วยควรหยุดใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทันที เพื่อตรวจสอบและรักษาหรือแก้ไขอาการแพ้ที่เกิดขึ้น ซึ่งหากพบว่าเป็นการแพ้ยาประเภทที่รุนแรงจริง ก็ไม่ควรใช้ยานั้นอีกเด็ดขาด ตลอดชีวิต ผู้ป่วยควรพกบัตรแพ้ยาติดตัวไว้ตลอดเวลา และควรแจ้งแพทย์ เภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทุกครั้งที่มีการรับบริการทางการแพทย์ เพื่อเป็นการป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยาซ้ำจากยาที่เคยมีประวัติการแพ้มาแล้วอีก

2.3.1 วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดการแพ้ยาที่มีอาการไม่รุนแรง เมื่อเภสัชกรหรือแพทย์ได้ตรวจสอบแล้วว่าพบว่าผู้ที่ใช้ยาเกิดการแพ้ยาจริง โดยทั่วไปเภสัชกรก็จะออกบัตรแพ้ยาเพื่อบันทึกรายการยาที่แพ้และยาอื่นที่มีโอกาสแพ้ อาการแพ้ที่เกิดขึ้น วันที่แพ้ยา เช่นเดียวกันกับการแพ้ยาที่มีอาการรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยก็ไม่ควรใช้ยานั้นๆ อย่างไรก็ตาม ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ แล้ว แพทย์ก็จะไม่เสี่ยงสั่งจ่ายยานั้นๆ สำหรับผู้ป่วยก็ต้องพกบัตรแพ้ยาติดตัวไว้และแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษา และเภสัชกรผู้จ่ายยาให้ทราบก่อนรับยาทุกครั้งเพื่อป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำจากยาที่เคยมีประวัติการแพ้มาแล้วเช่นเดียวกัน

2.3.3 วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยาที่มีอาการรุนแรง โดยทั่วไปถ้ายาใดที่มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง เภสัชกรก็มักจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและให้ข้อมูลไว้บนฉลากยา

ที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วยเสมอ เพื่อเตือนให้ผู้ป่วยระมัดระวังหากเกิดอาการข้างเคียงเหล่านั้นขึ้นและให้รีบแจ้งเภสัชกรหรือแพทย์ทันทีที่เกิดอาการ หรือถ้าเป็นยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้ด้วยตนเอง สำหรับตัวที่ใช้ยาเอง ถ้าใช้ยาใดแล้วเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงก็ต้องแจ้งให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และเภสัชกรที่ให้การดูแลรักษาทุกครั้งที่ได้รับรักษา แต่หากยังจำเป็นต้องใช้นั้นจริงๆ เภสัชกรก็จะมีคำแนะนำวิธีการปฏิบัติที่จะช่วยลดผลของอาการข้างเคียงเหล่านั้นให้น้อยที่สุด

2.3.4 วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยาที่มีอาการไม่รุนแรง โดยทั่วไปเมื่อผู้ใช้ยาเกิดผลข้างเคียงของยาที่มีอาการไม่รุนแรงก็มักจะไม่เป็นปัญหาใดๆ กับการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลในการรักษาโรคหรือบรรเทาอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ แต่อย่างไรก็ตาม หากอาการเหล่านั้นมีการพัฒนาความรุนแรงมากขึ้น หรืออาการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นผลรบกวนการใช้ชีวิตปกติประจำวัน เช่น ยาทำให้ง่วงนอนแต่ผู้ใช้ยามีอาชีพที่จำเป็นต้องใช้เครื่องจักรกล หรือต้องขับรถตลอดทั้งวัน ซึ่งถ้ามีอาการรบกวนก็อาจเกิดเป็นอันตรายที่รุนแรงได้

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาคำแนะนำในการใช้ยา กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

1. เกิดพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเรื่องต่าง ๆ ในที่ประชุม
2. เข้าใจในการทำกิจกรรม ร่วมกับคนอื่น ๆ
3. กล้าแสดงออก โดยการเป็นผู้ให้คำแนะนำในการใช้ยาได้

2.4 การพัฒนาเจตคติในการใช้ยา

ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2550 : 30-33) ได้กล่าวถึงลักษณะของเจตคติต่ออาการข้างเคียงในการใช้ยาแต่ละครั้ง สิ่งที่เราต้องการคือ ผลการรักษาจากยาที่ต้องการใช้รักษาโรค หรือบรรเทาอาการที่เป็นอยู่ เช่น ยาลดความดันโลหิต จะมีผลช่วยลดความดันโลหิตของร่างกายให้ต่ำลง หรือยาแก้แพ้ลดน้ำมูก จะมีผลช่วยลดอาการแพ้และช่วยต้านสารฮีสตามีน เป็นผลให้น้ำมูกลดลง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากผลของการรักษาที่เราต้องการแล้ว การใช้ยาแต่ละอย่างก็ยังสามารถส่งผลให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างหลีกเลี่ยงได้ยากแถมมาด้วยเช่นกัน โดยทั่วไป เวลาที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาใดๆ ก็ตาม ผู้ใช้ยามักจะเรียกอาการเหล่านั้นรวมๆ กันว่าเป็น “การแพ้ยา” แต่แท้ที่จริงแล้วเมื่อกล่าวถึงอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในทางวิชาการจะครอบคลุมทั้งสิ่ง que เรียกว่า “การแพ้ยา” และ “ผลข้างเคียงของยา” ซึ่งอาการทั้งสองแบบนี้จะมีความแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. การแพ้ยา (Drug Allergy or Drug Hypersensitivity) เป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในลักษณะหนึ่ง ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ใช้ยาคอนใดจะเกิดอาการเหล่านั้นขึ้น และอาการเหล่านี้พบได้ในผู้ที่ใช้ยาบางรายเท่านั้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดจากการที่ตัวยาไป

กระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองเป็นอาการแพ้ อาจก่อให้เกิดการทำลายเซลล์บางชนิดของร่างกาย หรือกลไกอื่นๆ โดยอาการเหล่านี้มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป บางอย่างมีความรุนแรงมาก เช่น ทำให้ผู้ใช้ยาถึงขั้นช็อก (Shock) เนื่องจากหลอดเลือดบวมและตีบเกร็งจนไม่สามารถหายใจได้ ที่เรียกว่าแอนาฟิแล็กซิส (Anaphylaxis) เช่น อาการที่พบในผู้ที่แพ้ยาฆ่าเชื้อแก้อักเสบในกลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillin) บางอย่างก่อให้เกิด อาการสตีเวน-จอห์นสัน (Stevens-Johnson Syndrome: SJS) ที่ปรากฏอาการปากไหม้พอง หรืออาการผิวหนังถูกทำลาย (Toxic Epidermal Necrolysis: TEN) ที่พบในผู้ที่แพ้ยาในกลุ่มซัลฟา (Sulfa Drugs) บางราย เป็นต้น ในขณะที่อาการแพ้ยาบางชนิดที่พบ ก็อาจไม่รุนแรงมากนัก เช่น อาจเกิดเพียงอาการผื่นคันที่ผิวหนัง หรืออาการอื่น ๆ เพียงเล็กน้อยไม่รุนแรง

2. ผลข้างเคียงของยา (Side Effects) ก็เป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอีกประเภทหนึ่ง ที่ทราบได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้กับผู้ที่ใช้ยาได้ทุกคน เพราะเป็นอาการที่เกิดจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาปกติ จึงเป็นผลให้เกิดอาการเหล่านี้ขึ้นได้ ผลข้างเคียงของยานี้จึงเป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้บ่อยกว่าการแพ้ยามาก อย่างไรก็ตาม การตอบสนองของยาของผู้ที่ใช้ยาแต่ละคนก็จะมีผลแตกต่างกัน จากการที่ธรรมชาติของสภาวะร่างกาย เพศ โรคหรืออาการที่ผู้ใช้นั้นเป็นอยู่ พันธุกรรม หรือสิ่งอื่น ๆ ที่มีความแตกต่างกันในระหว่างบุคคล ดังนั้น กลุ่มของผู้ที่ใช้ยาบางกลุ่มจึงอาจมีความเสี่ยง (Risk Factors) ต่อการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ สำหรับการเกิดการแพ้ยา กลุ่มผู้ใช้ยาที่มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใช้อีกกลุ่มอื่น ๆ เช่น เป็นเพศหญิง ผู้ใหญ่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Infections) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสรวมด้วย มีประวัติการแพ้ยาที่มีโครงสร้างทางเคมีแบบเดียวกันมาก่อน ผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ที่มีหน่วยพันธุกรรมหรือยีน (Gene) เฉพาะบางชนิด และผู้ป่วยโรค lupus หรือเอสแอลอี (SLE) ส่วนการเกิดผลข้างเคียงของยา กลุ่มผู้ใช้ยาที่มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใช้อีกกลุ่มอื่นๆ เช่น เป็นเพศหญิง ผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีการทำงานของไตน้อยกว่าปกติ มีโรคตับ ใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Infections) ผู้ที่ติดเชื้อเฮอร์ปีส์ (Herpes Infection) ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ (Alcoholism) และผู้ป่วยโรคเอสแอลอี (SLE) ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทั้งการแพ้ยาและการเกิดผลข้างเคียงของยาเหล่านี้ จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเมื่อต้องมีการใช้ยา

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาเจตคติในการใช้ยา กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

1. เกิดพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเรื่องต่าง ๆ ในที่ประชุม
2. เข้าใจในการทำกิจกรรม ร่วมกับคนอื่น ๆ
3. ขอมรับตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยพึงพิง ไปสู่การพึงพาตนเอง และไปสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน

4. กล้าแสดงออก โดยการเป็นผู้ให้คำแนะนำในการใช้ยาได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ในการใช้ยา บางท่านเป็นผู้ที่ยังขาดความรู้ ความตระหนัก ในการจัดการกับตัวเองที่จะทำให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้อง และลดการใช้ยาอย่างยั่งยืน ถึงแม้ว่าเจตคติในการใช้ยา ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา จะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยว่าก่อให้เกิดการลดการใช้ยา รวมไปถึงการให้คำแนะนำในการใช้ยาก็เป็นการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาในประชาชน ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรอื่น ๆ ที่จะดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาในองค์กร หรือประชาชนทั่วไปสมควรที่จะต้องศึกษาปัจจัยด้านความรู้ในการใช้ยา ด้านความตระหนัก ด้านการให้คำแนะนำในการใช้ยา และด้านเจตคติในการใช้ยา ไปพร้อม ๆ กัน ร่วมกับการทำให้เกิดพฤติกรรมด้านการใช้ยาที่ถูกต้องไปด้วย จึงจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง เกิดความยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อทำการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในประชาชน ร่วมกับการศึกษามีภาวะของโรคภัยไข้เจ็บทางสุขภาพต่าง ๆ ร่วมกันด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคทางสุขภาพจิตที่มีในตัวบุคคลที่ต้องการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา จะทำให้เกิดความเหมาะสมในกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา

2.2 ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา ของผู้ที่มีสุขภาพไม่ปกติ ทั้งทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิต เปรียบเทียบกับบุคคลที่มีพฤติกรรมการใช้ยาปกติทั่วไปด้วย เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีความรู้ในการใช้ยา ความตระหนัก การแนะนำในการใช้ยา และเจตคติในการใช้ยา ที่แตกต่างกัน

บรรณานุกรม

- กมลวรรณ ทองดีแท้. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกศูนย์
อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. อุบลราชธานี : กรมอนามัย, 2553.
- การ์นต์ กิจวิจารณ์. พฤติกรรมและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาอาการไข้เจ็บคอ
ของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น, 2549.
- กานนท์ อังคนาวิศัลย์. ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของ
นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2554. กรุงเทพฯ : วารสารวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 2556.
- กิตติมา นวีภัลยากุล และคณะ. พฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทานของสตรีที่ใช้ยา
เม็ดคุมกำเนิด ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. : วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2548
ปีที่ 3 ฉบับที่ 2, 2548.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. คู่มือการใช้ยา. ฉบับสมบูรณ์ พิมพ์ครั้งที่ 4 พิมพ์ลักษณ์. ปทุมธานี : สกายบุ๊กส์,
2545.
- กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ. การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือ
ในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. นิพนธ์ต้นฉบับ
การบริหารทางเภสัชกรรม : สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), 2549.
- คลินิกฝากครรภ์ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำ
อย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา. สงขลา : สงขลานครินทร์เวชสาร,
2551.
- จตุพร คงกิตติมากุล และอังคนา วิญญูวิริยวงศ์. การศึกษาเจตคติของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ต่อ
การใช้ยาจากสมุนไพร. งานวิจัยคณะเภสัชศาสตร์ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
- จอมปวีร์ จันทร์หิรัญ. รูปแบบการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนถนนของรถไถเดินตามมีพ่วงท้ายใน
พื้นที่กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ปร.ด. (ยุทธศาสตร์
การพัฒนาภูมิภาค) มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2555.
- จันทสิน แก่นจันทร์. การพัฒนาชุดการสอนที่มีประสิทธิภาพวิชาคณิตศาสตร์ เรื่อง บทประยุกต์
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,
2546.

- เฉลียว บุรีภักดิ์. ชุมวิชาการวิจัยชุมชน. กรุงเทพฯ : สำนักมาตรฐานการศึกษาสำนักงานสภาพ
สถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานมาตรฐาน อุดมศึกษาทบวงมหาวิทยาลัย,
2545.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. โมเดล LISREL เพื่องานวิจัย. <http://www.watpon.com>, ค้นหามีเมื่อวันที่
11 เมษายน 2556.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. บทความความสละสลวย. เมษายน-กุมภาพันธ์ 2554.
Available: <http://www.watpon.com>. (สืบค้นข้อมูล 10 ธันวาคม 2556)
- ฉวีวรรณ ชมพูเขา. พฤติกรรมการป้องกันการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสของผู้ป่วยในพื้นที่ที่
มีการระบาดจังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาธารณสุขสุข) ชลบุรี : มหาวิทยาลัย
บูรพา, 2553.
- ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์แลศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับ
ลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2552.
- _____. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง จิตสำนึกต่อสาธารณะสมบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร.
นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- ชุตินา เนาว์โนนทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน
ระบบทางเดินหายใจของนักศึกษาสถาบันราชภัฏสวนสุนันทา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทร์วิโรฒ, 2545.
- ณรงค์ฤทธิ์ โสภา. การพัฒนาความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศของมัคคุเทศก์ ที่ทำงาน
การท่องเที่ยวทางด้านธรรมชาติและชาติศึกษาดำเนินการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ปร.ค. (ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมภากาศ)
มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2553.
- ทัศนีย์ สนธิ. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เจตคติต่อการเรียนและความคงทนในการ
เรียนรู้ กลุ่มสาระการเรียนรู้คณิตศาสตร์ เรื่องเศษส่วน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
ปีที่ 5 ที่เรียนโดยใช้เทคนิคกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนกับการสอนตามคู่มือ สสวท. วิทยานิพนธ์
ค.ม. : มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี, 2550.
- ธนวรรณ อิ่มสมบุญ. คู่มือการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ :
กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. การวัดเจตคติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. อุบลราชธานี : วิทยาออฟเซตการพิมพ์, 2550.
- นัยดา เกียรติยิ่งอัศุลี. ระบบยากับสุขภาพหญิงไทย : กรณีศึกษายาคุมกำเนิด. กรุงเทพฯ : คลังข้อมูล
HSRI (Health Research Repositories), 2546.

- บรรพต สุวรรณประเสริฐ. การพัฒนาหลักสูตรโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ. พิมพ์ครั้งที่ 5. เชียงใหม่ :
เดอะโนว์เลจเซ็นเตอร์, 2547.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2536.
- พัฒนศักดิ์ บุปผาสุวรรณ. ความตระหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ต่ออาชญากรรม
บนอินเทอร์เน็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บ.บ. (รัฐศาสตร์) กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2546.
- พงษ์ชัย เถลิงกลิ่น. ความตระหนักของพนักงานนิคมอุตสาหกรรมเกตเวย์ ซิตี้ ต่อลักษณะ
ปัญหาสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ : คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิต
พัฒนบริหารศาสตร์, 2551.
- พิสนธิ์ จงตระกูล. ฉลาดใช้จ่ายปฏิชีวนะ. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์, 2552.
- พิพัฒน์ ยิ่งเสรี. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
พ.ศ. 2555 – 2559. สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พิมพ์ครั้งที่ 1
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2554.
- มณีวรรณ สุขสมทิพย์. ความรู้เรื่องยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2552.
- มนัส พงศ์ชัยเดชา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาหารไม่พึงประสงค์จากยาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า
จ.จันทบุรี. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปกร, 2549.
- มนัส พงศ์ชัยเดชา. การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของ
ผู้ป่วยโรคหืดและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. นิพนธ์ต้นฉบับ การบริบาลทางเภสัชกรรม
: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), 2549.
- มานิดา สุรสิทธิ์. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมลาเรียของประชาชนในอำเภอไทรโยค
จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ, 2544.
- มนชัย แก้วหลวง. ความพึงพอใจของลูกค้าในการใช้บริการจากร้านยา ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยแม่โจ้, 2543.
- ยศพงศ์สิทธิ์ แก่นจันทร์. การใช้ยาที่อยู่ประจำบ้านของประชาชนในเขตอำเภอกระนวน จังหวัด
ขอนแก่น. พิมพ์ลักษณ์ ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : นามมีบุ๊กร
พับลิเคชันส์, 2542.

- ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อักษรทัศนีย์, 2542.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พ.ศ. 2546 พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : นานามีบู๊คส์พับลิเคชั่น, 2546.
- ราชัน พิมพ์. ความรู้ความตระหนักและการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- รุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์. ผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ : การทดลองทางคลินิกเชิงสุ่ม. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมคลินิก)สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2548.
- ลิขิต ธีรเวคิน. จดหมายข่าวราชบัณฑิตยสถาน ปีที่ 14 ฉบับที่ 157 มิถุนายน 2547. ราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : สำนักบรรณศาสตร์และการเมือง, 2547.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2543.
- วาสนา นัยพัฒน์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพฯ : วารสารพยาบาลทหารบก, 2553.
- วิพิน กาญจนการุณ. 10 พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยที่พบในคนไทย. ออนไลน์. <http://z.about.com> สืบค้นวันที่ 1 มิถุนายน 2556
- วีระชน ขว่อง. ความรู้ การมีส่วนร่วมและความตระหนักต่อระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของพนักงานในองค์กรที่ได้รับการรับรองมาตรฐานระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม (ISO 14001): ศึกษากรณี บริษัทจันทบุรีซีฟู๊ดส์ จำกัด และบริษัทจันทบุรีโพรเซ่นฟีด จำกัด. ภาคนิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต ; สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2551.
- ศิริ แสงบุญเรือง. การซื้อขายตัวเอง ของประชาชน ในเขตชุมชนแออัด. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- ศุภร เต็มทรัพย์. การเสริมสร้างความตระหนักในการใช้ยาของประชาชน อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 2552.
- ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ และมูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนา ระบบยา. ออนไลน์ : <http://www.yaandyou.net/index.php/2010-08-29-14-17>, 2553.
- สงวนศักดิ์ โกสุพันธ์. ผลการใช้เทคนิคกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.

- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. การพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526
- _____. ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
- สุนน อมรวิวัฒน์. กระบวนการเรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้ในชุมชนและธรรมชาติ. กรุงเทพฯ : วัฒนา
พานิชย์, 2544.
- สุนน อมรวิวัฒน์. ผลการวิจัยการปฏิรูปจากฐานผู้ยอด. สานปฏิรูป, 9, 2545.
- สุดใจ บุญอารีย์. การฝึกเหตุผลเชิงจริยธรรม : ทฤษฎีและการปฏิบัติ. พิมพ์ลักษณ์ กรุงเทพฯ :
ศูนย์พัฒนาหนังสือ กรมวิชาการ, 2541.
- สนธยา พลศรี. หลักสังคมวิทยา. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮ้า, 2545.
- _____. ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2547.
- สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยสูตรไพศาล, 2540.
- _____. ประมวลกฎหมายสำหรับเภสัชกร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สุรพล พะยอมแย้ม. ปฏิบัติการจิตวิทยาในงานชุมชน. พิมพ์ลักษณ์ กรุงเทพฯ : สหภาพพัฒนาการพิมพ์, 2545.
- สมศรี เจริญพิชิตนันท์. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ปีที่ 3 ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. : วารสารสภาการพยาบาล, 2543.
- เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอมพร. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของธุรกิจชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม.
วิทยานิพนธ์ ปร.ด. (ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค) มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏ
มหาสารคาม, 2553.
- หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชกรรมปฏิบัติ มหาวิทยาลัยนเรศวร. การจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาใน
ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกจังหวัด
พิษณุโลก, 2548.
- อมรศักดิ์ วงสาวณิชย์กิจ. ความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมประหยัดพลังงานทาง
สอง. สำนักหอสมุด : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2546.
- อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียร. ปัญหาจากการใช้ยาในนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. รายงาน
การวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2556.
- อรรณพ หิรัญดิษฐ์. คู่มือการให้คำปรึกษาเรื่องยาสูบแบบบูรณาการ. โรงพยาบาล ประจวบคีรีขันธ์
ภาควิชาเภสัชกรรม (เภสัชกรรมคลินิก) คณะเภสัชศาสตร์ : มหาวิทยาลัยศิลปากร,
2544.
- อชาญญา รัตนอุบล. นิยามของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง, สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2554,
จาก <http://wiki.edu.chula.ac.th/groups/a3394/wiki/7c47e/index>.

- อภิญา ธรรมแสง. พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังโดยการเยี่ยมบ้านในเขตชุมชนโนนทัน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
- อัคครัตน์ พูลกระจ่าง. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมหัวหน้างานเพื่อพัฒนาหลักสูตรการสอน งานปฏิบัติในสถานประกอบการ : บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ, 2550.
- เอชส์ จริเสวตกุล และคณะ. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน สามเหลี่ยม ม 1 จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
- เอกลักษณ์ ธนเจริญพิศาล. ความตระหนักและการยอมรับการจัดการสิ่งแวดล้อม (ISO 14001) มาใช้ในองค์การภาครัฐ : ศึกษากรณีสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2554.
- ออนไลน์. ประวัติการไข้ยา. : <http://www.sabayoihospital.go.th/> สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2556.
- ออนไลน์. พฤติกรรมการไข้ยาของมนุษย์. : <http://www.sabayoihospital.go.th/> สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2556.
- Chhen, K. Rethy and Eng, H. K. **CDTL Brief: Curriculum Design and Implementation: The Basics.** Vol. 4 No. 6 2001. 2001.
- Gruenewald PJ, Treño AJ. **Local and global alcohol supply : economic and Geographic models of community systems.** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, 2000 Dec. (ค้นคว้า 15 เม.ย. 2554)
- Marshall, Brigitte. **English That Works: Preparing Adult English Language Learners For Success in the Workforce and Community.** [Online]. Available: http://www.cal.org/caela/esl_resources/digets/Englishwks.html. 2002. [16/11/2008].
- Nunan, D. **Designing Tasks for Communicative Classroom.** Cambridge : Cambridge University Press. 1992.
- Nunan, D. **Language Teaching Methodology.** Cambridge : Cambridge University Press. 1991.
- Nunan, D. **The Learner-Centered Curriculum:A study on Second Language Teaching:** Cambridge University Press. 1988.

Robert H. Rouda & Mitchell E. Kusy, **J. Needs Assessment: The First Step.** [online].
Available :<http://alumnus.caltech.edu/>. 1995. [9/2/2007].

Taba H. **Curriculum Development: Theory and Practice.** New York: Harcourt Braca and World. 1981.

Wallace, M. **Guide on the Side- A Model for Training and Improving Performance.**
[online]. Available: <http://www.llrx.com/node/162/print>. 1999. [10/11/2008].

Weiler, B. & Harn, H. S. **Tour Guide Training: A Model for Sustainable Capacity Building in Developing Countries.** Journal of Sustainable Tourism.
Vol. 10 No.1, 2002.

Wiles, J. & Bondi, J. **Curriculum Development: A Guide to Practice.** Pearson Education, Inc. Upper Saddle River, New Jersey. 2002.

Likert, R., & Likert, J. **New Way of Managing Conflict.** New York : McGraw-Hill, 1976.

Yamane, Taro. **Statistics : An Introductory Analysis.** 2nd ed. New York : Harper and Row, 1973.



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัยและแบบสอบถามเพื่อคัดเลือกกิจกรรม



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา เรื่องรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความตระหนัก ระดับการศึกษา การได้รับคำแนะนำการใช้ยา และเจตคติต่อการใช้ยา เพื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าวไปสร้างและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นประโยชน์ในรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีให้มีประสิทธิภาพต่อไป

แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
2. ความตระหนัก
3. ระดับการศึกษา
4. การได้รับคำแนะนำการใช้ยา
5. เจตคติต่อการใช้ยา
6. พฤติกรรมการใช้ยา

ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านและตรงกับความ เป็นจริงของท่านมากที่สุดคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะนำมาใช้ประโยชน์ต่องานวิจัยใน ครั้งนี้เท่านั้น ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยใน ครั้งนี้

นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่าง.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ในช่องที่เป็นคำตอบของท่าน หรือ กรอกข้อความ ลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้

1. เพศ

 ชาย

 หญิง

2. อายุ..... ปี (เกิน 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)

3. ระดับการศึกษา

 ประถมศึกษา

 มัธยมศึกษาตอนต้น

 มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.

 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

 ปริญญาตรีขึ้นไป

4. รายได้ครอบครัว

 น้อยกว่า 5,000 บาท

 5,001 – 10,000 บาท

 10,001 – 15,000 บาท

 15,001 – 20,000 บาท

 มากกว่า 20,000 บาท

5. สิทธิการรักษาพยาบาล

 บัตรประกันสุขภาพ(บัตรทอง)

 บัตรประกันสังคม

 สิทธิข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ

 ประกันสุขภาพเอกชน

6. อาศัยอยู่กับ

 คู่สมรส

 บุตร / หลาน

 คนเดียว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดทำ ✓ ลงในช่องว่าง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้อง

1. พงเกลือแร่ใช้ในกรณีสูญเสียน้ำจากท้องเสีย
 ใช่ ไม่ใช่
2. การกินยาปฏิชีวนะ ในลักษณะกินยาไม่ครบตามขนาดเป็นเหตุให้เชื้อโรคเรื้อรัง
 ใช่ ไม่ใช่
3. ยาแก้ปวดลดอาการอักเสบของกล้ามเนื้อที่แพทย์สั่งให้กินหลังอาหารทันที
 ใช่ ไม่ใช่
4. เมื่อท่านลืมกินยาท่านควรรีบกินยาทันทีที่นึกขึ้นได้ และกินมื่อต่อไปโดยให้มีระยะห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง
 ใช่ ไม่ใช่
5. การกินยาหลังอาหารที่ถูกต้องคือกินหลังอาหาร 15-30 นาที
 ใช่ ไม่ใช่
6. ถ้าท่านไม่กินข้าวเช้าแต่แพทย์สั่งให้กินยาหลังอาหาร 3 เวลา ท่านจะกินขนมหรือผลไม้เป็นอาหารเช้า
 ใช่ ไม่ใช่
7. ยาที่ต้องกินหลังอาหารทันที คือยาแก้ปวด
 ใช่ ไม่ใช่
8. ยาลดกรดชนิดน้ำควรเขย่าขวดก่อนกิน
 ใช่ ไม่ใช่
9. เมื่อท่านเป็นโรคกระเพาะควรระวังในการใช้ยาแอสไพริน
 ใช่ ไม่ใช่
10. การระบุวันหมดอายุของยา คือ ตัวอักษร ว่า Expiration Date
 ใช่ ไม่ใช่

2.2 ความตระหนัก คำแนะนำการใช้ยา และเจตคติต่อการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน หรือตรงกับการปฏิบัติของท่าน

- 5 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด
 4 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก
 3 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง
 2 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย
 1 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

2.2 ข้อคำถามด้านความตระหนัก	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ก่อนท่านกินยาทุกครั้งมีการอ่านฉลากยาเสมอ					
2. เมื่อมีอาการป่วยจะไปพบแพทย์เสมอ					
3. การกินยาจะกินยาเฉพาะตามที่แพทย์สั่ง					
4. การซื้อยาแต่ละครั้งซื้อยาที่รู้จักชื่อ					
5. การจัดเก็บรักษายาทุกชนิดภายในบ้านจะให้ความสำคัญในการเก็บรักษา					
6. การจัดเก็บรักษายาทุกชนิดจะคอยตรวจวันหมดอายุของยาที่เก็บรักษาไว้					
7. ท่านมีความเชื่อว่ายาที่มีราคาแพงย่อมเป็นยาที่มีคุณภาพดี					
8. ท่านคิดว่ายาที่มีการโฆษณาอ่อมมีสรรพคุณตามที่โฆษณาจริง					
9. ท่านกินยาก่อนและหลังอาหาร เมื่อกินไม่ตรงเวลา ทำให้เกิดผลข้างเคียง					
10. ท่านคิดว่าการใช้ยาร่วมกับคนที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันได้					

2.3 ข้อคำถามด้านคำแนะนำการใช้ยา	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านได้รับทราบข้อมูลชื่อยาทุกครั้ง เมื่อได้รับยาจากห้องจ่ายยา					
2. ท่านได้รับทราบข้อมูลชื่อยาทุกครั้ง เมื่อชื่อยาจากห้องร้านขายยา					
3. แพทย์แนะนำให้ท่านมาพบเมื่อกินยาหมดและอาการไม่ดีขึ้น					
4. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่ายาปฏิชีวนะต้องกินติดต่อกันจนหมด					
5. ท่านเคยได้รับคำแนะนำว่าเมื่อกินยาปฏิชีวนะไม่หมดจะทำให้เชื้อคือยา					
6. ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ห้องยาว่าให้ดื่มน้ำตามมาก ๆ หลังกินยาบางตัว					
7. ท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ใกล้ชิดให้เขย่าขวดยาน้ำก่อนรินยาและกินยา					
8. มีคนแนะนำให้ท่านละลายผงเกลือแร่กับน้ำร้อนจะทำให้ละลายได้ดีขึ้น					
9. ท่านเคยอ่านฉลากยาพบข้อมูลว่ายาบางอย่างอาจทำให้วังงซึม					
10. ท่านได้อ่านข้อมูลวิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้องจากฉลากยา					

2.4 ข้อคำถามด้านเจตคติต่อการใช้จ่าย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เมื่อท่านมีอาการป่วยจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาถึงแม้ว่าจะยุ่งยากหลายขั้นตอนก็ตาม					
2. ท่านคิดว่าการเก็บค่ารักษา 30 บาทรักษาทุกโรคได้รับยาที่มีคุณภาพเท่ากับรักษาฟรี					
3. ยาที่ผลิตจากต่างประเทศย่อมมีคุณภาพกว่ายาที่ผลิตในประเทศไทย					
4. ท่านเชื่อว่ายาที่โรงพยาบาลของรัฐมีคุณภาพเหมือนกับยาที่โรงพยาบาลเอกชน					
5. ท่านคิดว่าการฉีดยาจะทำให้โรคหายเร็วกว่าการกินยา					
6. ท่านรู้สึกว่เมื่ออ่อนเพลีย ถ้าแพทย์ให้น้ำเกลือจะช่วยให้สดชื่นและมีแรงมากขึ้น					
7. ท่านเชื่อว่ายาทุกชนิดที่เคยกินหรือไม่เคยกินอาจทำให้แพ้ยาได้					
8. ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำป่วยเป็นโรคอาการจะไม่รุนแรง					
9. การหาซื้อยาจากร้านขายยามากินง่ายและประหยัดกว่าไปพบแพทย์					
10. ถ้าคนในชุมชนป่วยการกินยาตรงตามเวลาที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก					

2.5 ข้อคำถามด้านพฤติกรรมการใช้ยา	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เมื่อมีอาการป่วยจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและใช้ยาตามแพทย์สั่ง					
2. เมื่อมีอาการป่วยการใช้ยาควรระมัดระวังการใช้ยาให้ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่					
3. เมื่อแพทย์สั่งให้ใช้ยาในขนาดต่าง ๆ ท่านต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพียงใด					
4. ก่อนใช้ยาทุกชนิดท่านมักจะอ่านฉลาก คู่มือการใช้ยาให้ละเอียดชัดเจนเพียงใด					
5. ท่านจะหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ที่ทำให้ง่วงในเวลาขับรถ					
6. ท่านเคยปฏิบัติตามเมื่อรับประทานยาไประยะหนึ่งอาการป่วยหายก็ต้องหยุดยาตามไปด้วย					
7. ในการไปซื้อยาที่ร้านขายยา ท่านมักจะให้หรือฝากคนอื่น ไปซื้อให้					
8. การรับประทานยาที่ได้รับจากแพทย์มาโดยส่วนใหญ่แล้ว จะรับประทานหมดทุกครั้ง					
9. การหาซื้อยาจากร้านขายยามากินง่ายกว่าและประหยัดกว่าไปพบแพทย์					
10. เมื่อมีอาการป่วย ท่านคิดว่าการกินยาตรงตามเวลาที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องสำคัญ					

ขอขอบพระคุณ ท่านผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม เพื่อประโยชน์ในการวิจัยในครั้งนี้

ณัฐรสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว
ผู้วิจัย



ภาคผนวก ข
หนังสือราชการ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ที่ ศธ ๐๕๔๐.๐๑/ว ๑๒๗๖



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อ.เมือง จ.มหาสารคาม ๔๔๐๐๑

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร.สุนันท์ สาคร

ด้วย นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว รหัสประจำตัว ๕๔๕๒๓๐๓๐๐๒๑๑ นักศึกษา
ปริญญาเอก สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนามุมภาค รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ
ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนา
พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อให้การวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย
บรรลุลตามวัตถุประสงค์

เพื่อ

ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา

ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล

ตรวจสอบด้านสถิติ การวิจัย

อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน
ด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ไพรวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ ๐๕๔๐.๐๑/ว ๑๒๗๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

อ.เมือง จ.มหาสารคาม ๔๔๐๐๑

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร.วิชัย สายรักษา

ด้วย นายณัฐฐิติ ศรีจันทร์แก้ว รหัสประจำตัว ๕๕๕๒๓๐๓๐๐๒๑๑ นักศึกษา
ปริญญาเอก สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ
ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนา
พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อให้การวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย
บรรลุตามวัตถุประสงค์

เพื่อ	<input checked="" type="checkbox"/>	ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา
	<input checked="" type="checkbox"/>	ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล
	<input type="checkbox"/>	ตรวจสอบด้านสถิติ การวิจัย
	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน
ด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ไพโรวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย โทรศัพท์, โทรสาร ๐ - ๔๓๗๒ - ๕๔๓๘



ที่ ศธ ๐๕๔๐.๐๑/ว ๑๒๗๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

อ.เมือง จ.มหาสารคาม ๔๔๐๐๑

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร.ไชยเรศ บัวใหญ่รักษา

ด้วย นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว รหัสประจำตัว ๕๔๕๒๓๐๓๐๐๒๑๑ นักศึกษา
ปริญญาเอก สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ
ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนา
พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อให้การวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย
บรรลุตามวัตถุประสงค์

เพื่อ

ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา

ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล

ตรวจสอบด้านสถิติ การวิจัย

อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน
ด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ไพวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ ๐๕๔๐.๐๑/๑๒๗๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

อ.เมือง จ.มหาสารคาม ๔๔๐๐๑

๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายกเทศบาลตำบลน้ำโสม

ด้วย นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว รหัสประจำตัว ๕๔๕๒๓๐๓๐๐๒๑๑ นักศึกษา
ปริญญาเอก สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ
ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนา
พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อให้การวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย
บรรลุตามวัตถุประสงค์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้า
ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยกับประชากร และกลุ่มตัวอย่างคือ
ประชากร ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน ๓๖ คน จาก ๗
ตำบล ๒ เทศบาล โดยเลือกแห่งละ ๔ คน เพื่อนำข้อมูล ไปทำการวิจัยให้บรรลุตาม
วัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน
ด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ไพรรธรรม)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย โทรศัพท์, โทรสาร ๐ - ๔๓๗๒ - ๕๔๓๘

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิร่วมวิพากษ์รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของ
ประชาชน จังหวัดอุดรธานี ในเบื้องต้น

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิร่วมวิพากษ์รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน
จังหวัดอุดรธานี ในเบื้องต้น

ลำดับ	ชื่อ -นามสกุล	ตำแหน่ง
1	นายวรวุฒิ เมฆเวียน	รอง นพ.สสจ.อุดรธานี
2	นายชาติรี เบญจจินดา	สาธารณสุขอำเภอน้ำโสม
3	นายชาติลี ประสมเพชร	ปลัดเทศบาลตำบลนางัว
4	นายทองปนเพชร หาได้	ผอ.กองการศึกษา เทศบาลตำบลนางัว
5	นางนิยม ทิมิลกุล	รอง ปลัดเทศบาลตำบลนางัว
6	นายสุเทพ ชาวคร	ผจก.ไฟฟ้า อำเภอน้ำโสม
7	นายเท บัวบน	รองนายกเทศมนตรี ตำบลนางัว
8	นายบำรุงภักดี เรียงภาว	ผอ.กองช่าง เทศบาลตำบลนางัว
9	นายคณัย ไชยคินี	นายกเทศมนตรี ตำบลนางัว
10	นายคำหรี หงษาพันธ์	นายกเทศมนตรี ตำบลน้ำโสม
11	นายนายวิชัย โอธรา	กำนัน ตำบลนางัว
12	นายประพนธ์ ทรัพย์เจริญพันธ์	ผจก.ร้านขายยาคณาพนธ์เภสัช
13	นายปรีชา ตั้งตระกูลชัย	ผจก.ร้านขายยาน้ำโสมเภสัช
14	นายปัญญา เจริญทรัพย์	ผจก.ร้านขายยาปัญญาฟาร์มมาซี
15	นายบุญหนา บุญมา	กำนัน ตำบลน้ำโสม
16	นางอุดร ศรีชาติ	ประธาน กทบ.
17	นายบุญหนัก นันทกุล	ครูชำนาญการพิเศษ
18	นายเฉลียว ชมภูแดง	นายก อบต.ศรีสำราญ
19	นายมงคล คำดวง	รอง ผอ. ร.ร.น้ำโสมพิทยาคม
20	นายสานิต รัตน์แสง	ผญบ.บ้านไทยรุ่งเรือง



ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
1. ด้านความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยา	1. ผงเกลือแร่ใช้ในกรณีสูญเสียน้ำจากท้องเสีย	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้
	2. การกินยาปฏิชีวนะ ในลักษณะกินยาไม่ ครบตามขนาดเป็นเหตุให้เชื้อโรคเรื้อรัง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. ยาแก้ปวดลดอาการอักเสบของกล้ามเนื้อที่ แพทย์สั่งให้กินหลังอาหารทันที	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
	4. เมื่อท่านลืมกินยาท่านควรรีบกินยาทันทีที่นึก ขึ้นได้ และกินมือต่อไปโดยให้มีระยะห่างกัน อย่างน้อย 4 ชั่วโมง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. การกินยาหลังอาหารที่ถูกต้องคือกินหลัง อาหาร 15-30 นาที	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	6. ถ้าท่านไม่กินข้าวเช้าแต่แพทย์สั่งให้กินยา หลังอาหาร 3 เวลา ท่านจะกินขนมหรือผลไม้ เป็น อาหารเช้า	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้
	7. ยาที่ต้องกินหลังอาหารทันที คือยาแก้ปวด	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้
	8. ยาลดกรดชนิดน้ำควรเขย่าขวดก่อนกิน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	9. เมื่อท่านเป็นโรคกระเพาะควรระวังในการ ใช้ยาแอสไพริน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	10. การระบุวันหมดอายุของยา คือ ตัวอักษร ว่า Expiration Date	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะว่ามี ความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายชื่อในการมีบรรยากาศในองค์การพบว่า ข้อคำถาม ทั้ง 10 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
2. ด้านความตระหนัก	1. ก่อนท่านกินยาทุกครั้งมีการอ่านฉลากยาเสมอ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. เมื่อมีอาการป่วยจะไปพบแพทย์เสมอ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. การกินยาจะกินยาเฉพาะตามที่แพทย์สั่ง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. การซื้อยาแต่ละครั้งซื้อยาที่รู้จักชื่อ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. การจัดเก็บรักษายาทุกชนิดภายในบ้านจะให้ความสำคัญในการเก็บรักษา	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	6. การจัดเก็บรักษายาทุกชนิดจะคอยตรวจดูวันหมดอายุของยาที่เก็บรักษาไว้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	7. ท่านมีความเชื่อว่ายาที่มีราคาแพงย่อมเป็นยาที่มีคุณภาพดี	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้
	8. ท่านคิดว่ายาที่มีการโฆษณาอ่อมมีสรรพคุณตามที่โฆษณาจริง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	9. ท่านกินยาก่อนและหลังอาหาร เมื่อกินไม่ตรงเวลา ทำให้เกิดผลข้างเคียง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	10. ท่านคิดว่าการใช้ยาร่วมกับคนที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันได้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 – 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะมีความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อความสามารถในความกระตือรือร้นในการทำงาน พบว่า ข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามความตระหนัก มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
3. ด้านคำแนะนำ การใช้ยา	1. ท่านได้รับทราบข้อมูลชื่อยาทุกครั้ง เมื่อ ได้รับยาจากห้องจ่ายยา	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. ท่านได้รับทราบข้อมูลชื่อยาทุกครั้ง เมื่อซื้อ ยาจากห้องร้านขายยา	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. แพทย์แนะนำให้ท่านมาพบเมื่อกินยาหมด และอาการไม่ดีขึ้น	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขว่ายาปฏิชีวนะต้องกินติดต่อกันจน หมด	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. ท่านเคยได้รับคำแนะนำว่าเมื่อกินยา ปฏิชีวนะไม่หมดจะทำให้เชื้อดื้อยา	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	6. ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ห้องยา ว่าให้ดื่มน้ำตามมาก ๆ หลังกินยาบางตัว	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	7. ท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ใกล้ชิดให้เขย่า ขวดยาน้ำก่อนรินยาและกินยา	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้
	8. มีคนแนะนำให้ท่านละลายผงเกลือแร่กับน้ำ ร้อนจะทำให้ละลายได้ดีขึ้น	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	9. ท่านเคยอ่านฉลากยาพบข้อมูลว่ายาบางอย่าง อาจทำให้วังงซึม	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	10. ท่านได้อ่านข้อมูลวิธีการเก็บรักษายาที่ ถูกต้องจากฉลากยา	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใด ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะว่ามี ความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อความความสามารถในความกระตือรือร้นในการทำงาน พบว่า ข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามด้านคำแนะนำในการใช้ยา มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
4. ด้านเจตคติต่อการใช้ยา	1. เมื่อท่านมีอาการป่วยจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาถึงแม้ว่าจะยุ่งยากหลายขั้นตอนก็ตาม	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. ท่านคิดว่าการเก็บค่ารักษา 30 บาทรักษาทุกโรค ได้รับยาที่มีคุณภาพเท่ากับรักษาฟรี	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. ยาที่ผลิตจากต่างประเทศย่อมมีคุณภาพกว่ายาที่ผลิตในประเทศไทย	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. ท่านเชื่อว่ายาที่โรงพยาบาลของรัฐมีคุณภาพเหมือนกับยาที่โรงพยาบาลเอกชน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. ท่านคิดว่าการฉีดยาจะทำให้โรคหายเร็วกว่าการกินยา	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	6. ท่านรู้สึกว่ามีเม็อ่อนเพลีย ถ้าแพทย์ให้น้ำเกลือจะช่วยให้อึดขึ้นและมีแรงมากขึ้น	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	7. ท่านเชื่อว่ายาทุกชนิดที่เคยกินหรือไม่เคยกินก็อาจทำให้แพ้ยาได้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	8. ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำป่วยเป็นโรคอาการจะไม่รุนแรง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	9. การหาซื้อยาจากร้านขายยามากินง่ายและประหยัดกว่าไปพบแพทย์	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	10. ถ้าคนในชุมชนป่วยการกินยาตรงตามเวลาที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะว่ามีผลสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อในการทำงานเป็นทีม พบว่า ข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามพฤติกรรมด้านเจตคติต่อการใช้ยา มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
5. ด้านพฤติกรรม การใช้ยา	1. เมื่อมีอาการป่วยจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อ ตรวจรักษาและใช้ยาตามแพทย์สั่ง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. เมื่อมีอาการป่วยการใช้ยาควรระวังการใช้ ยาให้ถูกกับโรคที่เป็นอยู่	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. เมื่อแพทย์สั่งให้ใช้ยาในขนาดต่าง ๆ ท่าน ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพียงใด	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. ก่อนใช้ยาทุกชนิดท่านมักจะอ่านฉลาก ดู วิธีการใช้ยาให้ละเอียดชัดเจนเพียงใด	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. ท่านจะหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ที่ทำให้ ง่วงในเวลาขับรถ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	6. ท่านเคยปฏิบัติตามเมื่อรับประทานยาไประยะ หนึ่งอาการป่วยหายก็ต้องหยุดยาตามไปด้วย	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	7. ในการไปซื้อยาที่ร้านขายยา ท่านมักจะให้ หรือฝากคนอื่น ไปซื้อให้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	8. การรับประทานยาที่ได้รับจากแพทย์มาโดย ส่วนใหญ่แล้ว จะรับประทานหมดทุกครั้ง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	9. การหาซื้อยาจากร้านขายยามากินง่ายกว่า และประหยัดกว่าไปพบแพทย์	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	10. เมื่อมีอาการป่วย ท่านคิดว่าการกินยาตรง ตามเวลาที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่อง สำคัญ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะว่ามี ความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายชื่อในการทำงานเป็นทีม พบว่า ข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามพฤติกรรมการใช้ยา มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินความเห็นด้วยกับร่างกิจกรรม โครงการพิจารณาเครื่องมือการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา ของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนนำไปเป็นต้นแบบตั้งต้น

รายการกิจกรรมประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			\bar{X}	แปลผล	ผลการประเมิน
	1	2	3			
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา						
1. รู้เรื่องยา	5	5	5	5.00	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	นำไปใช้
ความตระหนัก						
1. คนเรา ตัวเรา	4	5	5	4.67	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. เชื่อมบ้าน	5	4	5	4.67	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	นำไปใช้
3. เป้าหมายมีไว้พุ่งชน	5	4	5	4.67	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	นำไปใช้
การแนะนำในการใช้ยา						
1. สอนได้ บอกถูก	5	5	5	5.00	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	นำไปใช้
เจตคติต่อการใช้ยา						
1. บทบาทสมมติ	5	4	5	4.67	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	นำไปใช้
กิจกรรมเพิ่มเติม						
1. กิจกรรม 5 ส	5	5	5	5.00	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	นำไปใช้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของกิจกรรมการพัฒนา กิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.51 ถึง 5.00 แสดงว่ากิจกรรมพัฒนานั้นได้ครอบคลุมเนื้อหาและเหมาะสมที่จะนำไปใช้เป็นรูปแบบการจัดการ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3.51 ไม่ต้องนำไปใช้เป็นรูปแบบการพัฒนา

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความครอบคลุมเนื้อหาที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 3.51 มีจำนวน 7 กิจกรรม

ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวัดพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

ข้อคำถาม	Discrimination	Difficulty
1. ผงเกลือแร่ใช้ในกรณีสูญเสียน้ำจากท้องเสีย	0.513	0.644
2. การกินยาปฏิชีวนะ ในลักษณะกินยาไม่ครบตามขนาดเป็นเหตุให้เชื้อโรคเรื้อรัง	0.733	0.662
3. ยาแก้ปวดลดอาการอักเสบของกล้ามเนื้อที่แพทย์สั่งให้กินหลังอาหารทันที	0.546	0.726
4. เมื่อท่านลืมกินยาท่านควรรีบกินยาทันทีที่นึกขึ้นได้ และกินมื่อต่อไปโดยให้มีระยะห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง	0.712	0.760
5. การกินยาหลังอาหารที่ถูกคือคือกินหลังอาหาร 15-30 นาที	0.807	0.421
6. ถ้าท่านไม่กินข้าวเช้าแต่แพทย์สั่งให้กินยาหลังอาหาร 3 เวลา ท่านจะกินขนมหรือผลไม้เป็น อาหารเช้า	0.453	0.689
7. ยาที่ต้องกินหลังอาหารทันที คือยาแก้ปวด	0.791	0.580
8. ยาลดกรดชนิดนี้ควรเขย่าขวดก่อนกิน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด	0.556	0.478
9. เมื่อท่านเป็นโรคกระเพาะควรระวังในการใช้ยาแอสไพริน	0.547	0.687
10. การระบุวันหมดอายุของยา คือ ตัวอักษร ว่า Expiration Date	0.592	0.698

N of Cases = 40.0

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.824

ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวัดพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ด้านความตระหนัก

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. ก่อนทานกินยาทุกครั้งมีการอ่านฉลากยาเสมอ	.3661	.8247
2. เมื่อมีอาการป่วยจะไปพบแพทย์เสมอ	.3472	.8013
3. การกินยาจะกินยาเฉพาะตามที่แพทย์สั่ง	.3459	.8060
4. การซื้อยาแต่ละครั้งซื้อยาที่รู้จักชื่อ	.3734	.8121
5. การจัดเก็บรักษายาทุกชนิดภายในบ้านจะให้ความสำคัญ ในการเก็บรักษา	.5376	.8103
6. การจัดเก็บรักษายาทุกชนิดจะคอยตรวจวันหมดอายุของ ยาที่เก็บรักษาไว้	.5705	.7794
7. ท่านมีความเชื่อว่ายาที่มีราคาแพงย่อมเป็นยาที่มีคุณภาพดี	.4808	.8052
8. ท่านคิดว่ายาที่มีการโฆษณา่อมมีสรรพคุณตามที่โฆษณา จริง	.3800	.8128
9. ท่านกินยาก่อนและหลังอาหาร เมื่อกินไม่ตรงเวลา ทำให้ เกิดผลข้างเคียง	.3658	.8017
10. ท่านคิดว่าการใช้ยาร่วมกับคนที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันได้	.4353	.6766

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8102

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8102 ผ่านเกณฑ์

ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวัดพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ด้านคำแนะนำการใช้ยา

ข้อคำถาม	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. ท่านได้รับทราบข้อมูลชื่อยาทุกครั้ง เมื่อได้รับยาจากห้องจ่ายยา	.3255	.8160
2. ท่านได้รับทราบข้อมูลชื่อยาทุกครั้ง เมื่อชื่อยาจากห้องร้านขายยา	.3445	.8024
3. แพทย์แนะนำให้ท่านมาพบเมื่อกินยาหมดและอาการไม่ดีขึ้น	.5464	.6224
4. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่ายาปฏิชีวนะต้องกินติดต่อกันจนหมด	.3872	.8122
5. ท่านเคยได้รับคำแนะนำว่าเมื่อกินยาปฏิชีวนะไม่หมดจะทำให้เชื้อดื้อยา	.5640	.6856
6. ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ห้องยาว่าให้ดื่มน้ำตามมาก ๆ หลังกินยาบางตัว	.4224	.7675
7. ท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ใกล้ชิดให้เขย่าขวดยาน้ำก่อนรินยาและกินยา	.4670	.7858
8. มีคนแนะนำให้ท่านละลายผงเกลือแร่กับน้ำร้อนจะทำให้ละลายได้ดีขึ้น	.3532	.8011
9. ท่านเคยอ่านฉลากยาพบข้อมูลว่ายาบางอย่างอาจทำให้วังงซึม	.4670	.7858
10. ท่านได้อ่านข้อมูลวิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้องจากฉลากยา	.3532	.8011

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8019

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8019 ผ่านเกณฑ์

ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวัดพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ด้านเจตคติต่อการใช้ยา

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. เมื่อท่านมีอาการป่วยจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ถึงแม้ว่าจะยุ่งยากหลายขั้นตอนก็ตาม	.5192	.7908
2. ท่านคิดว่าการเก็บค่ารักษา 30 บาทรักษาทุกโรคได้รับยาที่มีคุณภาพเท่ากับรักษาฟรี	.5254	.7906
3. ยาที่ผลิตจากต่างประเทศย่อมมีคุณภาพกว่ายาที่ผลิตในประเทศไทย	.5756	.8982
4. ท่านเชื่อว่ายาที่โรงพยาบาลของรัฐมีคุณภาพเหมือนกับยาที่โรงพยาบาลเอกชน	.4802	.8620
5. ท่านคิดว่าการฉีดยาจะทำให้โรครหายเร็วกว่าการกินยา	.4825	.8801
6. ท่านรู้สึกว่ามีอาการแพ้ยา ถ้าแพทย์ให้น้ำเกลือจะช่วยให้สดชื่นและมีแรงมากขึ้น	.3646	.7959
7. ท่านเชื่อว่ายาทุกชนิดที่เคยกินหรือไม่เคยก็อาจทำให้แพ้ยาได้	.3259	.8466
8. ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำป่วยเป็นโรคอาการจะไม่รุนแรง	.3045	.8047
9. การหาซื้อยาจากร้านขายยามากินง่ายและประหยัดกว่าไปพบแพทย์	.4406	.7886
10. ถ้าคนในชุมชนป่วยการกินยาตรงตามเวลาที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	.4324	.7975

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8285

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8285 ผ่านเกณฑ์

ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวัดพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

ด้านพฤติกรรมการใช้ยา

ข้อความ	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. เมื่อมีอาการป่วยจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	.4761	.8417
2. เมื่อมีอาการป่วยการใช้ยาควรระวังการใช้ยาให้ถูกต้องกับโรคที่ เป็นอยู่	.4762	.8434
3. เมื่อแพทย์สั่งให้ใช้ยาในขนาดต่าง ๆ ท่านต้องปฏิบัติตามอย่าง เคร่งครัดเพียงใด	.4566	.8241
4. ก่อนใช้ยาทุกชนิดท่านมักจะอ่านฉลาก ดู วิธีการใช้ยาให้ ละเอียดชัดเจนเพียงใด	.4363	.8443
5. ท่านจะหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ที่ทำให้ง่วงในเวลาขับรถ	.3159	.8060
6. ท่านเคยปฏิบัติตามเมื่อรับประทานยาไประยะหนึ่งอาการป่วย หายก็ต้องหยุดยาตามไปด้วย	.6858	.8643
7. ในการไปซื้อยาที่ร้านขายยา ท่านมักจะให้หรือฝากคนอื่น ไปซื้อให้	.6976	.8966
8. การรับประทานยาที่ได้รับจากแพทย์มาโดยส่วนใหญ่แล้ว จะ รับประทานหมดทุกครั้ง	.5198	.8905
9. การหาซื้อยาจากร้านขายยามากินง่ายกว่าและประหยัดกว่าไป พบแพทย์	.6129	.8442
10. เมื่อมีอาการป่วย ท่านคิดว่ากรกินยาตรงตามเวลาที่กำหนด ได้อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องสำคัญ	.4243	.8577

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8547

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8547 ผ่านเกณฑ์

ภาคผนวก จ
ภาพกิจกรรมประกอบงานวิจัย



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ภาพกิจกรรมประกอบงานวิจัย

เรื่องรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน จังหวัดอุดรธานี



ภาพภาคผนวกที่ 1 นพ.สมิต ประสันนาการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เยี่ยมให้กำลังใจ



ภาพภาคผนวกที่ 2 เกษีชร ชาญยุทธ พलगวัน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลน้ำโสม
วิทยาการ

กิจกรรม ในการวิจัย ระยะที่ 1



ภาพภาคผนวกที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม

กิจกรรม ในการวิจัย ระยะที่ 2



ภาพภาคผนวกที่ 4 FOCUS GROUPS



ภาพภาคผนวกที่ 5 BRAIN STORMING AND WORKSHOPS คัดเลือกรูปแบบการพัฒนา ร่วมกับ STAKEHOLDERS

กิจกรรมในการวิจัย ระยะที่ 3



ภาพภาคผนวกที่ 6 ผู้ร่วมกิจกรรมในกลุ่มทดลอง ร่วมลงทะเบียน



ภาพภาคผนวกที่ 7 วิทยากร ให้ความรู้ สอนได้ บอกถูก



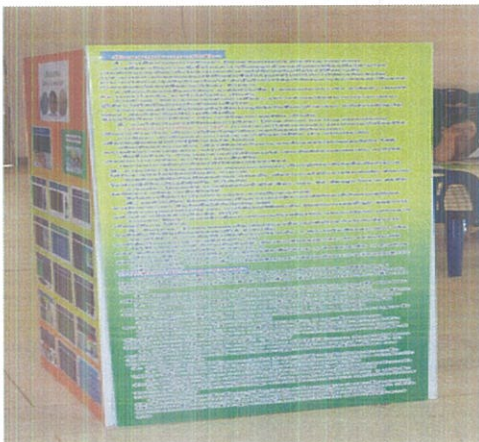
ภาพภาคผนวกที่ 8 วิทยากร ให้ความรู้ เรื่องยา



ภาพภาคผนวกที่ 9 นางอปริญญ์ วังษ์ใหญ่ ปลัดอำเภอหน้าโสม ประธานพิธีเปิดโครงการ ในการวิจัย
ระยะที่ 3



ภาพภาคผนวกที่ 10 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ในกลุ่มทดลอง



ประวัติผู้วิจัย

- ชื่อ : นายณัฐสิทธิ์ ศรีจันทร์แก้ว
- วัน/เดือน/ปีเกิด : วันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2505
- สถานที่เกิด : จังหวัดอุดรธานี
- ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 110 หมู่ที่ 7 บ้านไทยรุ่งเรือง ตำบลนาจัว
อำเภอโนนโสภะ จังหวัดอุดรธานี
- อาชีพปัจจุบัน : ค้าขาย
- สถานที่ปฏิบัติงาน : ร้านแสงชัยเภสัช ตำบลนาจัว อำเภอโนนโสภะ จังหวัดอุดรธานี

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2542 : ปริญญา ศิลปศาสตรบัณฑิต ศศ.บ. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
- พ.ศ. 2552 : ปริญญา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต รป.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์)
มหาวิทยาลัยอีสาน
- พ.ศ. 2557 : ปริญญา ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต ปร.ด. (ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค)
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม