

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษา ความรู้ที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา
และ กิณณัตติของผู้นับบริการ ต่อการบริการของเจ้าหน้าที่
ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

โดย

นาย พงษ์ศักดิ์

สมใจ

นาย วดุดลย์

กลางบุรีรัมย์

นาง ทวงใบ

เหล่าสมบัติ

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2539

ห้องสมุด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
01997..... 16/2/49..

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา
และ ทัศนคติของผู้รับบริการ ต่อการบริการของเจ้าหน้าที่
ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

โดย

นาย พงษ์ศักดิ์	สกิจ
นาย วดุลย์	กลางบุรัมย์
นาง ทองใบ	เหล่าสมบัติ

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2539



การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา
และ กัตนดติบองพืรับบริการ ต่อบการบริการของเจ้าหน้าที่
ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

โดย

นาย พงษ์ศักดิ์	สมใจ
นาย อุดลย์	กลางบุรัมย์
นาง ทวงใบ	เหล่าสมบัติ

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2539

บทคัดย่อ

การศึกษา ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้รับบริการ
2. ทัศนคติของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
3. ความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา โดยวิธีสัมภาษณ์ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่มาใช้บริการณ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และทดสอบหาค่าความเที่ยงแล้ว ใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณ 30 วัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรม SPSS / PC⁺ สถิติที่ใช้คือ

1. การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไป คะแนนความรู้ และทัศนคติ
2. T - test , F - test , Student Newman Keuls Test , Kruskal Wallis one - way ANOVA Test และ Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test สำหรับการศึกษาความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติของผู้รับบริการ

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้:-

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ เป็นเพศชาย ร้อยละ 32 เพศหญิง ร้อยละ 68 มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 30.3 การศึกษาส่วนใหญ่จบแค่ชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.3 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดขอนแก่นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 35.3 ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นตัวผู้ป่วยเอง ร้อยละ 54.7 มีประวัติมารับบริการที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นมานาน 3 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37.7
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 78.7 มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือระดับต่ำ ร้อยละ 13.3 และระดับสูง ร้อยละ 8.0

3. คะแนนทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา พบว่า ผู้รับบริการมีทัศนคติในระดับพอใจเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 88.4 ระดับพอใจมาก และระดับไม่พอใจเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 3.3 ที่เหลือเป็นพวกที่ไม่แสดงความคิดเห็น หรือรู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 5.0
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ได้แก่ การศึกษา และอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05
5. ปัจจัยที่มีผลทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ อายุ และอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอกราบพระคุณ นายแพทย์วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์ และนายแพทย์ อภิชัย มงคล ที่ได้กรุณาเป็นห่วง เป็นใย ให้คำแนะนำในด้านแนวคิดต่าง ๆ และคอยกระตุ้น ให้กำลังใจ ในการดำเนินงานศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นางวัชณี หัตถพนม และนางสาวภัสรา เชษฐโชติศักดิ์ ที่ให้ความเมตตา สละแรงใจ แรงกาย และเวลาว่างสำหรับตนเอง และครอบครัว ช่วยชี้แนะ ให้ความรู้ คำปรึกษาต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนการศึกษาวิจัยสำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ อรุณ จีรวัดณ์กุล และอาจารย์ แก้วใจ คำสุข ที่กรุณาช่วยวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS / PC⁺ และให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการอภิปรายผล

ท้ายที่สุด คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นที่ได้ให้การสนับสนุน ด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	I
กิตติกรรมประกาศ	III
สารบัญตาราง	VI
สารบัญรูปภาพ	IX
สารบัญแผนภูมิ	X
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น	6
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้	7
2.2 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา	8
2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ	28
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบของการวิจัย	43
3.2 ประชากร	43
3.3 กลุ่มตัวอย่าง	43

3.4 การสุ่มตัวอย่าง	44
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	46
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	46
 บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลทั่วไป	48
4.2 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้รับบริการ	53
4.3 ทักษะต่อการบริการ ณ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	60
4.4 ความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระกับความรู้ และทัศนคติของผู้รับบริการ	65
 บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	81
5.2 อภิปรายผล	83
5.3 ข้อเสนอแนะ	84
5.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	85
 บรรณานุกรม	87
 ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. แบบเสนอโครงร่างการวิจัย	92
ภาคผนวก ข. เกณฑ์มาตรฐานที่ใช้วัดความถูกต้องของความรู้เกี่ยวกับ การรักษาด้วยยาของผู้ป่วย	95
ภาคผนวก ค. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	96
ภาคผนวก ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบแบบสอบถาม	103
 ประวัติคณะผู้วิจัย	105

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวน และค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตาม เพศ อายุ	48
ตารางที่ 2 จำนวน และค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตาม ระดับการศึกษา	49
ตารางที่ 3 จำนวน และค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตาม อาชีพ และภูมิลำเนา ปัจจุบัน	50
ตารางที่ 4 จำนวน และค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตามความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย และประวัติการมารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	52
ตารางที่ 5 จำนวน และค่าร้อยละของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการ จำแนกตาม การปฏิบัติตนเมื่อได้รับยา การเข้าใจความหมายหน้าของยา คำว่า "ก่อนนอน"	53
ตารางที่ 6 จำนวน และค่าร้อยละ ของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการ จำแนกตาม การเข้าใจความหมายหน้าของยา คำว่า "หลังอาหาร" , "ก่อนอาหาร" , และ "เช้า"	54
ตารางที่ 7 จำนวน และค่าร้อยละของความรู้ของผู้รับบริการ ณ.ห้องจ่ายยา จำแนก ตามการเข้าใจความหมายหน้าของยา คำว่า "กลางวัน" , "เย็น" และ ยาที่กินหลายเวลา	55
ตารางที่ 8 จำนวน และค่าร้อยละของความรู้ของผู้รับบริการ ณ.ห้องจ่ายยา จำแนก ตามการเข้าใจความหมายหน้าของยา คำว่า "เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง" และ "ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์"	56
ตารางที่ 9 จำนวน และค่าร้อยละของความรู้ของผู้รับบริการ ณ.ห้องจ่ายยา จำแนก ตามการปฏิบัติตามความหมายของคำว่า "อาจทำให้วังงขึ้น ควรระมัด ระวังการขับถ่ายปัสสาวะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล" และ "ควรหยุดกินยาเมื่อใด"	57
ตารางที่ 10 จำนวน และค่าร้อยละของความรู้ของผู้รับบริการ ณ.ห้องจ่ายยา จำแนก ตามการเข้าใจ การปฏิบัติตน ว่าอาการง่วงมาก หลังจากกินยา เกิดจาก อะไร และถ้ามียาชุดก่อนเหลือ ควรทำอย่างไร	58
ตารางที่ 11 จำนวน และค่าร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้ รับบริการ ณ.ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	59

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 12 จำนวนและค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตามทัศนคติที่มีต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ ห้องจ่ายยา ในภาพรวม	60
ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา ในด้าน ตัวเจ้าหน้าที่ และ ค่ารักษาพยาบาล	61
ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา ในด้าน ระบบ ขั้นตอน สภาพแวดล้อม และ เวลาในการรอรับยา	62
ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละของผู้รับบริการ ณ.ห้องจ่ายยา จำแนกตาม "ท่านเคยได้ รับการจ่ายยาผิดพลาด หรือไม่" และ "ความเข้าใจในขั้นตอนการรับบริการ ณ.ห้องจ่ายยา "	63
ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละของผู้รับบริการ ที่มีต่อ การปรับปรุงบริการของห้องจ่ายยา	64
ตารางที่ 17 คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้รับบริการ โดย จำแนกตามเพศ	65
ตารางที่ 18 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของ คะแนนความรู้ของผู้รับบริการที่มี <u>ช่วงอายุ</u> แตกต่างกัน	66
ตารางที่ 19 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ ของผู้รับบริการ ที่ <u>มีการศึกษา</u> แตกต่างกัน	67
ตารางที่ 20 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการ ที่ <u>มีอาชีพ</u> แตกต่างกัน	68
ตารางที่ 21 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้รับบริการ ที่ <u>มีการศึกษา</u> แตกต่างกันด้วย Student Newman Keuls Test	69
ตารางที่ 22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้รับบริการที่มี <u>อาชีพ</u> แตกต่างกัน ด้วย Student Newman Keuls Test	70
ตารางที่ 23 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการที่มี <u>ประวัติการมารับบริการ ที่โรงพยาบาล</u> แตกต่างกัน	71
ตารางที่ 24 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการ ที่มี <u>เพศ</u> แตกต่างกัน ด้วย Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test	72

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 25	เปรียบเทียบ ทศนคติ ของผู้รับบริการ ที่มี <u>ช่วงอายุ</u> แตกต่างกันด้วย Kruskal Wallis One- Way ANOVA Test	73
ตารางที่ 26	เปรียบเทียบ ทศนคติ ของผู้รับบริการที่มี <u>ช่วงอายุ</u> แตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วย Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test	74
ตารางที่ 27	เปรียบเทียบ ทศนคติของผู้รับบริการที่มี <u>การศึกษา</u> แตกต่างกัน ด้วย Kruskal Wallis One-Way ANOVA Test	75
ตารางที่ 28	เปรียบเทียบ ทศนคติของผู้รับบริการที่มี <u>อาชีพ</u> แตกต่างกันด้วย Kruskal Wallis One - Way ANOVA Test	76
ตารางที่ 29	เปรียบเทียบ ทศนคติของผู้รับบริการที่มี <u>อาชีพ</u> แตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วย Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test	77
ตารางที่ 30	เปรียบเทียบ ทศนคติของผู้รับบริการที่มี <u>ภูมิลำเนา</u> ต่างกันด้วย Kruskal Wallis One-Way ANOVA Test	78
ตารางที่ 31	เปรียบเทียบ ทศนคติของผู้รับบริการที่มี <u>ภูมิลำเนา</u> แตกต่างกัน เป็นรายคู่ ด้วย Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test	79
ตารางที่ 32	เปรียบเทียบ ทศนคติของผู้รับบริการ ที่มี <u>ประวัติการรับบริการที่โรงพยาบาล</u> แตกต่างกัน ด้วย Kruskal Wallis One - Way ANOVA Test	80

สารบัญรูปภาพ

		หน้า
รูปที่ 1	The four main processes involved in drug therapy.	14
รูปที่ 2	ความสัมพันธ์ระหว่าง absorption , distribution , binding , biotransformation , และ excretion ของยาในกระแสโลหิต	15
รูปที่ 3	การกระจายตัวของยาในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	18
รูปที่ 4	Pharmacokinetic profile ของการให้ยาชนิดรับประทานเพียง 1 ครั้ง	21
รูปที่ 5	ความสัมพันธ์เบื้องต้นทาง Pharmacokinetics ของ การให้ยาซ้ำ ๆ กัน หลายครั้ง	22
รูปที่ 6	สิ่งต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความเร็วที่ยาจะแสดงฤทธิ์ (Onset) , ระยะเวลาที่ ยาออกฤทธิ์ (Duration) และความแรงของฤทธิ์ทางชีวภาพของยา	23

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ลักษณะของทัศนคติ	31
แผนภูมิที่ 2 องค์ประกอบของทัศนคติ	34

บทที่ 1

บทนำ

1.1. ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

1.1.1. แง่ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อรับบริการตรวจรักษา แพทย์จะซักถามประวัติ ความเจ็บป่วย ตรวจสภาพร่างกาย และให้การวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยนั้นเจ็บป่วยเป็นโรคอะไร พร้อมทั้งสั่งการบำบัดรักษา อาจจะโดยการให้ยา หรือ ด้วยการบำบัดวิธีอื่น ๆ ตลอดจนแนะนำวิธีปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย จากนั้นผู้ป่วย นำใบสั่งยามารับยาที่ห้องจ่ายยา เกสซ์กรก็จะจ่ายยาให้ตามขนาดและระยะเวลาของการใช้ที่แพทย์สั่ง รวมทั้งระบุนิธีใช้ยาบนฉลาก โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยใช้ยานั้นด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อผลในการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย ทั้งแพทย์ และเกสซ์กร ต่างตระหนักดีในหน้าที่ที่จะต้องทำการวินิจฉัย สั่งยา และจ่ายยาให้ถูกต้อง โดยปล่อยให้หน้าที่สำคัญที่สุดในการใช้ยา คือ การบริหารยาให้เป็นอย่างเหมาะสมอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ทั้งเชื่อว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำสั่งบนฉลาก และใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

จนกระทั่ง ประมาณ 10 กว่าปีที่ผ่านมา เริ่มมีผู้สนใจศึกษาลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยมากขึ้น และพบว่า มียาจำนวนมากที่แพทย์สั่งจ่ายให้ผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยไม่ได้บริโภคให้เกิดประโยชน์ และมีหลักฐานแสดงว่า ผู้ป่วยจำนวนมากประสบปัญหาไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่แพทย์สั่งได้ จนปัจจุบันนี้ปรากฏอย่างชัดเจนว่า ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้นั้น เป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขปัจจุบัน โดยทำให้การรักษาไม่ได้ผล หรือก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นยังทำให้สิ้นเปลืองการใช้ยาโดยไม่เกิดประโยชน์ และหากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่หายขาด หรือเกิดอาการเป็นพิษจากยา ก็อาจทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป เป็นการสิ้นเปลืองทั้งงบค่าใช้จ่ายส่วนตัว และงบประมาณของประเทศชาติ

ในประเทศไทย อัครณีย์ สิงหลกะ (2524) รายงาน การศึกษาผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยวิธีสัมภาษณ์ พบอัตรา ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ร้อยละ 40

สุวรรณี เจริญพิชิตนันท์ (2532) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน พบจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งถึงร้อยละ 75.7

บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะ เกสซ์กร ควรทบทวน และระลึกเสมอว่า พฤติกรรมนี้ของผู้ป่วยมักจะไม่ได้เกิดจากผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง แต่มักเกิดจากความไม่เข้าใจ จำไม่ได้ หรือไม่สามารถทำได้มากกว่า

ปัจจัยของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง มีได้มากมาย เช่น

1. เนื่องจากตัวผู้ป่วย

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- สถานภาพการสมรส

2. เนื่องจากโรคที่เป็น

- พบว่า โรคที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ มีผลทำให้การใช้ยาตามสั่ง และการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง นอกจากนี้ในแง่ ระยะเวลาของการเป็นโรค พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ จะพบความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้มากกว่าผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

3. เนื่องจากยา เช่น

- รูป รส กลิ่น
- ภาชนะบรรจุ
- อาการข้างเคียง
- จำนวนขนานที่ได้รับ
- ความถี่ของการใช้ยาในแต่ละวัน
- ความรู้เกี่ยวกับยา

พบว่า ถ้าผู้ป่วยรับทราบข้อบ่งชี้ของยาแต่ละตัวที่ผู้ป่วยต้องใช้ การใช้ยาผิดจะลดลง

- ฉลากยา

การที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจฉลากยา หรือตีความหมายในฉลากยาผิดก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาผิดจากที่สั่ง เช่น การตีความของคำสั่งใช้ยาที่ว่า "รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง" ผู้ป่วยมักรับประทานวันละ 3 ครั้ง โดยรับประทานทุก 6 ชั่วโมง ในตอนกลางวัน ไม่นับรวมเวลาที่ผู้ป่วยนอนตอนกลางคืน เป็นต้น

4. เนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ

เช่น การรอรับบริการนานเกินไป ทำให้ความร่วมมือในการมาพบแพทย์ตามนัด และการใช้ยาตามสั่งลดลงได้ ฯลฯ

ปริยานุช ศิริมัย (2538) ศึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามการใช้ยาที่บ้าน พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด โดยใช้น้อยกว่าขนาดที่สั่งร้อยละ 22.9 ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการใช้ยาในยาที่มีวิธีใช้เฉพาะ ร้อยละ 10.8 สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ความไม่รู้ ไม่เข้าใจ และไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับยาจากโรงพยาบาล และกลับไปรักษาต่อที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องจัดการเรื่องยาด้วยตนเอง และผู้ป่วย หรือญาติมักขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ทำให้ไม่สามารถใช้ยา และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้การรักษาด้วยยาไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่ และอาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาต่าง ๆ ได้

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งนั้น บางกรณีอาจไม่มีความสำคัญทางคลินิก เพราะไม่ว่าจะใช้ยาหรือไม่ โรคนั้นก็หายได้ แต่บางกรณีจะมีผลต่อการรักษาจนกระทั่งถึงกับเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งก็จะทำให้เกิดผลเสียไม่มากนักน้อยคือ

1. ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์อีกครั้งทำให้แพทย์เข้าใจว่ายาขนาดนั้น หรือ ขนาดนั้นไม่ได้ผล ทำให้ต้องเพิ่มขนาดยา หรืออาจทำให้แพทย์ไม่แน่ใจในการวินิจฉัย ทำให้ต้องวินิจฉัยโรคใหม่ ทั้งที่การรักษาเดิมอาจถูกต้องอยู่แล้ว การที่แพทย์ต้องเพิ่มขนาดยา หรือเปลี่ยนขนาดยา อาจจะทำให้ผู้ป่วยต้องเสี่ยงภัยจากผลข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้น

ส่วนตัวผู้ป่วยเอง เมื่ออาการของโรคไม่หาย หรือกลับเป็นรุนแรงมากขึ้นก็อาจต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลอีก

2. ทำให้โรคเกิดต้านยา โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ

3. การที่ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าแพทย์สั่ง อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง หรือเป็นพิษจากยาได้ จนกระทั่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

4. ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ในกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ฯลฯ ซึ่งถ้าไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ก็จะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนได้มากขึ้น ผลที่ตามมาคือ อาจเกิดความพิการ หรือถึงแก่ชีวิตขึ้นได้

5. ทำให้ต้องเสียค่ายาโดยไม่ได้รับประโยชน์จากยาอย่างเต็มที่

6. เมื่อผู้ป่วยไม่หายจากโรค สุขภาพอนามัยไม่ดี ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปกติ หรือเกิดโรคแทรกซ้อน ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาวินิจฉัยในโรงพยาบาล ญาติมิตร เพื่อนฝูง ก็ต้องเสียเวลามากดูแล ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจแบบแอบแฝง ถ้านำมาคิดคำนวณเป็นตัวเงิน ก็คงเป็นมูลค่ามหาศาล

เนื่องจากภาระหน้าที่ของกลุ่มงานเภสัชกรรม รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องยา ปัจจุบันมีการให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับยา วิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง ตลอดจนอาการข้างเคียงต่าง ๆ มีการใช้สื่อ

ต่างๆ เช่น ฉลากยา ฉลากยาเสริม เอกสารแผ่นพับ บอร์ดประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เป็นต้น แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาอย่างเป็นระบบว่า ชาวบ้านเข้าใจความหมายของสื่อต่าง ๆ หรือไม่ เข้าใจว่าอย่างไร ตรงกับจุดมุ่งหมาย หรือวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง หรือไม่ เพราะหากผู้รับบริการใช้ยาอย่างถูกต้อง และมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้รับบริการมีอาการทุเลา หรือนายขาดจาก อาการเป็นโรคได้เร็วยิ่งขึ้น

1.1.2. แง่ทัศนคติของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่

การบริการของรัฐมักจะไม่เป็นที่ประทับใจ ของผู้รับบริการ เนื่องจากการกิจของระบบข้าราชการส่วนใหญ่เป็นการให้บริการกับประชาชน ซึ่งเสมือนเป็นลูกค้า สภาพของการให้บริการของราชการในอดีตนั้นไม่ค่อยมีคู่แข่ง เป็นระบบการผูกขาด เพราะฉะนั้นราชการจะให้บริการอย่างไรก็ได้ แต่ภายหลังจะเห็นได้ว่า เอกชนได้เข้ามาเป็นคู่แข่งในเรื่องการให้บริการกับประชาชน เมื่อเปรียบเทียบการให้บริการระหว่างเอกชนกับรัฐ ไม่ว่าจะเป็นด้านคมนาคม ด้านสาธารณสุข หรือด้านการศึกษาก็ตาม ถ้าเป็นการให้บริการโดยภาคเอกชน ทุกคนจะรู้สึกได้ว่า เอกชนให้บริการที่ดีกว่ามีคุณภาพมากกว่า กล่าวโดยรวมก็คือ บริการของภาครัฐไม่เป็นที่พึงประสงค์ ทั้งในเรื่องคุณภาพ ความรวดเร็ว และอรรถาธิบายในเรื่องการบริการ

ดังนั้น..จะต้องคำนึงถึงว่า ทำอย่างไรจึงจะให้บริการที่ทำให้ประชาชนพึงพอใจ ทั้งในเรื่องคุณภาพ ความรวดเร็วของการบริการ ความถูกต้อง และอรรถาธิบายในการบริการ คือบริการด้วยความยิ้มแย้ม แจ่มใส ให้คนมารับบริการมาอย่างมีความสุข ในหลักการเดียวกันกับการให้บริการของภาคเอกชน

ปัจจุบัน หน่วยงานราชการต่างๆ มีแนวคิดที่จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และพัฒนาการบริการให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น เพื่อก้าวให้ทัดเทียมกับหน่วยงานเอกชน โดยมีประชาชนผู้รับบริการ เป็นเป้าหมายสูงสุด อาทิ มีการแบ่งแยกกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงาน ปรับเปลี่ยนขั้นตอนการทำงาน กระจายความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานระดับรองลงไป การให้บริการดุจญาติมิตร ฯลฯ เป็นต้น ภาพลักษณ์ของระบบราชการ คือ "พูดไม่เพราะ หน้าอ รอนาน บริการไม่ประทับใจ" ทำอย่างไรภาพลักษณ์เช่นนี้ จะเลือนหายไปจากความนึกคิด ความทรงจำของประชาชน ? หน่วยงานของรัฐคงต้องมีการวิเคราะห์ตัวเองว่า หน่วยงานยังคงมีภาพลักษณ์ เช่นเดิมอยู่หรือไม่ ถ้ายังมี ยังเป็นอยู่ ก็คงต้องสร้างแนวคิดใหม่ ๆ นโยบายใหม่ ๆ คำมั่นใหม่ ๆ ทุก ๆ ระบบของหน่วยงาน ให้ประชาชนเปลี่ยนความคิดใหม่ ว่า "พูดเพราะ หน้าไม่อ รอนาน บริการดุจญาติมิตร" ทุกครั้งที่นึกถึง พูดถึง แต่การจะปรับเปลี่ยนเช่นนี้ได้ ต้องทราบถึงสภาพปัจจุบันก่อน ว่ามีปัญหาอะไรบ้าง นัก เบา แคไหน เพื่อจะได้กำหนด แนวคิด ยุทธวิธี และขั้นตอนของการพัฒนาไปสู่สิ่งที่ดีกว่าต่อไป

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้วนี้ จึงได้มีการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขึ้น เพื่อจะได้ทราบถึงความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ทักษะคติของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา รวมทั้งปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการให้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุง แก้ไข การบริการของกลุ่มงานเภสัชกรรมให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

1.2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้ มีจุดประสงค์ คือ

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ของผู้รับบริการ ณ ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
2. ศึกษาทัศนคติของผู้รับบริการ ต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
3. ศึกษาความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

1.3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึง ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้รับบริการ และนำข้อมูลที่ได้ มาเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพิ่มเติม ในส่วนที่ผู้บริการ ยังขาดความรู้ หรือความเข้าใจไม่ถูกต้องในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เสี่ยงตามสาย จัดบอร์ด จัดทำเอกสาร แผ่นพับ หรือ หน่วยงานให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องยา เป็นต้น
2. ทราบถึง ทัศนคติของผู้รับบริการ ต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และนำความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่ได้มาปรับปรุงการบริการที่ห้องจ่ายยา ให้เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ
3. เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยต่อ ๆ ไป

1.4. ขอบเขตของงานวิจัย

ศึกษาจาก ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตั้งแต่เดือน มกราคม 2539 โดยไม่จำกัด เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ภูมิฐานะ และจำนวนครั้งที่มารับบริการ

1.5. ข้อตกลงเบื้องต้น

1. กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม หรือให้สัมภาษณ์ ตามความเป็นจริง
2. ผู้สัมภาษณ์แต่ละคนมีความสามารถใกล้เคียงกัน เนื่องจากได้รับการประชุม ที่เข้มแข็ง และทำความเข้าใจในเนื้อหาที่จะสัมภาษณ์ให้เข้าใจตรงกันแล้ว

1.6. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยได้รับ ทั้งที่ได้รับการให้ความรู้ คำแนะนำต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น รวมทั้งที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ
2. ทัศนคติ หมายถึง ความคิดเห็น หรือ ความรู้สึกของบุคคล และความรู้ ความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ หรือเรื่องราวต่างๆ ว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย ใช่หรือไม่ใช่
3. การบริการ หมายถึง งานต่าง ๆ ที่กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จัดทำขึ้นให้แก่ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย ได้แก่ การคิดเงินค่ายา การเขียนซอง หรือฉลากยา การจัดยา การส่งมอบยา การให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ตลอดจน การให้ความรู้โดยสื่อต่างๆ เช่น ป้ายไฟคอมพิวเตอร์ เอกสารแผ่นพับ บอร์ดให้ความรู้ ฯลฯ และสถานที่ สภาพแวดล้อมบริเวณหน้าห้องของกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
4. เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา หมายถึง บุคลากรของกลุ่มงานเภสัชกรรมที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ครอบคลุมตั้งแต่ เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ผู้ช่วยเภสัชกร ตลอดจน ลูกจ้างชั่วคราว
5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการทางจิตเวช ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน (เขต 6) รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต และจิตเวชใน 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ สกลนคร เลย อุดรธานี หนองคาย และหนองบัวลำภู สังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
6. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ภูมิฐานะ ประวัติการรับบริการ
7. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

ความรู้ (Knowledge)

เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคล ในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจดี จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

มีผู้ให้ความหมายของ “ความรู้” ไว้ต่าง ๆ ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ให้ความหมาย “ความรู้” ว่า เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือการมองเห็น ได้ยิน จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎเกณฑ์ โครงสร้าง วิธี การแก้ปัญหา เป็นต้น

ทางการศึกษา ถือว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ที่สามารถจัดได้ว่ามีหรือไม่ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ ความรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา 6 ขั้นตอน คือ

1. ความรู้ ความจำ คือ ความสามารถในการจำสิ่งต่างๆ หรือสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ได้
2. ความเข้าใจ คือ ความสามารถในการแปลความ ตีความ หรือขยายความสิ่งนั้น ๆ ได้
3. การนำไปใช้ คือ ความสามารถในการนำสาระต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง ๆ ได้
4. การวิเคราะห์ คือ ความสามารถในการแยกเรื่องราว ออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้
5. การสังเคราะห์ คือ ความสามารถในการรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน
6. การประเมินผล คือ ความสามารถในการตัดสินคุณค่า ของความรู้ หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์ หรือ มาตรฐาน อย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นส่วนประกอบในการประเมินผล

จากความหมายของ ความรู้ ดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ความรู้ (Knowledge) คือ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับรู้ จากประสบการณ์ การค้นคว้า ศึกษา สังเกต และมีการสะสมไว้สามารถจำได้ โดยอาศัยกระบวนการทางจิตวิทยา

2.2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

2.2.1. ยาคืออะไร

ยา (Medicines , Drugs) หมายถึง สารซึ่งมีผลต่อสุขภาพ หรือ ร่างกายของคน หรือ สัตว์ สามารถใช้ในการวิเคราะห์โรค ป้องกันรักษาโรค บรรเทาอาการเจ็บปวด หรือ ความทรมานจาก โรคต่าง ๆ ได้

2.2.2. แหล่งที่มาของยา (Sources of Drugs)

สารที่เรียกว่า “ยา” ได้มาจาก 2 แหล่งคือ

1. ได้จากธรรมชาติ (Natural Products) แบ่งเป็น

1.1. ยาสมุนไพร (Crude Drugs)

- พืช
- สัตว์
- แร่ธาตุ

ซึ่งยังมีได้นำไป ผสม ปูน หรือ แปรรูป ยาพวกนี้จะใช้ในการ รักษาโรคแผนโบราณ

1.2. ยาสกัดจากสมุนไพร เป็นยาที่นำสมุนไพรมาสกัดเอาแต่ตัวยาสำคัญ

ออกมา แล้ว ผสม ปูน แต่ง ให้เหมาะสมแก่การใช้ เช่น สกัด ควินิน จาก เปลือก ต้น ชิโคน่า นำมาทำยาเม็ดใช้รักษาโรคมาลาเรีย สกัดวิตามิน เอ จากตับปลา แล้วทำเป็นยาเม็ด หรือยาน้ำ สำหรับรักษาหรือป้องกันโรค ขาดวิตามิน เอ สกัดไอโอดีน จากหินแร่ที่มีไอโอดีนปนอยู่ นำมาเป็นยา ชำเชื้อโรค เป็นต้น

2. ได้จากการสังเคราะห์ทางเคมี (Synthetic Products)

เป็นยาที่ได้จากการทำปฏิกิริยาทางเคมีของสารตั้งต้นที่เหมาะสม ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในการรักษาโรคแผนปัจจุบัน จะได้จากวิธีนี้

2.2.3. ประเภทของยาตามกฎหมาย

ยาทั่วไปที่มีขายในท้องตลาด แบ่งเป็นประเภทต่างๆ ที่สำคัญ และควรทราบตามกฎหมายกำหนดไว้ ดังนี้:-

1. ยาสามัญประจำบ้าน เป็นยาที่มีอันตรายน้อยที่สุด เหมาะสำหรับเลือกใช้เป็นอันดับแรกเมื่อมีอาการเจ็บป่วย องค์การเภสัชกรรม ได้ผลิตยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบันไว้จำหน่าย โดยใช้ชื่อว่า “ยาตำราหลวง” มีขายทั่วไปทุกแห่งในท้องตลาด โดยไม่ต้องมีใบอนุญาตขาย

ส่วน ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ก็มีขายในท้องตลาดทั่วไป เช่น ยานัดด์ ยาหอม ยาเขียวหอม ยาธาตุบรรจบ เป็นต้น

2. ยาอันตราย เป็นยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในการรักษาโรคแผนปัจจุบัน ที่ขวดหรือกล่องยาจะเขียนคำว่า “ยาอันตราย” ไว้ เป็นยาที่อาจทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้รุนแรง ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง จึงควรใช้ภายใต้คำแนะนำจากแพทย์ หรือเภสัชกร กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ประกาศชื่อว่ายาตัวใดจัดเป็นยาอันตราย

3. ยาควบคุมพิเศษ เป็นยาที่อันตรายสูง แพทย์จะให้กับผู้ป่วย เมื่อจำเป็นจริง ๆ ไม่สามารถให้ยาอื่นแทนได้ เท่านั้น ฉลากติดขวดยา หรือที่กล่องจะเขียนคำว่า “ยาควบคุมพิเศษ” ไว้ด้วย เช่น ยารักษาโรคมะเร็ง ยาพวกสตีรอยด์ ยาเฟนิลไมวตาโซน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ประกาศว่ายาตัวใดเป็นยาควบคุมพิเศษ

4. ยาบรรจุเสร็จ หมายถึง ยาแผนปัจจุบันที่ผลิตขึ้นในลักษณะต่าง ๆ เช่น ยาเม็ด ยา น้ำ ยาขี้ผึ้ง และอื่น ๆ แล้วบรรจุอยู่ในภาชนะที่ปิดผนึกไว้ มีฉลากแจ้งชื่อยา ปริมาณของยาที่สำคัญ สถานที่ผลิตยา วันเดือนปีที่ยานั้นหมดอายุ

5. ยาสมุนไพร เป็นยาที่ได้จาก พืช สัตว์ หรือแร่ธาตุ ซึ่งยังมีได้ผสม ประจุ หรือแปรสภาพ เช่น ใบมะขาม ดินหมี่ กระดุกเสือ ดินประสิ่ว กำมะถัน เป็นต้น

6. ยาเสพติดให้โทษ เป็นยาที่ทำให้ผู้ใช้เสพติดได้ ซึ่งกฎหมายจะควบคุมมิให้มีการซื้อขายกับได้เหมือนยาทั่ว ๆ ไป เช่น มอร์ฟีน โคเคอิน เป็นต้น

7. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เป็นยาที่มีผลโดยตรงต่อระบบประสาท อาจทำให้มีอาการติดยาได้ กฎหมายจะควบคุมการซื้อขายอย่างเคร่งครัด

2.2.4. วิธีการใช้ยา

วิธีการให้ยาเพื่อรักษาโรค มีหลายวิธี เช่น

1. การรับประทาน การรับประทานยา จะทำให้ยาผ่านไปตามทางเดินอาหาร โดยมี วัตถุประสงค์ให้ยาออกฤทธิ์ในทางเดินอาหาร เช่น ยาฆ่าพยาธิ เป็นต้น หรือให้ร่างกายดูดซึมยา โดยผ่านทางผนังลำไส้ เข้าไปในกระแสโลหิต ไปยังบริเวณที่มีเชื้อโรค หรือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค เช่น ยาด้านจุลชีพ ยาจะถูกดูดซึมเข้าไปยังบริเวณที่มีเชื้อโรค และทำลายเชื้อโรคเหล่านั้น เป็นต้น

2. การอมใต้ลิ้น เป็นการให้ยาถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิตทางเส้นเลือดใต้ลิ้น ยาจะออกฤทธิ์เร็วกว่าการรับประทาน
3. การเหน็บ เป็นการให้ยาถูกดูดซึมเข้าร่างกายผ่านเยื่อบุทวารหนัก หรือเยื่อช่องคลอด เหมาะสมสำหรับผู้รับประทานยาก หรือรับประทานไม่ได้ หรือเมื่อต้องการให้ยาออกฤทธิ์ในบริเวณที่เหน็บยานั้น เช่น ยาเหน็บรักษาโรคติดเชื้อทางทวาร เป็นต้น
4. การฉีด เป็นการให้ยาเข้าสู่กระแสโลหิตโดยตรง (ฉีดเข้าเส้นโลหิตดำ) หรือโดยการดูดซึมผ่านบริเวณที่ฉีดยานั้น ๆ ทำให้ยาไปถึงบริเวณที่ต้องการในเวลารวดเร็วกว่าวิธีรับประทาน
5. การสูดดมหรือพ่น เป็นการให้ยาถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิตทางเยื่อช่องจมูก เช่น ยานอยอดจมูก หรือ ยาพ่นจมูกชนิดต่าง ๆ หรือการให้ยาสลบ เป็นต้น ยาจะออกฤทธิ์ได้เร็ว เพราะจะถูกดูดซึมเข้าปอดโดยตรง
6. การทา ถู นวด ใช้กับยาที่ต้องการให้ออกฤทธิ์บริเวณนั้น เช่น ยาใส่แผล ขี้ผึ้ง ต่างๆ เป็นต้น

2.2.5. ข้อดี - ข้อเสีย ของการรับประทานยา และการฉีดยา

การให้ยาโดยวิธีต่างๆ ดังกล่าวแล้ว มีข้อดี - ข้อเสีย แตกต่างกัน เราอาจจะเปรียบเทียบระหว่างการรับประทานยา และการฉีดยาได้ดังนี้:-

ข้อดีของการรับประทานยา

1. สะดวก ปลอดภัย ไม่เจ็บตัว นำยาไปใช้ได้ทุกแห่ง
2. ไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ยารับประทานมีราคาถูกกว่ายาฉีด และให้ผลการรักษาเท่าเทียมกัน เพราะปัจจุบันมีเทคนิคในการเตรียมยารับประทานให้ได้ผลในการรักษาดี และรวดเร็วเท่ายาฉีดแล้ว
3. ถ้าคนไข้แพ้ยา อาการจะไม่รุนแรงเท่าการให้ยาโดยการฉีด อาจเป็นเพียงผื่นขึ้นตามตัว หรือคลื่นไส้ อาเจียน เมื่อหยุดรับประทานยา อาการเหล่านี้จะหมดไป
4. ถ้าหนีบยาผิดมารับประทาน สามารถแก้ไขได้ด้วยการล้างท้อง ทำให้อาเจียน แต่ถ้าให้โดยการฉีดอาจช่วยไม่ทัน ทำให้คนไข้ตายได้
5. ทำให้เด็กไม่กลัวหมอ เพราะถ้าไปหาหมอแล้วถูกฉีดยาเสมอ ๆ จะทำให้เด็กไม่ยอมไปหาหมอ อาจทำให้เด็กป่วยหนักมาก จึงค่อยพาไปหาหมอได้ ทำให้เด็กอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

ข้อเสียของการรับประทานยา

1. ผู้รับประทานยาก เช่น เด็ก ฯลฯ จะไม่ยอมรับประทานยาตามขนาด และระยะเวลาที่ควรรับประทาน ทำให้ได้ปริมาณยาน้อยกว่าที่ควร ผลในการรักษาโรคจึงไม่ค่อยดี
2. ยาบางชนิดอาจถูกทำลายโดยน้ำย่อยในทางเดินอาหาร จึงต้องให้โดยการฉีดเท่านั้น
3. ยาบางชนิด ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะ อาจทำให้คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจทำให้เป็นโรคกระเพาะได้ จึงต้องศึกษาวิธีการรับประทานยาให้ถูกต้อง ป้องกันมิให้เกิดอาการดังกล่าวได้ เช่น รับประทานยานั้นหลังอาหาร หรือ พร้อมอาหาร เป็นต้น

ข้อดีของการฉีดยา

1. ยาออกฤทธิ์เร็ว ทำให้ผู้ป่วยที่อาการหนัก เสี่ยงต่อความตาย ได้รับยาทันการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฉีดเข้าเส้นเลือด ยาจะไปถึงจุดที่ต้องการ ภายในไม่กี่นาที
2. ใช้ในคนไข้ที่ช็อค หรือหมดสติได้ เพราะคนไข้ที่หมดสติ ไม่รู้ตัว กลืนยาไม่ได้ จึงจำเป็นต้องให้โดยการฉีด
3. ใช้ได้กับยาที่ให้โดยการรับประทานไม่ได้ผล เช่น ยาอาจถูกทำลายได้น้ำย่อย หรือกรดในกระเพาะอาหาร หรือยาบางชนิดร่างกายไม่สามารถดูดซึมจากทางเดินอาหาร เป็นต้น
4. ทำให้คนไข้ที่อาเจียนตลอดเวลาได้รับยาตามที่ต้องการ เพราะถ้าให้คนไข้ประเภทนี้รับประทานยา ยาจะถูกอาเจียนออกมาหมด ทำให้ร่างกายไม่ได้รับยาตามต้องการ

ข้อเสียของการฉีดยา

1. วิธีการยุ่งยาก ต้องใช้ผู้ที่มีความรู้เป็นผู้ฉีดให้
2. สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก เพราะขบวนการทำยาฉีดยุ่งยากมากกว่าการทำยารับประทาน ทำให้ราคาแพงกว่า และยังต้องเสียค่าบริการในการฉีดอีกด้วย
3. คนไข้อาจตายจากการแพ้ยาฉีดบางชนิดได้ เช่น ยาเพนิซิลลิน คนที่มีความไวต่อยานี้เป็นพิเศษ อาจช็อคตายคาเข็มได้ เป็นต้น
4. การหยิบยาผิดมาฉีด โอกาสที่จะช่วยคนไข้ให้ปลอดภัยเป็นไปได้ยาก เพราะยาจะถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิตอย่างรวดเร็ว
5. อาจทำให้ผู้ถูกฉีดยาเป็นอัมพาตได้ โดยผู้ที่ไม่มีความรู้เพียงพอในการฉีด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฉีดยาเข้าที่กล้ามเนื้อสะโพก ปลายเข็มอาจไปถูกเส้นประสาท ทำให้ประสาทเส้นนั้นเสีย กลายเป็นคนขาอัมพาตได้
6. ผู้ถูกฉีดยา อาจเป็นผี หนอง ได้ในกรณีที่เข็มฉีดยาไม่สะอาด จะทำให้บริเวณที่ฉีดเกิดเป็นฝี หนอง ต้องเสียเงินในการรักษาต่อไปอีก

2.2.6. การใช้ยาที่เหมาะสม

อาจพิจารณาได้เป็น 2 แ่ง คือ

1. การใช้ที่เหมาะสม หมายถึง วิธีใช้ยา ที่ถูกต้อง เหมาะสม ให้คุณ โดยปราศจากโทษต่อร่างกาย
2. การใช้ยาที่เหมาะสม หมายถึง ยาอะไรที่เหมาะสม ควรนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ แก่ร่างกายบ้าง

ในที่นี้ จะขอลำรวมไปพร้อม ๆ กันทั้ง 2 แ่ง ดังต่อไปนี้ คือ

1. ถูกกับโรค เช่น โรคต่อมทอนซิลอักเสบ ต้องใช้ปฏิชีวนะ ที่สามารถฆ่าเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่อมทอนซิลอักเสบได้ โรคจึงจะหายขาด
2. ถูกกับจังหวะ เช่น เมื่อเริ่มมีอาการตะครันตะครอ ปวดเมื่อยตามตัวอย่างมาก พร้อมทั้งปวดศีรษะ การรับประทานยาแก้ไขแก้ปวด เพียง 1 เม็ด ตีมน้ำมาก ๆ แต่งกายให้อบอุ่น ก็อาจหายจากอาการดังกล่าวได้ เป็นการ "ตัดไฟแต่ต้นลม" (แต่บางครั้งการพักผ่อนอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ตีมน้ำอุ่น ให้มากพอ ฯลฯ โดยไม่ใช้ยาแก้ปวดเลย ก็สามารถทำให้หายเป็นปกติได้)
3. ถูกกับคน เช่น หมอสั่งยาสำหรับ นายแดง นายขาวซึ่งป่วยมีอาการคล้ายกับ นายแดง ก็ไม่ควรไปใช้ยาของนายแดง เพราะอาจให้โทษมากกว่าให้คุณ
4. ถูกขนาด เด็กกับผู้ใหญ่ ผู้ชายกับผู้หญิง หรือคนในภาวะต่าง ๆ เช่น คนท้อง ระบุให้นมลูก คนผอมมาก ๆ ฯลฯ อาจใช้ยาในขนาดต่างกันได้ เพราะฉะนั้นถ้าหมอกำหนดขนาดยาออกมาแล้ว คนไข้จะต้องรับประทานยาตามขนาดดังกล่าว โรคจึงจะหาย
5. ถูกขนาน ก่อนรับประทานยาต้องตรวจดูชื่อยาให้ถูกต้อง แน่ชอน เป็นการป้องกันการให้ยาผิดขนาน
6. ถูกทาง เช่น ยากิน ห้ามนำไปอม หรือยาอม ห้ามนำไปกลืนกิน ฯลฯ มิฉะนั้น อาจจะไม่ได้อผลในการรักษา หรือ อาจเกิดอันตรายได้
7. ถูกวิธี ยาทาแก้อาการปวดเมื่อย ต้องทา แล้วถูวนวดบริเวณนั้นให้ร้อนด้วย รู้จักวิธีหยอด ป้ายตา มิฉะนั้น จะไม่ได้อผลในการรักษา
8. ถูกกาลเวลา ยากดประสาทส่วนกลาง เช่น ยากล่อมประสาท ส่วนมากมักใช้ตอนเย็น หรือก่อนนอน ยาขับปัสสาวะมักใช้ตอนเช้า เป็นต้น
9. ถูกอัยยาศัย คนไข้บางคน ชอบยาที่มีสีสวย ๆ รสและกลิ่นชวนรับประทาน เรื่องนี้เป็นเรื่องของความนึกคิดจิตใจ

10. ถูกต้องตามมาตรฐาน ยาที่ควรใช้ คือ ยาที่ได้มาตรฐาน ซึ่งได้แก่ ยาที่มีตัวยาคครบทั้งชนิด และปริมาณ ไม่ใช่ยาเสื่อมคุณภาพ ยาหมดอายุ หรือยาปลอม เพราะการใช้ยาที่ไม่ได้มาตรฐาน นอกจากจะเสียผลในการรักษาแล้ว ยังเสียเวลา และเงินทอง แม้ที่สุดอาจเสียชีวิตได้
11. ถูก (เหมาะ) กับคนไข้ เรื่องนี้เกี่ยวกับคนไข้แพ้ยาบางชนิด ซึ่งอาจเกิดอันตรายแบบปัจจุบันทันด่วน หรือ แบบค่อยเป็นค่อยไปก็ได้ อาจมีผลเสียต่ออวัยวะบางอย่าง หรืออาจเกิดผลร้ายต่ออวัยวะทั่วร่างกายได้ ฉะนั้น คนไข้จึงไม่ควรไปซื้อยามาใช้เอง
12. ถูกราคา ถ้าเป็นไปได้ ควรเลือกใช้ยาดี ราคาถูก เพราะบางครั้ง คนไข้เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่อาจควบคุมให้มีชีวิตอยู่เป็นปกติสุขได้พอควรแก่สภาพ โดยการให้ยาชั่วคราว เช่น เป็นโรคเบาหวาน หรือ โรคความดันเลือดสูง เป็นต้น การใช้ยาแพง ๆ จะทำให้สิ้นเปลืองเงินทองมากเกินไป มีผลกระทบทางจิตใจ ทำให้โรคกำเริบ หรือมีโรคซ้ำเติม แทรกซ้อนได้อีก
13. ถูกต้องตามคำแนะนำของหมอ คนไข้ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของหมอโดยเคร่งครัด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใช้ยา หรือเรื่องการปฏิบัติตัว (ละเว้นสิ่งควรละเว้น กระทำในสิ่งควรกระทำ) เพื่อที่จะให้ได้ผลดีในการรักษามากที่สุด และเมื่อโรคหายแล้ว ก็จะไม่กลับเป็นซ้ำอีก

พึงระลึกอยู่เสมอว่า “ยาเป็นดาบสองคม” คือ ให้ทั้งคุณ (เมื่อใช้ถูก ใช้เป็น) และโทษ (เมื่อใช้ผิด) และ “लगเนื้อชอบलगยา” คือ แต่ละคนมีการตอบสนองต่อยาไม่เหมือนกันทุกกรณี ยาที่นายแดงใช้ได้ผล นายดำกลับใช้ไม่ได้ เพราะไม่ถูกกับยานั้น ๆ ก็ได้

2.2.7. การเปลี่ยนแปลงของยาภายในร่างกาย (Pharmacokinetics)

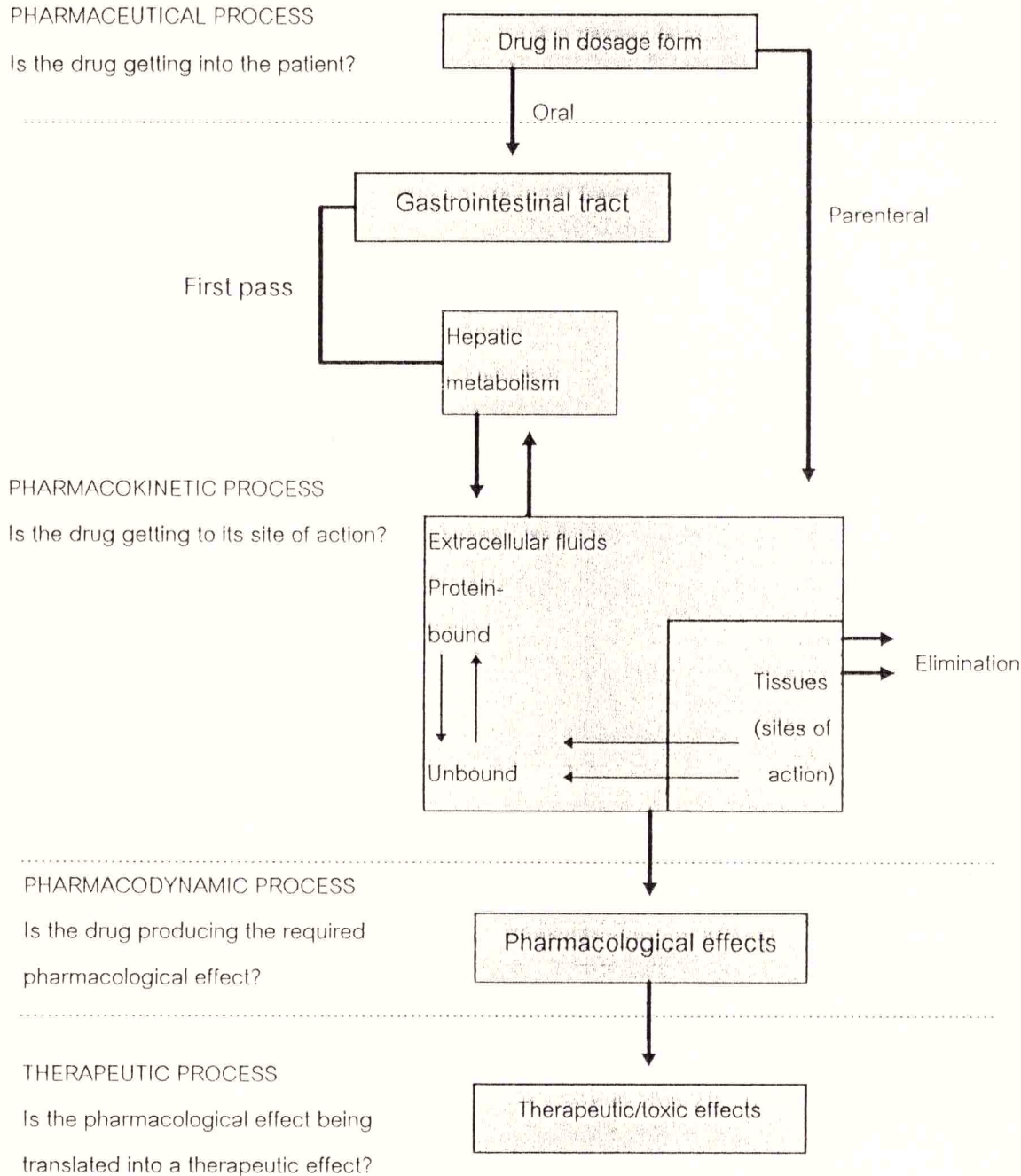
ตามปกติ “ยา” จะออกฤทธิ์ได้ ก็ต่อเมื่อถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิต แล้วกระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แต่จะต้องมีส่วนหนึ่งของยาที่อยู่ในรูปอิสระ (free drugs) ไปจับกับ Receptors เฉพาะของมันที่อวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง หรือ หลาย ๆ อวัยวะร่วมกัน จึงจะแสดงฤทธิ์ทางชีวภาพ หรือ เกสส์ชีววิทยาออกมาให้เห็น

ในขณะเดียวกัน “ยา” ก็เปรียบเสมือนสิ่งแปลกปลอมเข้ามาในร่างกาย ร่างกายจึงพยายามที่จะกำจัด “ยา” นั้น ๆ ออกไป ซึ่งอวัยวะที่สำคัญเกี่ยวกับการกำจัดยาก็คือ ตับ และไต จำนวน “ยา” ในกระแสโลหิตจะลดลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งไม่สามารถแสดงฤทธิ์ทางชีวภาพได้ และในที่สุด ก็หมดไปจากร่างกาย

The four processes of drug therapy

PHARMACEUTICAL PROCESS

Is the drug getting into the patient?



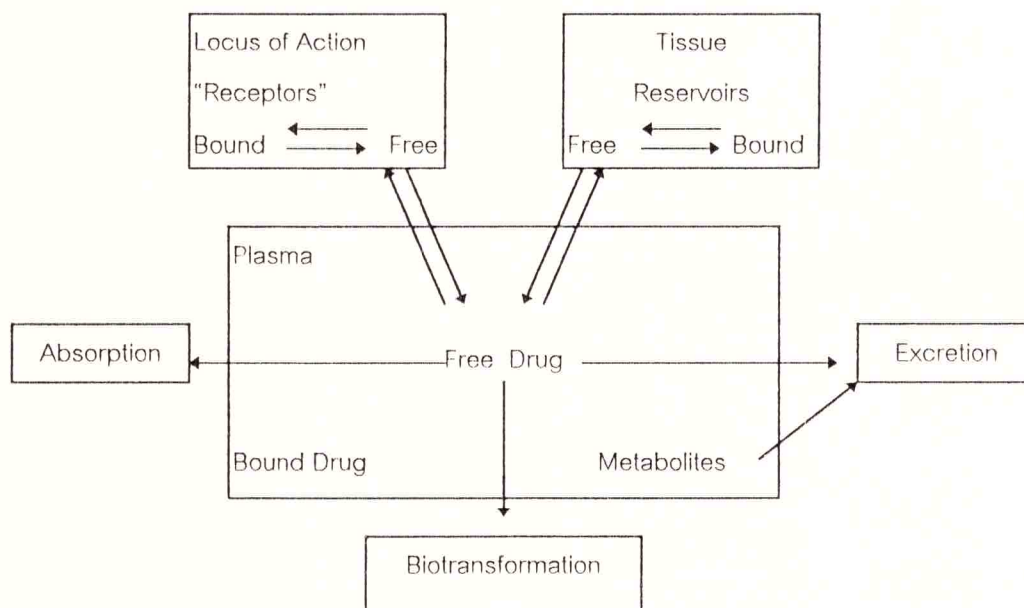
รูปที่ 1 The four main processes involved in drug therapy.

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของยาภายในร่างกาย (Pharmacokinetics) ของยาแต่ละชนิด จึงจำเป็นมากสำหรับผู้ให้ยา เพราะจะทำให้สามารถเลือก ชนิดของยาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งยังสามารถบอกได้ว่า ยาจะออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์เมื่อ

ได (onset and duration of action) ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่า ควรจะเว้นช่วงห่างระหว่างการใช้ยาแต่ละครั้ง (dosage interval) เท่าไร หรือช่วยให้จัดแผนการใช้ยา (dosage regimen) ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

“ยา” จะแสดงฤทธิ์มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับของยาอิสระ (free drugs) ในกระแสโลหิต หรือที่เรียกว่า “Bioavailability” ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับ

- การดูดซึม
- การกระจายตัว
- การจับกับ Plasma proteins หรือเนื้อเยื่อต่าง ๆ
- การเผาผลาญ
- การขับถ่ายยาออกจากร่างกาย
- ระดับยาตรงบริเวณที่ยาจะออกฤทธิ์



รูปที่ 2 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง absorption, distribution, binding, biotransformation และ excretion ของยาในกระแสโลหิต และระดับของยาตรงบริเวณที่ยาออกฤทธิ์ (receptors หรือ target organs)

การดูดซึม (Absorption)

“ยา” จะถูกดูดซึมได้เร็วหรือช้า มากหรือ น้อย เพียงใด ขึ้นอยู่กับ

- วิธีให้ยา (routes of administration)
- คุณสมบัติของตัวยา (physico-chemical properties)

ได้แก่การละลายตัว ความเป็นกรด-ด่าง ของสภาวะแวดล้อม ปริมาณความเข้มข้นของตัวยาที่ให้ เป็นต้น

- สภาพทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ เช่น จำนวนเลือดที่มายังบริเวณที่ให้ยา พื้นที่ผิวที่สามารถดูดซึมยาได้ เป็นต้น

1. วิธีให้ยา (routes of administration) มีหลายวิธี อาจแบ่งตามตำแหน่งที่ยาถูกดูดซึม ได้ดังนี้:-

1.1. จากทางเดินอาหารตำแหน่งต่าง ๆ

เริ่มจาก ใต้ลิ้น โดยการอม จากกระเพาะอาหาร และลำไส้ โดยการรับประทาน และจากทวารหนัก โดยการเหน็บ

การอมใต้ลิ้น ยาจะถูกดูดซึมได้เร็ว และได้ในปริมาณสูง เพราะไม่ต้องผ่านการทำลายที่ตับก่อน (first-pass metabolism) เช่น ไนโตรกลีเซอริน ซึ่งใช้ในคนเป็นโรคหัวใจ

การรับประทาน เป็นวิธีที่สะดวก ปลอดภัย และประหยัดที่สุด ต้องระวังถ้าตัวยามีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเยื่อบุทางเดินอาหาร หรือตัวยาจะถูกทำลายในสภาวะที่เป็นกรด หรือในสภาวะที่คนไข้อาเจียนบ่อย ๆ ก็จะมีผลให้ยาถูกขับออกมาด้วย นอกจากนี้จะต้องคำนึงด้วยว่า ยาที่ถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารจะต้องผ่านตับก่อน ซึ่งอาจจะถูกทำลายโดยเอนไซม์ต่างๆ ในตับ ก่อนที่จะเข้าสู่หัวใจ และไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

การให้ทางทวารหนัก ยาจะถูกซึมเข้ากระแสโลหิตโดยไม่ผ่านขบวนการเปลี่ยนแปลงที่ตับ แต่การดูดซึมของยาจากทวารหนักมักได้ไม่หมด และไม่แน่นอน

1.2. จากบริเวณที่ฉีด

การฉีดเข้าเส้นโลหิตดำ ยาจะเข้ากระแสโลหิตได้ทั้งหมด จึงสามารถควบคุมความเข้มข้นของยาในกระแสโลหิตได้ และยาจะไปถึงตำแหน่งที่ต้องการได้เร็วมาก

การฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง ยาจะถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิตช้า ๆ ขึ้นอยู่กับการไหลเวียนของเลือดบริเวณนั้น

การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ยาจะถูกดูดซึมได้เร็วกว่าการฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง เพราะที่กล้ามเนื้อจะมีเส้นโลหิตไปเลี้ยงมากกว่า

1.3. จากทางเดินหายใจ

ยาจะถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิต โดยผ่านทางปอด ซึ่งจะถูกดูดซึมได้ดีมาก เพราะปอดมีเส้นโลหิตกระจายอยู่ทั่วไป

1.4. จากทางผิวหนัง

โดยการ ทา ถู นวด การดูดซึมทางผิวหนังเป็นไปได้น้อยมาก จึงมีวัตถุประสงค์ให้ยาออกฤทธิ์เฉพาะที่บริเวณทายามากกว่า

2. คุณสมบัติของตัวยา (Physico-chemical properties of drug)

จะเป็นตัวกำหนดความเร็ว และความเข้มข้นของยาที่จะถูกดูดซึมได้ เช่น การที่ยาจะผ่านผนังเซลล์ (cell membrane) ได้ขึ้นอยู่กับ

- ขนาดและรูปร่างของโมเลกุลของตัวยา
- ปริมาณการแตกตัว (degree of ionization)
- การละลายตัวในไขมัน (Lipid solubility)

เพราะผนังเซลล์ ประกอบด้วย ไขมัน และโปรตีน จึงยอมให้ สารที่ละลายในไขมันได้ดี และไม่แตกตัว (unionized form) ผ่านได้ง่ายกว่า ยาส่วนใหญ่มักจะผ่านเนื้อเยื่อบุลำไส้แบบ passive diffusion

การดูดซึมยาที่กระเพาะ และลำไส้จะมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความเป็นกรด-ด่างของตัวยา และความเป็นกรด - ด่าง ของกระเพาะหรือลำไส้ เนื่องจากยาส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นกรดอ่อน หรือด่างอ่อน จะถูกดูดซึมได้ดีมากที่สุดที่กระเพาะอาหารซึ่งมีสภาวะความเป็นกรดเข้มข้น ในทางตรงกันข้าม ยาที่มีคุณสมบัติเป็นด่างอ่อน จะถูกดูดซึมได้น้อยมากจากกระเพาะอาหาร แต่จะถูกดูดซึมได้มากจากลำไส้ซึ่งมีสภาวะความเป็นด่างกว่า

ยาที่เตรียมในรูปยาน้ำจะถูกดูดซึมได้เร็วกว่ายามีเม็ด เพราะไม่ต้องเสียเวลาในการแตกตัว

ผงยาที่มีลักษณะรูปร่าง และน้ำหนักต่างกัน จะทำให้การละลายตัวต่างกัน การดูดซึม จะต่างกันไปด้วย

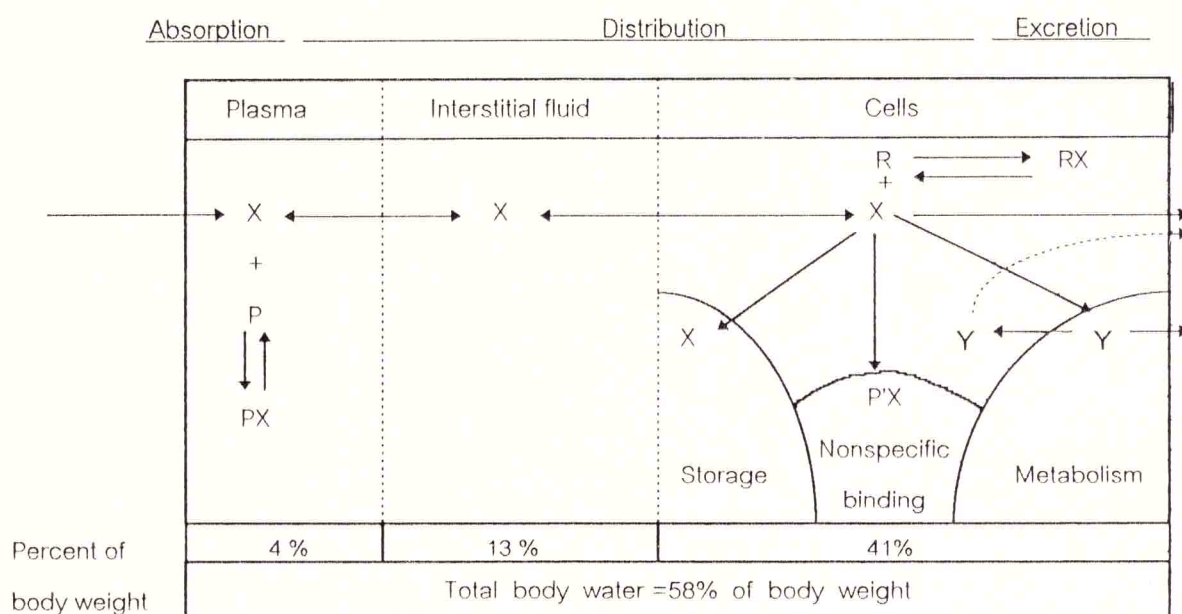
ยาที่ละลายได้ดีในน้ำ ถ้าให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ จะถูกดูดซึมได้ดีกว่าการฉีดยาที่ละลายได้ดีในไขมัน ในทางตรงกันข้ามยาที่ละลายได้ดีในไขมัน ถ้าให้โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะถูกดูดซึมผ่านผนังเส้นเลือดฝอยได้ดีกว่ายาที่ละลายได้ดีในน้ำ

3. สภาพทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ

เป็นตัวกำหนดที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่มีผลต่อการดูดซึมของยา เช่น ลำไส้ของคนบางคนที่มีการเคลื่อนไหวเร็ว ยาก็จะเคลื่อนที่เร็วเกินไป ทำให้ยาถูกดูดซึมได้น้อย ความสามารถของแต่ละคน ในการดูดซึมยาสชนิดเดียวกัน จะแตกต่างกันไป โดยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ หลายอย่าง เช่น น้ำหนัก อายุ เชื้อชาติ โรคประจำตัว เป็นต้น

การกระจายตัวของยา (Drug distribution)

เมื่อยาถูกดูดซึมจากบริเวณที่ให้ยา เข้าสู่กระแสโลหิตแล้ว ยาจะถูกนำไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย พร้อมกับกระแสโลหิตที่หมุนเวียนในร่างกาย และพยายามซึมผ่านผนังเส้นโลหิตเข้าไปยังบริเวณที่มีเชื้อโรค หรือตำแหน่งที่ยาจะออกฤทธิ์ได้



รูปที่ 3 แสดงถึงการกระจายตัวของยาในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย สัดส่วนต่าง ๆ ในแผนผังเป็นข้อมูลที่ได้จากเพศชายที่ร่างกายสมบูรณ์

X = ยาในรูปอิสระ

RX = drug-receptor complex

PX = Drug-protein complex,

Y = สารแปรรูปได้

P'X = Complex ของยากับสิ่งไม่จำเพาะเจาะจง

การกระจายตัวของยาไปยังตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย ขึ้นกับสิ่งต่อไปนี้

1. ความสามารถของยาในการผ่านผนังเส้นโลหิตออกไป

ยาที่ละลายได้ดีในไขมัน มักจะกระจายไปทั่วร่างกาย ส่วนยาที่ผ่านผนังเซลล์ได้ยาก อาจจะไปสะสมอยู่ตรงบริเวณที่ต้องการออกฤทธิ์เท่านั้นก็ได้

2. ความสามารถของยาในการผ่านผนังเซลล์ และผนังกันอื่น ๆ ไปยังตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ เช่น ผนังกันระหว่างเส้นโลหิต และสมอง (Blood brain barrier) ฯลฯ ยาที่เข้ากระแสโลหิตบางชนิด ไม่สามารถผ่านเข้าสู่สมองได้ กล่าวคือ ยาที่ละลายได้ดีในไขมันและไม่แตกตัว (unionized form) จะผ่านเข้าสู่สมองได้ดี และรวดเร็ว เพราะมีเลือดไปเลี้ยงสมองมาก ส่วนยาที่แตกตัวง่าย และไม่ละลายในไขมัน ก็จะไม่สามารถผ่าน blood-brain barrier เข้าสู่สมองได้

3. การจับตัวของยากับโปรตีนในกระแสโลหิต (Plasma protein binding) โปรตีนในกระแสโลหิต ประกอบด้วย Albumin และ Globulin โดยยาส่วนใหญ่จะจับกับ Albumin แบบ reversible

และเมื่อจับกับ Albumin แล้ว ก็จะไม่สามารถแสดงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาได้ จึงเปรียบเสมือนเป็นที่เก็บสะสมยา ให้อยู่ในร่างกายได้นานกว่าปกติ เช่น Aspirin สามารถจับกับ plasma albumin ได้มากกว่า 90 % ฯลฯ แต่การจับของ plasma albumin เป็นแบบไม่จำเพาะเจาะจง เพราะ bilirubin ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากการสลายตัวของเม็ดเลือดแดงในร่างกาย ก็จับกับ Albumin ดังนั้นยาที่จับกับ Albumin ได้สูง เช่น Aspirin , Sulfonamides , Chloramphenicol ฯลฯ จึงไม่ควรใช้ในเด็ก เพราะอาจไปไล่ที่ bilirubin ทำให้ระดับ bilirubin อีกระดับขึ้นมากในกระแสโลหิต อาจทำให้สมองพิการได้ (bilirubin encephalopathy)

นอกจากนี้ ถ้ายาเป็นจำนวนมากจับตัวกับโปรตีนในกระแสโลหิต จำนวนยาที่จะกระจายไปยังตำแหน่งที่ต้องการให้ออกฤทธิ์ก็จะน้อย หรือช้า

4. การจับตัวของยากับเนื้อเยื่อ ยาบางชนิดจับกับเนื้อเยื่อบางแห่งไว้ ทำให้การกระจายตัวไปยังตำแหน่งที่ต้องการ เป็นไปได้ช้า และทำให้เกิดการสะสมของยาในร่างกาย ข้อดี คือ ไม่ต้องให้ยารื้อหลายครั้ง แต่อาจมีผลเสีย คือ อาจเป็นพิษต่อร่างกาย ถ้าได้รับในขนาดสูงเกินไป

5. ปริมาณโลหิตที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ถ้ามาก จะช่วยให้การกระจายตัวของยาไปสู่อวัยวะนั้นดีขึ้น เพราะโลหิตเป็นตัวพาพาไป

การเปลี่ยนแปลง (Biotransformation)

เมื่อยาถูกดูดซึมเข้าร่างกาย ไปสู่กระแสโลหิต ยาจะถูกเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะมีผลทำให้ยากลายเป็นสารที่หมดฤทธิ์ หรือกลายเป็นสารใหม่ที่มีฤทธิ์เท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้น ซึ่งจะถูกเปลี่ยนแปลงต่อไปให้เป็นสารที่เหมาะสมกับการขับถ่ายออกจากร่างกายได้ในที่สุด ขบวนการเปลี่ยนแปลงยานี้ จะเกิดขึ้นส่วนใหญ่ที่ตับ มีหลายแบบ เช่น

1. เปลี่ยนจากตัวยาที่มีฤทธิ์ (active form) เป็นสารที่ไม่มีฤทธิ์ (inactive form) ซึ่งพบบ่อยมาก เช่น morphine เปลี่ยนเป็น morphine glucuronide เป็นต้น

2. เปลี่ยนจากตัวยาที่ไม่มีฤทธิ์ ให้เป็นสารที่มีฤทธิ์ได้ เช่น 6-mercaptopurine เป็น 6-mercaptopurine ribonucleotide เป็นต้น

3. เปลี่ยนจากยาที่มีฤทธิ์ ให้เป็น metabolites ซึ่งยังคงมีฤทธิ์อยู่ เช่น เปลี่ยน diazepam เป็น oxazepam เป็นต้น

4. เปลี่ยนจากยาที่มีพิษน้อยเป็นสารอื่นที่มีพิษมากขึ้น เช่น phenacetin เปลี่ยนเป็นอนุพันธ์ของ aniline ซึ่งทำให้เม็ดเลือดแดงเสีย เป็นต้น

เอนไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงยา ส่วนใหญ่ได้จากตับ ซึ่งยาจะถูกทำลายโดย hepatic microsome มากน้อยเพียงใด อาจบอกได้จากความสามารถในการผ่านเข้า endoplasmic reticulum และการจับกับ cytochrome P₄₅₀

มียานหลายชนิด สามารถกระตุ้นการทำงาน และการสร้างเอนไซม์ที่ตับเหล่านี้ ทำให้มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงยาเพิ่มขึ้น เรียกว่า เกิด Enzyme induction เช่น ยา Phenobarbital เมื่อให้ติดต่อกันนาน ๆ จะกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ที่ตับ ทำให้เกิดการทำลายตัวมันเอง รวมทั้งยานชนิดอื่น ๆ ให้เร็วและมากกว่าปกติ จึงเกิดการดื้อยา (tolerance) ขึ้น ทำให้ต้องเพิ่มขนาดของ Phenobarbital จึงจะสามารถแสดงฤทธิ์ได้เท่าที่เคยเป็น ในทางตรงกันข้าม ก็มียานหลายชนิดที่สามารถห้ามการทำงานของเอนไซม์ต่าง ๆ ได้ เรียกว่า เกิด Enzyme inhibition เช่น ยา Tranylcypromine สามารถห้ามการทำงานของเอนไซม์ monoamine oxidase (MAO) ได้

การกำจัดยาออกจากร่างกาย (Excretion)

ร่างกายถือว่า สารที่เข้าไปในร่างกายทุกอย่าง เป็นสิ่งแปลกปลอม ซึ่งต้องขจัดออก จึงพยายามเปลี่ยนแปลงยาด้วยขบวนการต่าง ๆ ให้เป็นสารที่เหมาะสมในการขับถ่ายออกจากร่างกาย

ร่างกาย กำจัดยาออก ได้หลายวิธี ได้แก่

1. ทางไต (Renal excretion) เป็น ทางที่สำคัญที่สุดในการขับถ่ายยาออกจากร่างกาย ยาจะถูกขับถ่ายมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการละลายของยาหรือ metabolites นั้น ๆ และยังขึ้นอยู่กับการแตกตัวเป็นประจุของยา หรือ metabolites ด้วย

- ถ้ายา หรือ metabolites ละลายน้ำได้ดี ก็ขับถ่ายได้ดี
- ถ้ายาหรือ metabolites แตกตัวเป็นประจุ ก็ขับถ่ายได้ดี

2. ทางน้ำดี และอุจจาระ (Biliary และ Fecal excretion) ยาบางอย่างเมื่อถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิต และไปยังตับแล้ว จะถูกขับออกมาในน้ำดี ซึ่งจะมีท่อมาเปิดเข้าลำไส้เล็กส่วน duodenum ทำให้ร่างกายสามารถดูดซึมกลับเข้าไปใหม่ได้ ส่วนที่ไม่ถูกดูดซึมกลับ ก็ขับถ่ายออกมาในอุจจาระ หรือ ยาบางอย่างที่ถูกดูดซึมได้น้อยก็ถูกขับถ่ายออกทางอุจจาระโดยตรง

3. ทางปอด (Pulmonary excretion) ยาที่เป็นก๊าซ หรือของเหลวที่ระเหย ได้ เช่น แอลกอฮอล์ จะถูกดูดซึม และขับถ่ายผ่านปอด ซึ่งทำให้หลายประเทศใช้วิธีวัดปริมาณแอลกอฮอล์จากลมหายใจ เป็นเครื่องชี้ปริมาณเหล้าที่ดื่ม เป็นต้น

4. ทางอื่น ๆ เช่น ทางน้ำนม น้ำลาย เหงื่อ เป็นต้น

การกำจัดยา ของร่างกายมี 2 แบบ คือ

1. First order

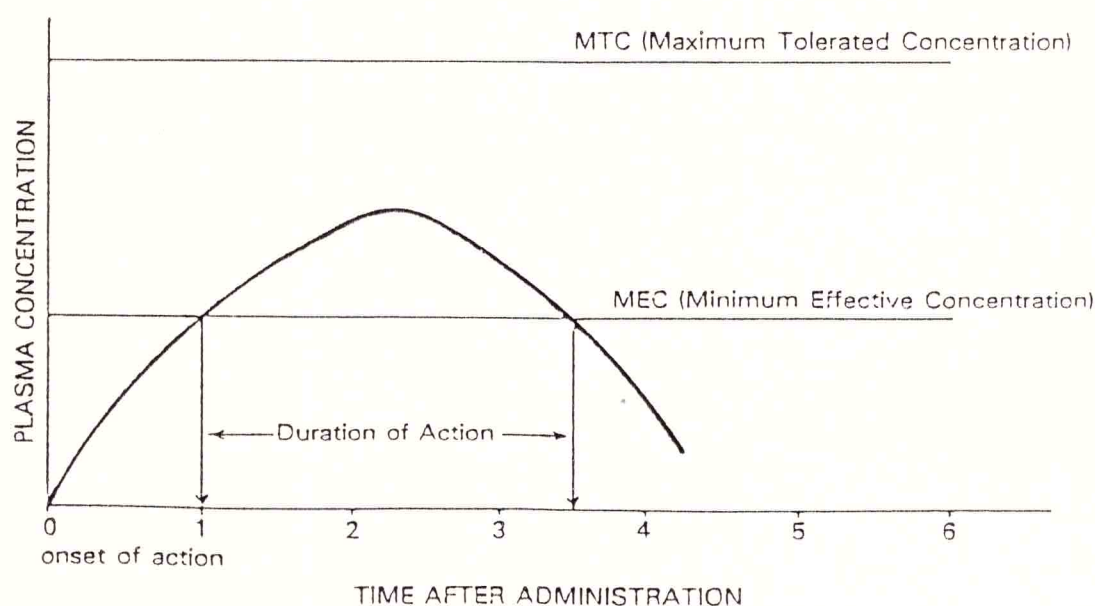
ยาส่วนใหญ่ จะถูกกำจัดแบบ first order คือ อัตราการกำจัดยาขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของยาในเลือด คือ ยาถูกกำจัดออกจากร่างกายเป็น "สัดส่วนคงที่" ตัวอย่าง เช่น ถ้าผู้ป่วยได้รับยาเข้าไป 1000 หน่วย ร่างกายจะสามารถกำจัดยาได้ชั่วโมง ละ 10% จำนวนยาที่เหลืออยู่แต่ละชั่วโมง จะเท่ากับ 1000 , 900 , 810.....

2. Zero order

อัตราส่วนการกำจัดยาไม่ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของยา แต่ยาถูกกำจัดออกไปด้วย "ปริมาณคงที่" ยาที่เหลืออยู่จะเท่ากับ 1000 , 990 , 980 ยาที่ถูกกำจัด แบบ zero order นั้นมีไม่มากนัก ได้แก่ alcohol , aspirin และ phenytoin ฯลฯ สาเหตุที่เป็นแบบนี้ เพราะยาในร่างกายมีมากกว่าที่เอนไซม์ของตับจะทำลายยาได้ และเกิดภาวะ saturation ในร่างกาย

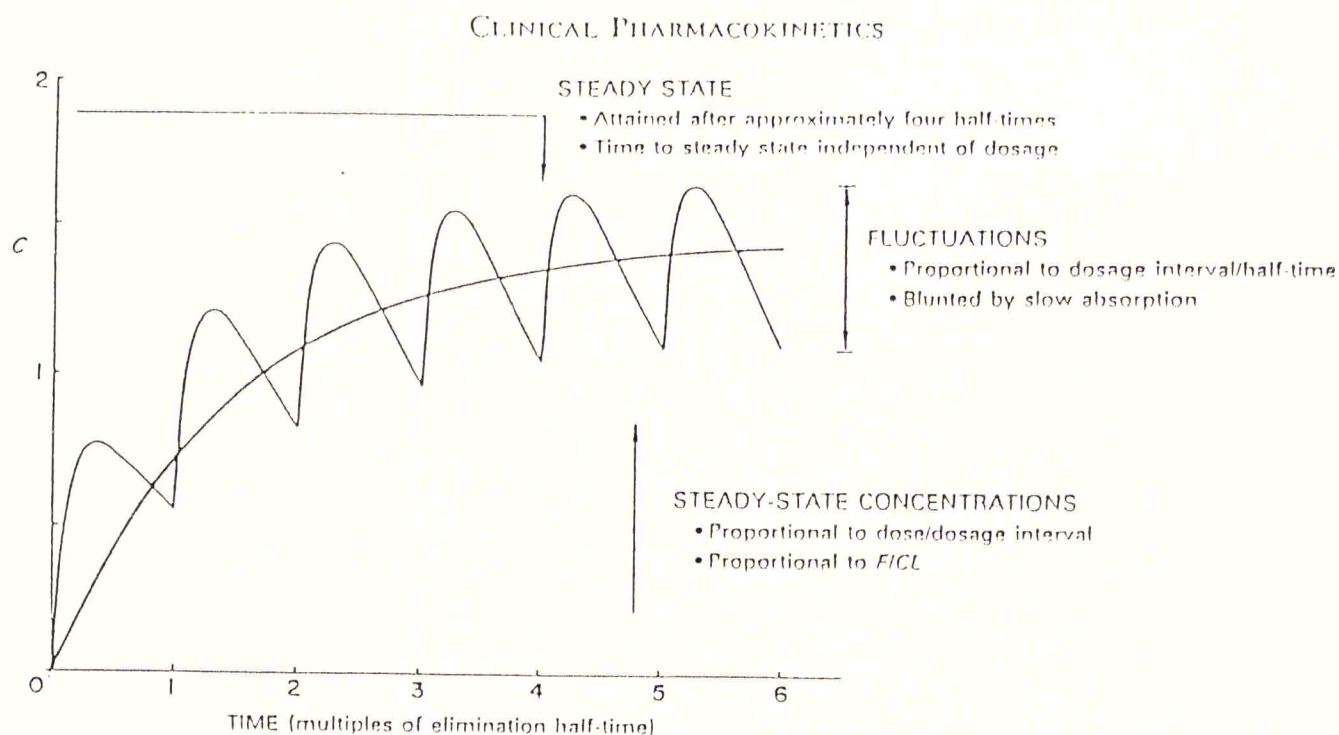
จากหลักความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงของยาภายในร่างกาย (Pharmacokinetics) ทำให้สามารถบอก

- เวลาที่ยาเริ่มแสดงฤทธิ์ (onset)
- ระยะเวลาในการแสดงฤทธิ์ของยา (duration of action)
- ช่วยให้ จัดแผนการให้ ยา(dosage regimen)ได้ ถูกต้องด้วย

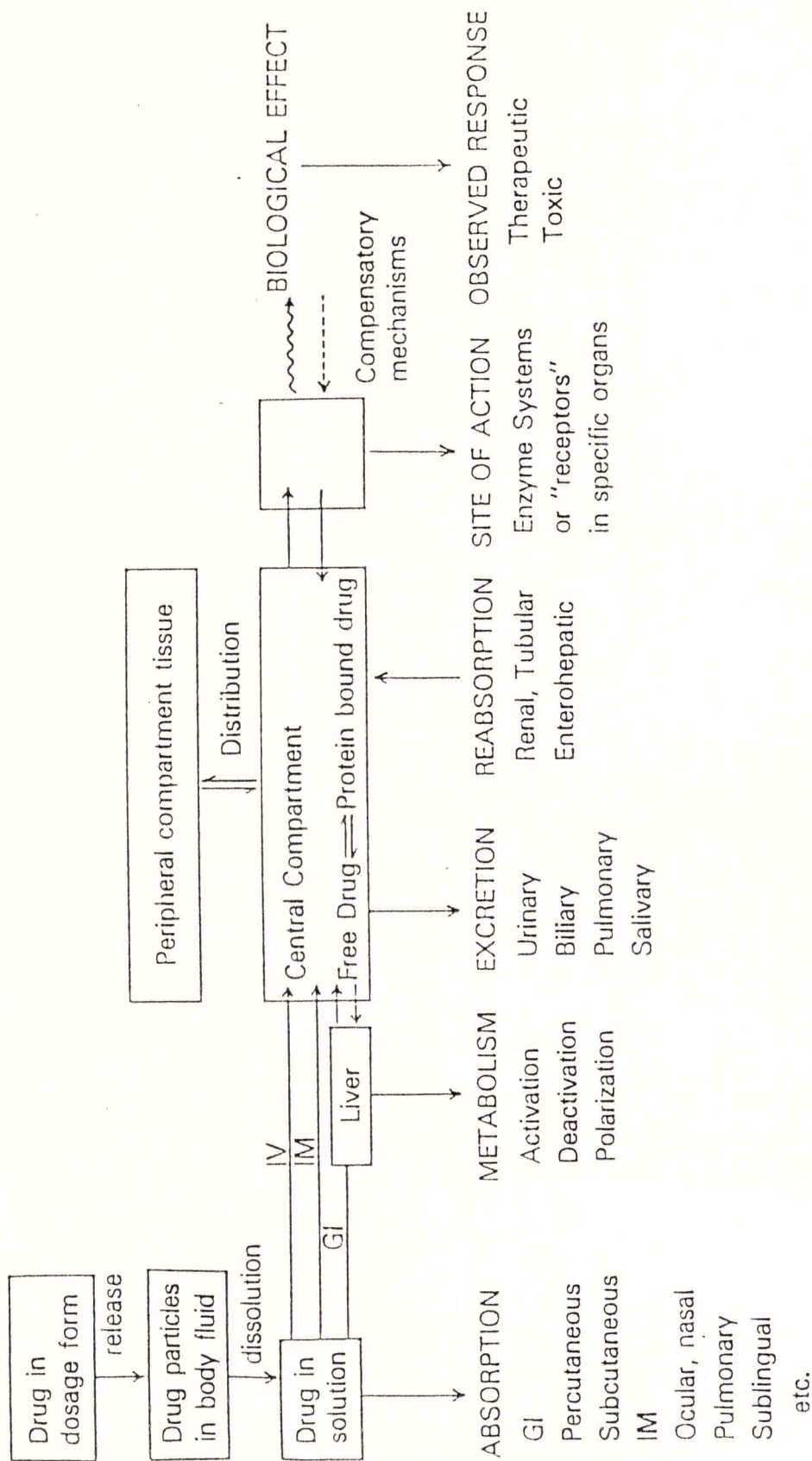


รูปที่ 4 Pharmacokinetic profile ของการให้ยานี้รับประทานเพียง 1 ครั้ง แสดงให้เห็นถึงระดับยาต่ำสุดที่จะแสดงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาได้ และระดับยาสูงสุดที่ผู้ป่วยจะทนต่อยาได้ดี เวลาที่ยาเริ่มแสดงฤทธิ์ (onset) และระยะเวลาในการแสดงฤทธิ์ของยา (duration of action)

การให้ยาซ้ำ ๆ กัน แม้จะเว้นระยะ 4 หรือ 6 ชั่วโมง ก็ตาม จะมีผลทำให้ระดับของยาในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จะมากหรือน้อย และเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับ half life ($t_{1/2}$) ของยาแต่ละชนิด จากรูปที่ 5 จะเห็นว่า ระดับของยาในกระแสโลหิตจะเพิ่มขึ้น ระยะหนึ่งก็จะถึงระดับคงที่ (Plateau หรือ Steady state) ซึ่งจะกินเวลาประมาณ 4 เท่าของ $t_{1/2}$ ของยาแต่ละชนิด ดังนั้นถ้าต้องการให้ยาเข้ากระแสโลหิตถึง Steady state เร็ว จึงมักให้ยาในขนาดที่สูงในตอนแรก ซึ่งเรียกว่า Loading dose มักจะนิยมใช้กับยาปฏิชีวนะ ต่างๆ



รูปที่ 5 ความสัมพันธ์เบื้องต้นทาง Pharmacokinetics ของการให้ยาซ้ำ ๆ กัน หลายครั้ง



รูปที่ 6 สิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความเร็วที่ยาจะแสดงฤทธิ์ (Onset), ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ (Duration) และความแรงของฤทธิ์ทางชีวภาพของยา

หลักในการให้ยา

การให้ยารักษาโรคในผู้ป่วย แพทย์มีจุดประสงค์ที่จะให้ยา เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ สูงสุด และมีผลข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด แพทย์อาจนำความรู้ทางเภสัชวิทยาคลินิก เช่น เภสัชจลนศาสตร์ เภสัชฤทธิ์วิทยา ผลข้างเคียงจากยา และปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ฯลฯ มาใช้ เพื่อให้การให้ยามีประสิทธิผลมากขึ้น

การให้ยาในผู้ป่วย ควรมีขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องคำนึงถึง ดังนี้ :-

1. ชนิดของยา

มียาหลายชนิดที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน ใช้รักษาโรคอย่างเดียวกันได้ ข้อแตกต่างของยาในทางเภสัชจลนศาสตร์ มีประโยชน์ คือ ทำให้เลือกยาได้ถูกต้อง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำลง หรือ ผลข้างเคียงของยาน้อยลง

2. วิธีการบริหารยา

การบริหารยาโดยการกิน เป็นวิธีที่ใช้บ่อย ยาที่จะออกฤทธิ์ได้ต้องผ่านลำไส้ และตับ ซึ่งจะทำให้ปริมาณยาที่จะดูดซึมน้อยลง และระดับยาที่จะขึ้นสูงสุด ต้องใช้เวลาประมาณ 1 - 4 ชั่วโมง

ถ้าให้โดยการอมใต้ลิ้น หรือให้ยาดูดซึมทาง buccal mucosa หรือ เน้นบทางทวาร ยาจะไม่ถูกทำลายที่ตับมากนัก และเข้าสู่กระแสเลือดได้มากขึ้น

3. ขนาดของยา

ในการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้น ถ้าให้มากเกินไป ระดับของยาจะสูงจนทำให้มีพิษจากยา ในทำนองเดียวกัน ถ้าให้น้อยเกินไป ยาก็จะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา

4. ความถี่ของการให้ยา (Interval)

การบริหารยาโดยขนาดน้อย แต่บ่อยนั้น จะทำให้ระดับยาค่อนข้างคงที่ แต่ข้อเสีย คือ ความไม่สะดวก ในทางกลับกัน ถ้าให้ยาในขนาดที่มาก และห่างออกไปนั้น ในช่วงต้นหลังจากให้ยา ระดับของยาจะสูงมากจนอาจมีผลข้างเคียงได้ ส่วนตอนท้าย ๆ ระดับยาอาจต่ำเกินไป การให้ยาแต่ละชนิดต้องคำนึงถึง interval ที่เหมาะสม โดยทั่ว ๆ ไป มีเกณฑ์คร่าว ๆ คือให้ interval ตามค่าครึ่งชีวิตของยานั้น ๆ

การกินยาก่อนอาหารหรือหลังอาหาร เป็นปัญหาที่สำคัญ ในแง่การให้ยาที่ถูกต้องกับผู้ป่วยอย่างมาก มียาหลายชนิดที่ให้พร้อมกับอาหารแล้ว อาจทำให้การดูดซึมยาน้อยลงจนทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ยาในกลุ่มเพนนิซิลิน ชนิดกิน เช่น Pen.V , Ampicillin ควรให้ขณะที่

จจ.
พ.ศ. 149
พ.ศ. 128
2 3/4

ห้องสมุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 01997 16/2/48

25
000051

ท้องว่าง ส่วน Amoxycillin อาจให้พร้อมกับอาหารได้ เพราะการดูดซึมยาดีมาก ยา Tetracycline ควรให้ผู้ป่วยกินในขณะที่ท้องว่าง ยกเว้น Doxycycline และ Minocycline

โดยส่วนใหญ่แล้ว ยาที่ให้กินหลังอาหาร เป็นเพราะว่า ยาชนิดนั้นถ้ากินตอนกระเพาะว่าง ๆ อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องมาจากมันระคายกระเพาะอาหาร หรือยาบางอย่าง ถ้ากินตอนกระเพาะว่าง จะทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร เช่น แอสไพริน เป็นต้น ก็ไม่จำเป็นต้องรอให้กินยาหลังอาหารทันที

การกินยาก่อนอาหาร นั้น จำต้องกินยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที ไม่ใช่กินยาแล้วกินข้าวตามทันที เพื่อให้มีการดูดซึมของยาหมดก่อนที่จะกินอาหาร

ส่วนยาที่ให้กินหลังอาหาร ทั้ง ๆ ไป แม้การดูดซึมของยาจะไม่ถูกรบกวนด้วยอาหาร ในกระเพาะอาหารมากนัก แต่ถ้ากินยาหลังอาหารโดยทิ้งช่วงห่างจากมื้ออาหารสักระยะหนึ่ง ประมาณ 15 - 30 นาที จะทำให้การดูดซึมของยาดีขึ้นกว่าเมื่อกินยาหลังอาหารทันที

เภสัชกร จะต้องอธิบายวิธีกินยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจจะได้รับยาในปริมาณที่ต่ำกว่าขนาดรักษาโรค โดยเฉพาะการกินยาปฏิชีวนะจำพวกที่ต้องกินก่อนอาหาร เพราะอาจทำให้เกิดการดื้อยาได้ในภายหลัง

ยารานานโด ต้องกินหลังอาหารทันที หรือไม่จำเป็นต้องกินยาหลังอาหารทันที เภสัชกรต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

การช่วยเหลือตนเองเมื่อเจ็บป่วย

การช่วยเหลือตนเอง หรือบุคคลข้างเคียงเมื่อเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ได้กระทำกันมาตั้งแต่สมัยดึกดำบรรพ์แล้ว เมื่อวิทยาการก้าวหน้าขึ้น มีแพทย์แผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น เรามักจะได้ยินคำว่า "เมื่อเจ็บป่วย ให้ไปหาแพทย์" แต่โดยความเป็นจริงแล้ว แพทย์มีไม่พอสำหรับบริการแก่ผู้เจ็บป่วย ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกตระหนักถึงความเป็นจริงในข้อนี้ดี จึงหันมาสนับสนุนการให้ความรู้ ให้ทุกคนสามารถช่วยเหลือตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ได้ โดยมีต้องไปพึ่งแพทย์

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทั่วโลกสนับสนุนให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเอง หรือบุคคลใกล้เคียงเมื่อเจ็บป่วย เพราะโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอยู่ทั่วไปร้อยละ 85 ประชาชนสามารถเรียนรู้เพื่อรักษาตนเอง และรักษากันเองได้ โดยที่ถ้ารักษาแล้ว อาการไม่ทุเลา หรือ หายภายใน 3 วัน ควรไปปรึกษาแพทย์ เพื่อช่วยเหลือต่อไป

คำแนะนำในการเลือกซื้อยาใช้เอง

1. ควรซื้อยาจากร้านที่เชื่อถือได้ เจ้าของร้านเป็นผู้มีคุณธรรม และผู้หยิบยาให้แก่ท่านเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับยา สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ท่านได้
2. ควรเลือกซื้อยาสามัญประจำบ้าน ขององค์การเภสัชกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่มีอันตรายน้อยที่สุด
3. ควรเลือกซื้อยาโดยใช้ชื่อสามัญทางยาเป็นหลัก เพราะยาตัวเดียวกันบริษัทต่าง ๆ ผลิตมาแล้วใช้ชื่อการค้าต่าง ๆ มากมาย และยาที่ทุกคนจำเป็นต้องใช้เมื่อมีอาการไม่สบาย เล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้ไอ ยาแก้หวัด ฯลฯ ไม่ว่าจะซื้อยาจากบริษัทใด จะไม่ทำให้ผลการรักษาต่างกันจนเห็นได้ชัดเจน
4. ไม่ควรซื้อยาโดยนำตัวอย่างยาที่มีอยู่ไปให้ผู้ขายดู เพราะมียาเป็นจำนวนมากที่มีลักษณะ ขนาด สี เหมือนกัน ทั้งๆ ที่เป็นยาต่างชนิดกัน
5. ไม่ควรซื้อยาตามคำบอกเล่า เนื่องจากมีโรคเป็นจำนวนมากที่มีสาเหตุต่างกัน แต่มีอาการแสดงออกบางอย่างเหมือนกัน
6. ทุกครั้งที่ซื้อยา ควรสอบถามฤทธิ์ข้างเคียง ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งวิธีแก้ไข และสิ่งอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยานั้น ๆ
7. ไม่ควรเลือกซื้อยาชุด เพราะ
 - ทำให้ผู้ใช้ต้องรับประทานยามากกว่าจำเป็น
 - เสียเงินทองในการซื้อยาที่ไม่จำเป็น
 - อาจได้รับพิษจากปฏิกิริยาระหว่างยา
 - อาจได้รับโทษจากการรับประทานยาชุดที่มียาอันตรายสูงปนมาด้วย
8. การเลือกซื้อยา จะต้องดูวันหมดอายุของยา ซึ่งระบุไว้ที่ข้างขวด วิธีดูง่าย ๆ คือ ดูตัวเลขที่ระบุวัน เดือน ปี ที่พิมพ์ หรือประทับอยู่หลังคำว่า Exp.date ซึ่งย่อมาจากคำว่า "Expiry date" (แปลว่า วันหมดอายุ) ถ้าไม่มีคำว่า Exp.date ให้เลือกซื้อยาที่ผลิตมาแล้วไม่เกิน 2 ปี โดยดูวัน เดือน ปี หลังคำว่า Manu.date
9. ถ้าซื้อยาเม็ดที่ผู้ขายแบ่งจากขวดใหญ่ ให้ดูลักษณะของเม็ดยา ว่า มีลักษณะ สวยงาม สมบูรณ์ สีไม่ซีด หรือตกกระ ยาน้ำใส ก็ไม่ควรมียะกอนยาชนิดแขวน ตะกอน ก็ควรสามารถเขย่าให้ตะกอนเข้าเป็นเนื้อเดียวกันได้ง่าย

ข้อควรรู้ในการใช้ยา

1. ยาที่มีคำแนะนำให้รับประทานพร้อมอาหาร

หมายถึง การรับประทานยาก่อนรับประทานอาหาร หรือ หลังรับประทานอาหารทันที ด้วยเหตุที่ยานั้นจะเป็นยาที่มีฤทธิ์กัดกระเพาะอย่างแรง เช่น แอสไพริน ฯลฯ

2. ยาที่ต้องรับประทานวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร หรือก่อนนอน มื้อไหนที่ไม่ได้รับประทานอาหาร ก็ต้องรับประทานยา ทั้งนี้เพราะการที่ต้องรับประทานยาเป็นระยะ ๆ ในหนึ่งวัน ก็เพื่อความเข้มข้นของยาในเส้นเลือดสูงเท่ากันเสมอ ทำให้ผลการรักษาต่อเนื่องกัน

3. ยาที่ต้องรับประทานก่อนนอน ควรทราบวัตถุประสงค์ในการรับประทาน เช่น ถ้าเป็นยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหาร 3 มื้อ และก่อนนอน แสดงว่า เป็นยาที่ควรรับประทานเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ความเข้มข้นของยามีระดับสูงเท่ากันตลอดดังกล่าวแล้วในข้อ 2 ยาชนิดนี้ ถ้าคนนอนหลับแต่หัวค่ำ โดยมีได้รับประทานยาก่อน ก็ควรปลุกให้รับประทานเพื่อช่วยให้หลับดีขึ้น ถ้าผู้ป่วยหลับแล้ว ก็ไม่ต้องปลุกให้ตื่นมารับประทานอีก แต่ถ้าผู้ป่วยตื่นขึ้นกลางดึก แล้วนอนไม่หลับ ก็ให้รับประทานได้ โดยหนึ่งคืนควรรับประทานเพียง 1 ครั้งเท่านั้น ยาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้นอนหลับนี้ ควรรับประทานประมาณครึ่งชั่วโมงก่อนนอน

4. ไม่ควรใช้ยาที่ไม่มีฉลากปิด หรือ มี แต่ฉลากเลอะเลือน

5. เมื่อใช้ยาชนิดใดแล้ว เกิดอาการผิดปกติ เช่น มีผื่นขึ้นตามตัว ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ ควรหยุดยา ถ้ามีอาการรุนแรง ต้องปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร

6. ทุกครั้งที่ใช้ยา ต้องแน่ใจว่า ยานั้นมีคุณภาพดี ยาที่เก็บไว้ในตู้ยาประจำบ้านควรเก็บไว้ไม่เกิน 1 ปี ยาใดที่ซื้อมาแล้วเกิน 1 ปี ควรทิ้งให้หมด

การเก็บรักษายา

เมื่อซื้อยามาใช้เอง หรือ ได้รับยาจากแพทย์ เป็นธรรมดาที่จะมียาไว้สำหรับใช้มากกว่าหนึ่งครั้ง จึงควรทราบว่า จะเก็บรักษายาอย่างไร เพื่อมิให้ยาเสีย ดังนี้:-

1. ถ้าเป็นยาที่ซื้อเองจากร้านขายยา โดยผู้ขายหยิบมาให้จากขวดใหญ่ ต้องเขียนชื่อยา ความแรง สรรพคุณ วิธีรับประทาน พร้อมทั้งวันที่ซื้อยากำกับไว้

2. ภาชนะที่ใส่ยาเม็ด ควรป้องกันความชื้นได้ ยาที่ได้รับจากร้านขายยา คลินิกแพทย์ หรือ โรงพยาบาล มักบรรจุในซองพลาสติก ทุกครั้งที่เปิดซอง หยิบยามาใช้ ควรรูดปากซองให้ปิดเข้าหากันโดยสนิท

3. ควรแยกเก็บยารับประทาน และยาสำหรับใช้ภายนอกไว้คนละส่วนเพื่อมิให้ปะปนกัน ป้องกันอันตรายอันอาจเกิดจากการหยิบยาผิด

4. ตู้ยา ควรอยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อน อับชื้น หรือถูกแสงแดดส่องโดยตรง เพราะแสงแดด ความร้อน ความชื้น จะทำให้ยาสลายตัวเร็วขึ้น

5. ตู้ยาควรอยู่สูงพอสมควร ป้องกันมิให้เด็กหยิบยามาเล่น หรือรับประทานได้เอง

6. ยาเม็ด หรือ แคปซูล ไม่ควรเก็บไว้ในตู้เย็น เพราะจะทำให้ยาขึ้น เสื่อมคุณภาพได้เร็วกว่าที่ควร ต้องเก็บไว้ในที่แห้ง

7. ยาน้ำสำหรับเด็กที่เป็นผง เมื่อจะใช้ต้องใส่น้ำถึงขีดที่ระบุ แล้วเก็บในตู้เย็น จะช่วยให้ยามีคุณภาพคงทนกว่าอยู่ในที่อากาศร้อน และถ้าใช้ไม่หมดภายใน 7 วัน ต้องทิ้งไป อย่างนำมาใช้อีก

8. ควรซื้อตู้ยาเป็นครั้งคราว และเก็บยาที่เก่าเกิน 1 ปี ทิ้งเสีย เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาเสื่อมคุณภาพ

9. ยาที่มี สี กลิ่น รส หรือลักษณะเม็ด ผิดไปจากเดิม ควรทิ้งให้หมด เพราะแสดงว่า ยานั้นเสื่อมคุณภาพแล้ว ถ้านำมาใช้อีก อาจเกิดโทษได้ โดยเฉพาะต่อตับและไต

2.3. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับ ทักษะ

ทัศนคติ (Attitude)

เป็น นามธรรม ที่เกิดจากการเรียนรู้ในสังคม หรือการเรียนรู้บุคคล วัตถุ ต่าง ๆ ตลอดจนเหตุการณ์ และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อการรับรู้สิ่งที่กล่าวมานั้น จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะแสดงออกในโอกาสต่อไป

เนื่องจากทัศนคติ เกิดจากการเรียนรู้ (Learning) จึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่ทัศนคติบางอย่างก็เปลี่ยนแปลงยาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน

ทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ นั้น ไม่อาจจะสังเกตได้โดยตรง แต่เมื่อบุคคลได้แสดงพฤติกรรมออกมา ก็สามารถสังเกตและวัดได้ เช่น พฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกสิ่งหนึ่งสิ่งใด ย่อมเกิดจากอิทธิพลของทัศนคติ และจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ก็สามารถศึกษาได้ว่า บุคคลมีทัศนคติอย่างไรต่อสิ่งที่เขาเลือกนั้น ๆ เป็นต้น

ทัศนคติ จึงหมายถึง ท่าที หรือ ความรู้สึก ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งแสดงออก ต่อบุคคลด้วยกัน ต่อวัตถุ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจจะไปในทางดี หรือในทางบวก (Positive) และในทางไม่ดี หรือในทางลบ (Negative) หรืออาจเป็นกลาง (Neutral) ก็ได้ ทั้งนี้ย่อมเกิดจากการเรียนรู้ของเขาในสิ่งต่าง ๆ

มีนักจิตวิทยา และ นักการศึกษา ได้ให้ความหมายของคำว่า "ทัศนคติ" ไว้ต่าง ๆ กัน เช่น

Sherif & Sherif (1956) ได้กล่าวว่า

1. ทศนคติ เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับ ไม่ใช่ติดตัวมาแต่กำเนิด ทศนคติ ไม่ใช่แรงขับทางกาย (Physiological drives) ตัวอย่าง เช่น ความหิว จัดเป็นแรงขับทางกาย แต่การเลือกกินอาหารบางชนิดเป็นเรื่องของการเรียนรู้ทางสังคม จึงนับเป็นเรื่องของทศนคติ เป็นต้น

2. ทศนคติ เป็นเรื่องที่ยาก ทนถาวรพอสมควร แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงได้ก็จริง แต่บางอย่างที่ได้เรียนรู้จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่มั่นคงแล้ว ก็ยากที่จะเปลี่ยนได้ เช่น การที่มีจิตใจโอบอ้อม อารีเมตตาต่อกัน ได้ปฏิบัติมาจนเนิ่นนานแล้ว จะให้กระทำตนเป็นคนดูร้ายก็ทำได้ยาก หรือคนที่แต่งกายพิถีพิถันแล้ว จะเปลี่ยนให้เป็นคนทำสิ่งได้ง่าย ๆ แต่งง่าย ๆ ก็ทำได้ยาก เป็นต้น

3. ทศนคติ นั้น เป็นความรู้สึกที่แสดงออกโดยสิ่งเร้าเป็นอย่าง ๆ ไป เช่น การที่เราชอบพูดคุยกับคนบางคน แต่ส่วนบางคนเราก็ไม่อยากจะคบค้าด้วย แสดงว่า เรามีทศนคติต่อบุคคลไม่เหมือนกัน เป็นต้น

4. ทศนคติ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น บางคนชอบการแต่งกายสวยงาม บางคนชอบไปวัดเพื่อทำบุญ แล้วก็ชอบความเป็นระเบียบเรียบร้อย ซึ่งแต่ละคนก็จะมีพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาตามความรู้สึกของตน เป็นต้น

5. ทศนคติของคนเรา จะมีต่อสิ่งเร้าอย่างหนึ่งอย่างใดก็ได้ เช่น สถานการณ์ กลุ่มบุคคล สถาบัน แนวความคิด และจากเรื่องราวธรรมดา จนถึงเรื่องใหญ่ ๆ เช่น ความเป็นอยู่ในครอบครัว โรงเรียน จนถึงเรื่องราวในสังคมทั่วไป เป็นต้น

Allport (1939) ได้ให้คำจำกัดความของ "ทศนคติ" ไว้ดังนี้ :-

1. ทศนคติ คือ สภาวะของความพร้อมทางด้านจิตใจ และประสาทที่จะตอบโต้ หรือแสดงออก เกิดจากประสบการณ์ เป็นตัวกำหนด หรือมีอิทธิพลอย่างมากมายต่อพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อวัตถุ สิ่งของ สถานการณ์ ที่มาเกี่ยวข้อง

2. ทศนคติ เกิดจากการเรียนรู้ นั่นคือ การเรียนรู้ที่ได้รับการอบรมสั่งสอนภายในสังคม ทางด้านขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับการอบรมเด็กชาย และเด็กหญิงในสังคมไทย ไม่เหมือนกัน เด็กชายมักได้รับการปฏิบัติต่างออกไปจากเด็กหญิง เป็นต้น เมื่อเกิดการเรียนรู้อย่างไรแล้ว ก็ปฏิบัติตามกันต่อไปอีก

3. ทศนคติ เกิดจากความสามารถในการแยกแยะ (Differentiation) ว่าสิ่งใดดี สิ่งใดไม่ดี ตลอดจนการปฏิบัติต่อสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่น เราจะปฏิบัติต่อคนที่เรารัก แตกต่างไปจาก

คนที่เราเกลียด เป็นต้น

4. ทศนคติ เกิดจากประสบการณ์ที่ได้พบมาว่าเป็นอย่างไร เช่น ผู้ที่เคยเรียนกับครูที่ชอบดุนักเรียน เด็กก็จะนำไปเล่าต่อๆ กันไป ทำให้เกิดทศนคติไม่ดีต่อครูผู้นั้นได้

5. ทศนคติ เกิดจากการยอมรับเอาทศนคติของผู้อื่นมาเป็นของตน โดยเฉพาะรับมาจากคนที่เรารัก เช่น พ่อแม่ ครู อาจารย์ ญาติพี่น้อง ฯลฯ และมักยอมรับการกระทำของคนเหล่านั้น

Thurstone (1967) ได้กล่าวไว้ว่า ทศนคติ เป็นตัวแปรทางจิตวิทยาชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยง่าย แต่เป็นความโน้มเอียงทางจิตภายใน แสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

Triandis (1971) กล่าวว่า ทศนคติ เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ภายหลังจากได้รับประสบการณ์ หรือ อิทธิพลเรื่องนั้น ๆ มาแล้ว และเป็นสิ่งจูงใจให้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ต่อเรื่องนั้น

Rockeach (1970) ได้กล่าวถึง ทศนคติ ว่า เป็นการผสมผสาน หรือจัดระเบียบของความเชื่อ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนด แนวโน้มของบุคคล ในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง ในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

Traver (1973) กล่าวว่า ทศนคติ คือ ความพร้อมในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมของบุคคล ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมของเขา แตกต่างไปจากบุคคลอื่น

Bany and Johnson (1975) ให้ความหมายว่า ทศนคติ คือ แนวโน้มที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง

Lamberth (1980) ให้ความหมายว่า ทศนคติ คือ ปฏิกิริยาตอบสนอง ที่ค่อนข้างมั่นคง สามารถคาดคะเนได้ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยอาจจะเป็นความรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก หรือ พฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใด

Zanna & Rempel (1988) พูดถึง ทศนคติ ไว้ว่า ทศนคติ หมายถึง ความเชื่อ และความรู้สึกนึกคิดต่อบุคคล หรือเหตุการณ์ และแนวโน้มที่จะแสดงออกเป็นการสนับสนุน ยอมรับ หรือการต่อต้าน ไม่ยอมรับ ชอบหรือไม่ชอบ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายไว้ว่า ทศนคติ คือ แนวความคิดเห็น

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2524) สรุปว่า ทศนคติ เป็น ความพร้อมของร่างกาย และจิตใจ ที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยการเข้าหา หรือถอยหนีออกไป โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

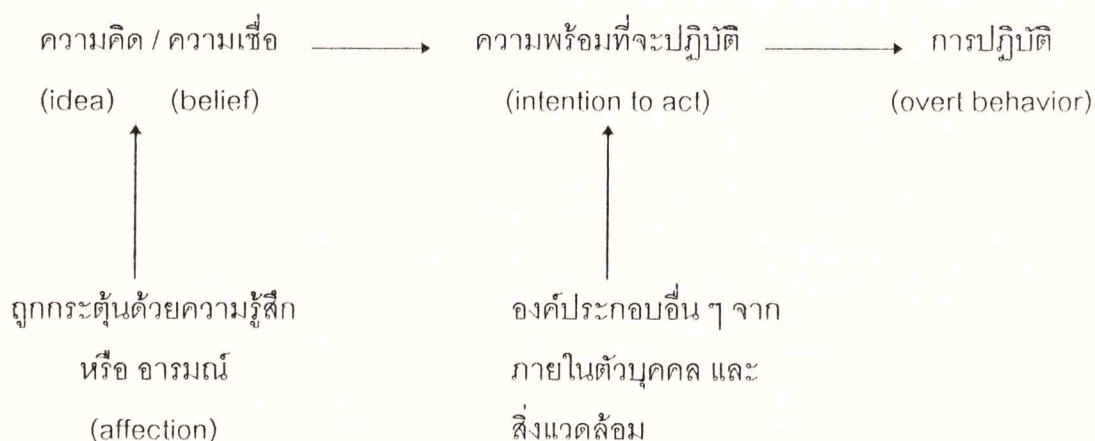
1. ทัศนคติทางบวก หรือ ทัศนคติที่ดี หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลจะเข้าหาสิ่งเร้า หรือ สถานการณ์นั้น ๆ เนื่องจากความชอบ หรือความพอใจ

2. ทัศนคติทางลบ หรือ ทัศนคติไม่ดี หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลจะถอยหนีออกจากสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้น ๆ เนื่องจากความไม่ชอบหรือความไม่พอใจ

ถวิล ธาราโกชน (2526) ได้ให้ความหมายของ ทัศนคติ ว่า หมายถึง ความรู้สึกที่ บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกนั้น อาจจะเป็นไปในทางที่พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจก็ได้ ทัศนคติ เป็นนามธรรม และเป็นตัวการสำคัญอันหนึ่ง ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล

สงวน สุทธิเลิศอรุณ และคณะ (2522) ได้สรุปว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาพจิตใจ หรือ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล หรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแสดงพฤติกรรมอย่าง ใดอย่างหนึ่งออกมา เป็นที่ปรากฏต่อบุคคล หรือสาธารณชน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็น ความคิดเห็น ซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วน ประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก



แผนภูมิที่ 1 ลักษณะของทัศนคติ

ทัศนคติ เป็น นามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ (overt behavior) แต่ ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (motive) และแรงขับ (drive) หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะได้ตอบ (state of readiness) และแสดงให้เห็นถึงแนวทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า

ลักษณะสำคัญของทัศนคติ (อรุณ รักธรรม , 2522)

มี 4 ประการ คือ

1. ทศนคติ เป็นสภาวะก่อนที่พฤติกรรมจะได้อบต่อเหตุการณ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะ หรือจะเรียกว่า เป็นสภาวะที่พร้อมจะมีพฤติกรรมจริง
2. ทศนคติ จะมีความคงตัวอยู่ในช่วงระยะเวลา แต่มิได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง
3. ทศนคติ เป็นตัวแปรแฝง ที่นำไปสู่ความสอดคล้อง ระหว่างพฤติกรรมกับความรู้สึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นในรูปของการแสดงออกด้วยวาจา หรือความรู้สึก ตลอดจนการที่จะต้องเผชิญ หรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
4. ทศนคติ มีคุณสมบัติของแรงจูงใจในอันที่จะทำให้บุคคลประเมิน และเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งหมายความว่า ไปถึงการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมจริงด้วย

แหล่งกำเนิดของทศนคติ (สุชา และสุรางค์ จันเอม , 2518)

ทศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่ใช่สิ่งที่มีมาแต่กำเนิด มีแหล่งกำเนิดได้หลายทาง ได้แก่

1. ประสบการณ์เฉพาะเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจมีลักษณะในรูปแบบ ผู้ได้รับรางวัล หรือถูกลงโทษ ประสบการณ์ที่ผู้ประสบ เกิดความรู้สึกพอใจ ย่อมก่อให้เกิดทศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ก็ย่อมก่อให้เกิด ทศนคติที่ไม่ดี
2. ทศนคติ ที่เกิดจากการสอน อาจเป็นทั้งแบบแผน หรือไม่เป็นแบบแผนก็ได้
3. ทศนคติบางอย่าง เกิดขึ้นจากการเลียนแบบพฤติกรรมของคนที่เรายอมรับ นับถือ หรือเคารพ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถาบัน ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก มีส่วนสร้าง สนับสนุนทศนคติให้เกิดขึ้น เช่น วัด โรงเรียน สื่อมวลชน ฯลฯ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ภายใต้แหล่งกำเนิดของทศนคติ จะพบว่า มีองค์ประกอบบางอย่างที่เกี่ยวข้องกัน และมีผลต่อทศนคติ ได้แก่

1. บุคคล ประสบการณ์ในการเลี้ยงดู หรือฝึกอบรม จะเป็นตัวกำหนดบุคลิภาพของบุคคล ขณะเดียวกันบุคคลก็ย่อมมีบุคลิภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลทำให้ทศนคติของบุคคลนั้นแตกต่างกัน อีกด้วย เช่น บุคคลที่มีบุคลิภาพแบบอัตตาริปไตย จะมีอคติ และมีความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตรกับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นผลจากการเลี้ยงดูตั้งแต่เด็ก และจะมีผลต่อทศนคติด้วย เป็นต้น

2. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การที่บุคคลหนึ่งจะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคลอื่นหรือไม่ และมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะบางอย่างของบุคคลนั้น เช่น ความเป็นที่น่าเชื่อถือ ความน่าสนใจ ความมีอำนาจ ฯลฯ

3. กลุ่ม บุคคลหนึ่งย่อมมีส่วนร่วมไปกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งซึ่งประกอบด้วยสมาชิกหลายคน ในขณะเดียวกันบุคคลนั้นก็อาจมีความต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมไปกับกลุ่มอื่นด้วย ทักษะของบุคคลนั้น ย่อมขึ้นกับบุคคลในกลุ่มที่เขาเป็นสมาชิกด้วยเช่นกัน

4. สัมพันธภาพระหว่างกลุ่ม กลุ่มหลาย ๆ กลุ่ม ถ้ามีความเหมือนกันในค่านิยมความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ก็ย่อมมีทัศนคติที่ดีต่อกัน

องค์ประกอบของทัศนคติ

ทัศนคติ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

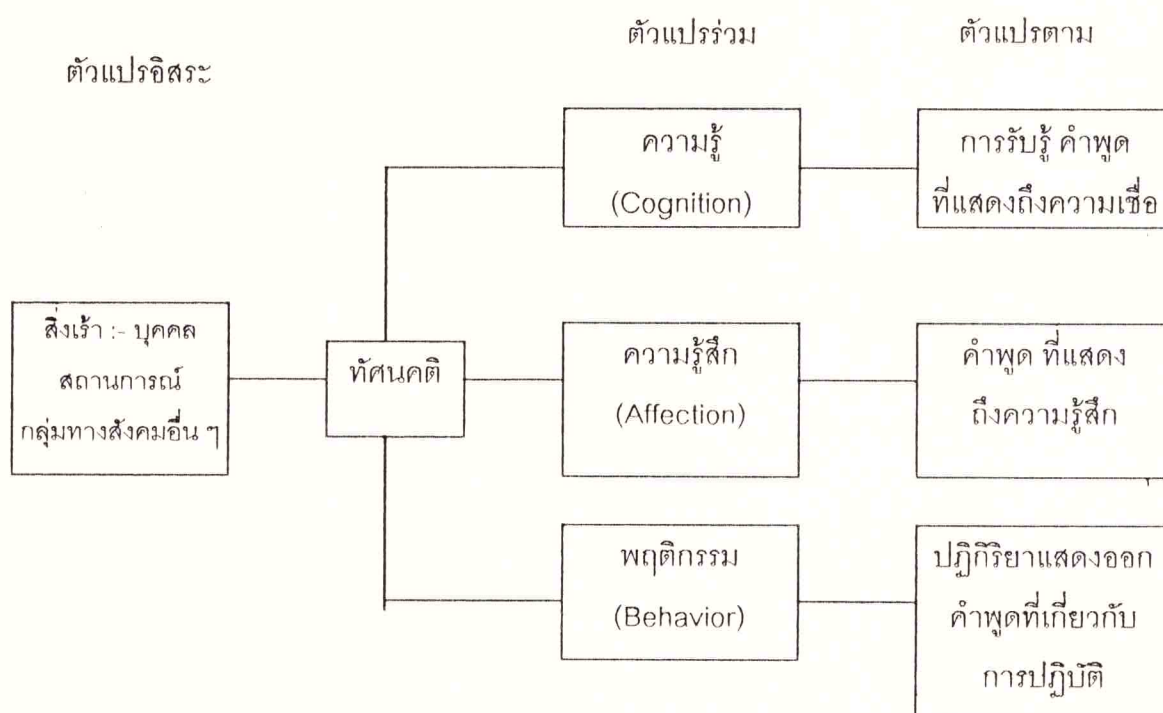
1. ความรู้ความเข้าใจหรือพุทธิปัญญา (Cognitive component) ได้แก่ ประสบการณ์ต่างๆ ของบุคคล ต่อวัตถุ สถานการณ์ต่างๆ หรือต่อบุคคลอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความรู้ ความคิด หรือ ความเชื่อ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ทัศนคติต่ออาชีพครู ซึ่งบุคคลเคยได้รับประสบการณ์มาก่อนว่า เป็นอาชีพที่มีความรักและเมตตาต่อเด็ก ความรู้ ความเข้าใจอันนี้จึงก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่ออาชีพครูได้ เป็นต้น

2. ความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affective component) มักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความรู้ในสิ่งใดแล้ว และความรู้นั้นมากพอที่จะรู้ว่าสิ่งนั้นดี มีประโยชน์ บุคคลก็จะเกิดความรู้สึกชอบสิ่งนั้น แต่ถ้ารู้ว่าสิ่งนั้นไม่ดี บุคคลก็จะเกิดความรู้สึกไม่ชอบ เช่น บุคคลที่มีความรู้หรือประสบการณ์มาก่อนว่าอาชีพบางอย่าง ช่วยให้อยู่สบาย เช่น การทำธุรกิจ หรือการค้าขาย ฯลฯ เขา ย่อมจะมีความรู้สึกที่ดีต่ออาชีพดังกล่าวกว้าง ๆ เช่น ตอบได้ว่า ชอบ เห็นด้วย หรือรักในอาชีพนั้น เป็นต้น

3. พฤติกรรม หรือแนวโน้มในการแสดงออก (Behavioral component) คือ ความพร้อมของบุคคลที่จะแสดงออกตามทัศนคติของตนที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะสอดคล้องกับความรู้สึก ความรู้ ความคิดของตนที่มีต่อบุคคล วัตถุ หรือ เหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อใคร ก็อยากจะแสดงความเคารพต่อบุคคลนั้น หรืออาจกล่าวคำชม หรือแสดงความยินดี ให้ความสนับสนุน เป็นต้น หากมีทัศนคติไม่ดีต่อใคร ก็จะมีความรู้สึกในทางตรงกันข้าม

จากองค์ประกอบดังกล่าว จะเห็นได้ว่า เมื่อเกิดทัศนคติต่อสิ่งใด จะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบทั้ง 3 อย่างนี้ และในบุคคลปกติ เมื่อเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดขึ้นมา องค์ประกอบทั้ง 3 อย่างนี้จะสอดคล้องกัน องค์ประกอบทั้ง 3 นี้ จะมีความสัมพันธ์กันมาก บางครั้งจะแยกกันไม่ออกอย่างเด็ดขาด

เพื่อให้มองเห็นองค์ประกอบของทัศนคติอย่างชัดเจน จึงขอเสนอแผนภูมิแสดงองค์ประกอบของทัศนคติ ดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 2 องค์ประกอบของทัศนคติ

ประโยชน์ของทัศนคติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2526)

1. ช่วยทำให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว โดยการจัดรูป หรือจัดระบบสิ่งของต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเขา
2. ช่วยให้มีคามภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) โดยทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งไม่ดี หรือปกปิดความจริงบางอย่าง ซึ่งนำความไม่พอใจมาสู่ตัวเขา
3. ช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่สลับซับซ้อน ซึ่งการมีปฏิกิริยาตอบโต้ หรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดออกไปนั้น ส่วนมากจะทำในสิ่งที่นำความพอใจมาให้ หรือเป็นบำเหน็จรางวัลจากสิ่งแวดล้อม
4. ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยมของตนเอง ซึ่งแสดงว่า ทัศนคตินั้นนำความพอใจมาให้บุคคลนั้น

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

ทัศนคติของบุคคลเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ถึงแม้จะมีความคงทนถาวรพอสมควร แต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากสถานการณ์บางอย่าง เช่น ความกดดันของกลุ่มที่สามารถให้รางวัล หรือลงโทษได้ บุคคลที่มีความผิดปกติจากกลุ่มมากเท่าใด แรงบีบบังคับของกลุ่มย่อมมีมากขึ้นเท่านั้น บุคคลอาจเปลี่ยนทัศนคติไปได้ ถ้าได้รับประสบการณ์ที่น่าพอใจ หรือไม่น่าพอใจ ตลอดจนอิทธิพลของบุคคลที่มีชื่อเสียง บุคคลที่น่านับถือหรือผู้เชี่ยวชาญในด้านพิเศษต่าง ๆ ก็ทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไปได้เช่นกัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2532) ได้อ้างถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไว้ 3 อย่าง คือ

1. การยินยอม (Compliance) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อตัวเขา และเพื่อมุ่งหวังให้เกิดความพอใจ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น
2. การเลียนแบบ (Identification) เป็นภาวะการณที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้า หรือสิ่งกระตุ้น การยอมรับนี้เป็นผลมาจากการที่เขาต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือที่พึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคล หรือกลุ่มคน
3. ความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า อันสืบเนื่องมาจากสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายใน ตรงกับค่านิยมของบุคคลนั้น

การศึกษาทัศนคติ

Oskamp , Stuart (1977) ได้กล่าวถึงการศึกษาทัศนคติ และความคิดเห็นว่า มี 5 วิธี คือ

1. การอธิบาย การอธิบายทัศนคติ เป็นการศึกษาภาพจากกลุ่มผลประโยชน์กลุ่มเดียว เช่น กลุ่มผู้แทนของรัฐ หรือ อาจเปรียบเทียบความคิดเห็นของกลุ่มต่าง ๆ ตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป เช่น ทัศนคติของแรงงานผิวขาวกับแรงงานผิวดำต่อสหภาพแรงงาน ซึ่งในการศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับการวัด และการสำรวจความคิดเห็น
2. การวัด การวัดทัศนคติ ได้พัฒนาวิธีการที่ซับซ้อนของการทดสอบ และเครื่องมือวัดทัศนคติ เช่น แบบวัดทัศนคติของ Likert ,Bogardus , Thurstone, Guttman และ Osgood เป็นต้น
3. การสำรวจความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็นของสาธารณชนมักเกี่ยวข้องกับทัศนคติที่เป็นประเด็นปัญหาทางสังคม ที่มีความสำคัญต่อประชาชนส่วนใหญ่ เช่น การลงคะแนนเลือกตั้งผู้แทนของรัฐ การสำรวจความคิดเห็น จะระมัดระวังในเรื่องการสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด ซึ่งจะทำให้ผลการศึกษา สามารถเป็นตัวแทนความคิดเห็นของประชาชนทั้งหมด เป็นต้น

4. ใช้ทฤษฎี ทฤษฎีทัศนคติ เกี่ยวข้องกับการอธิบายธรรมชาติเบื้องต้นของทัศนคติ ว่าทัศนคติเกิดได้อย่างไร และเปลี่ยนแปลงอย่างไร จะไม่เกี่ยวข้องกับการวัดที่ถูกต้องของทัศนคติ เมื่อต้องการที่จะทดสอบทฤษฎี จะต้องใช้วิธีการทดลองมากกว่าวิธีอื่น

5. การทดลอง การทดลองเกี่ยวข้องกับการใส่สถานการณ์เพื่อสร้างความแตกต่าง ระหว่าง 2 กลุ่มขึ้นไป ของตัวแปรอิสระ และสังเกตผลต่อตัวแปรตาม การทดลองทัศนคติ ให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยซึ่งสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการทดสอบสมมุติฐานของทฤษฎีทัศนคติ อาจเกี่ยวข้องกับวิธีการที่ซับซ้อน

การวัดทัศนคติ

ทัศนคติ สามารถทำการวัดได้ โดยมีเครื่องมือวัดทัศนคติหลายแบบ

สวัสดี สุคนธรังษี (2517) ได้อ้างถึง Thurstone (1967) ในเรื่องการวัดทัศนคติว่า ทัศนคติ อาจวัดได้โดยการวิเคราะห์ความคิดเห็นที่บุคคลถือว่าเป็นความคิดเห็นของตน โดยใช้วิธีวัดช่วงเท่ากัน (Equal Appearing Intervals) ในการสร้างเครื่องมือวัดช่วงเท่ากัน กระทำโดยอาศัยสมมุติฐาน 4 ประการ ดังนี้:-

1. ทัศนคติของบุคคลในแต่ละเรื่อง เป็นช่วงของความชอบที่แยกเป็นส่วน ๆ ไม่ได้
2. ความคิดเห็นที่แสดงออก เป็นดัชนีของระดับทัศนคติ
3. ความคิดเห็นในแต่ละเรื่องของแต่ละบุคคลชี้ได้ว่า บุคคลมีทัศนคติในระดับใด ในช่วงความชอบ ฉะนั้น ความคิดเห็นนี้ จึงต้องกำหนดว่า ได้ในระดับใดในช่วงของความชอบ
4. ระดับของทัศนคติในช่วงของความชอบ ได้แก่ ระดับในเกณฑ์เฉลี่ยของความคิดเห็นที่แสดงออก ความคิดเห็นแต่ละข้อของบุคคลเดียวกัน ย่อมมีค่าในช่วงของความชอบใกล้เคียงกัน เป็นต้น

Thurstone (1967) ได้ให้ความเห็นว่า ทัศนคติ จะวัดโดยตรงไม่ได้ แต่จะต้องวัดจาก การแสดงออกในรูปของความคิดเห็นหรือภาษาพูด ซึ่งอาจวัดได้ไม่แน่นอนนัก เขาจึงใช้การวัดทัศนคติจาก คำตอบว่า “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” กับข้อความในแบบวัดทัศนคติ แต่จะต้องไม่สรุปเอาเองว่า บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามในข้อที่ตนเองเห็นด้วย เพราะพฤติกรรมของคนเรา อาจบิดเบือนจากทัศนคติที่มีอยู่จริง

Likert (1967) ได้สร้างแบบวัดทัศนคติที่เป็นที่นิยมพอ ๆ กับ แบบวัดทัศนคติของ Thurstone เขากำหนดให้ข้อความทุกข้อในแบบวัดทัศนคติ คือ ผลรวมของคะแนนทุกข้อ ผู้มีทัศนคติต่อสิ่งใด ก็ย่อมจะมีโอกาสที่จะตอบ “เห็นด้วย” กับข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นได้มาก และโอกาสที่จะตอบ “เห็น

ด้วย" กับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นก็จะได้น้อย (ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่มีทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งใด โอกาสที่จะ "เห็นด้วย" กับข้อความที่สนับสนุนก็มีน้อย และโอกาสที่จะตอบ "เห็นด้วย" กับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีมาก คะแนนรวมของทุกข้อ จะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงทัศนคติของผู้ตอบในแบบวัดทัศนคติของแต่ละคน)

ในการวัดทัศนคติ นักจิตวิทยาสังคม นิยมวัด อยู่ 2 ลักษณะ คือ

1. ทิศทาง (Direction) หมายถึง การประเมินค่าความรู้ ความรู้สึก และความพร้อมที่จะกระทำไปในด้านที่เป็นบวกหรือลบ ซึ่งหมายถึงดี หรือ เลว เช่น สามารถวัดได้ว่า บุคคลมีความรู้ในประเด็นที่ต้องการวัดในทางที่ว่าสิ่งนั้น ดี หรือ เลว บุคคลมีความรู้สึกต่อสิ่งนั้นไปในทางบวกหรือลบ คือในทางที่ชอบและพอใจ หรือไม่ชอบ ไม่พอใจ บุคคลนั้นพร้อมที่จะกระทำต่อสิ่งนั้นในทางบวก หรือ ลบ ซึ่งทางบวกหมายถึง ความพร้อมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนทางลบ หมายถึง ความพร้อมที่จะทำลาย หรือขัดขวางความเจริญของสิ่งนั้น

2. ปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มข้น หรือปริมาณความรุนแรงของทัศนคติไปในทางบวกหรือทางลบ นั่นคือ บุคคลอาจมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งอย่างรุนแรง และต่ออีกสิ่งหนึ่งเพียงเบาบาง ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความสำคัญของสิ่งนั้น ๆ

2.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปราณี เหมวิมล (2529) ศึกษา "ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างปี พ.ศ. 2528-2529" พบว่า

1. มีผู้ป่วยเป็นส่วนน้อยเท่านั้น ที่เข้าใจถึงวิธีการกิน ซึ่งระบุให้กิน "ก่อนอาหาร" หรือ "หลังอาหาร" ผู้ป่วยที่กินยาก่อนอาหารได้ถูกต้องมีเพียงร้อยละ 26.83 และผู้ป่วยที่กินยาหลังอาหารทันทีมีร้อยละ 55.79

2. มีผู้ป่วยร้อยละ 58.45 ที่กินยาที่แพทย์สั่งให้กินเวลาปวดทุก 4 - 6 ชั่วโมง ได้ถูกต้อง (คือกินทุก 4 - 6 ชั่วโมง เฉพาะเวลาที่ปวด)

3. กรณีที่แพทย์ให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ปรากฏว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจคำแนะนำและไม่ลืม คิดเป็นร้อยละ 93.82

4. การเก็บยาที่ผู้ป่วยเหลือใช้

— เก็บไว้ใช้อีกภายหลัง	ร้อยละ	32.91
— ให้ยาแก่ผู้อื่น	ร้อยละ	0.51
— ทิ้งยาที่เหลือ	ร้อยละ	46.33

— เก็บไว้ก่อน แล้วทิ้งทิ้งหลัง ร้อยละ 20.25

5. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่เข้าใจความหมายของฉลากยาสีขาว และฉลากสีแดง คิดเป็นร้อยละ 87.26

6. แหล่งบอกวิธีใช้ยา

— อ่านฉลากยา ร้อยละ 87.10
— จำจากแพทย์สั่ง ร้อยละ 10.07

7. ความบ่อยครั้งในการอ่านฉลากยา

— อ่านทุกครั้งที่จะใช้ยา ร้อยละ 47.49
— อ่านครั้งแรกครั้งเดียว ร้อยละ 36.29

มาริสสา ไกรฤกษ์ และคณะ (2534) ศึกษา "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และ โรงพยาบาลศรีนครินทร์" พบว่า

— การรับประทานอาหาร 3 มื้อ ตรงเวลา ร้อยละ 58
— รับประทาน 3 มื้อ ไม่ตรงเวลา ร้อยละ 36.5

ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์ (2534) ศึกษา "ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค" พบว่า

1. อายุ ของผู้ป่วยโรคที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา
2. เพศ และ สถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อการรับประทานยา

นงเยาว์ พูลศิริ และคณะ (2535) ศึกษา "ปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา" พบว่า

1. ผู้ป่วยรับประทานยา ถูกต้อง ร้อยละ 87.6
2. เมื่อได้รับยานหลายชนิด
— ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะรับประทานตามฉลากอย่างเคร่งครัด ร้อยละ 86.7
— รับประทานทุกชนิดพร้อมกัน โดยไม่ดูฉลากยา ร้อยละ 12.4

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

— รู้สึกว่าค่ายาแพง ร้อยละ 28.6
— รู้สึกว่าต้องรอรับยานาน ร้อยละ 19.0

4. ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา

— รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ร้อยละ 88.5

ศิริวัฒน์ สุคนธาพันธ์ (2535) ศึกษา “ความเข้าใจวิธีการใช้ยาที่ได้รับของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง” พบว่า

1. ผู้ป่วยร้อยละ 38.4 มีความเข้าใจวิธีการใช้ยาที่ได้รับ ถูกต้อง
 ผู้ป่วยร้อยละ 54.5 มีความเข้าใจวิธีการใช้ยาที่ได้รับ ไม่ถูกต้อง
 ผู้ป่วยร้อยละ 7.1 ไม่มีความเข้าใจวิธีการใช้ยา
2. ผู้ป่วยขาดความเข้าใจพื้นฐานของการรักษาพยาบาล ในส่วนที่ต้องอาศัยทั้งแพทย์เภสัชกร และตัวผู้ป่วย ทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด เพื่อให้ผลการรักษาออกมาดีที่สุด พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากเมื่อได้รับยาแล้ว แทนที่จะสนใจ ตรวจสอบ และอ่านทำความเข้าใจวิธีการใช้ยาที่ได้รับให้ดีกว่าก่อน กลับนำยาที่ได้รับกลับบ้านไปเลย ค่อยไปอ่านดูเมื่อจะรับประทานยา อีกทั้งผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องมารับยาประจำ ก็เข้าใจวิธีการใช้ยาถูกต้อง ไม่แตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มารับเป็นครั้งแรก ทั้งที่ตามความน่าจะเป็นแล้ว ผู้ป่วยเรื้อรังควรมีความเข้าใจวิธีการใช้ยามากกว่า
3. สื่อที่ใช้บอกวิธีใช้ยา ยังไม่สมบูรณ์พอ เป็นผลให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองสามารถใช้นั้น ๆ ได้ถูกต้อง เช่น “ก่อนอาหาร” ไม่ได้ระบุว่าก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ารับประทานก่อนอาหารเวลาใดก็ได้

นันทนา จงบุรี (2528) ศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เรื่องยาของหญิงตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช” พบว่า

1. อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เรื่องยา โดยกลุ่มผู้สูงอายุกว่าจะมีความรู้มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เรื่องยา โดยกลุ่มที่มีการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป จะมีความสามารถในการเรียนรู้ จดจำความรู้เรื่องยาได้มากกว่า
 ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้น จะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นเช่นกัน
3. อาชีพ มีผลต่อความรู้เรื่องยา กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจจะมีความรู้เรื่องยาสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การที่จะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นนั้น ควรผ่านสื่อที่เป็นที่นิยม ในรูปแบบที่น่าสนใจ และบุคลากรของรัฐจะต้องสร้างความเป็นกันเองกับผู้มารับบริการที่สถานพยาบาล

กรองแก้ว ต้นณะศิริวงศ์ และสมาลี ปิยะศิริเวช (2539) ศึกษา "ความเข้าใจเกี่ยวกับฉลากยา วิธีการใช้ยา และการเก็บรักษายาของผู้มารับบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขในสาทรณสุข ภาค 1 กรุงเทพมหานคร" พบว่า

1. ผู้มารับบริการมีความเข้าใจเกี่ยวกับฉลากยาถูกต้อง ร้อยละ 44.74
2. ผู้มารับบริการมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีใช้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 66.00
3. ผู้มารับบริการมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเก็บรักษายาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 77.72

อัมพร เจริญชัย (2529) ศึกษา "ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลขอนแก่น" พบว่า

1. ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง (ร้อยละ 54) จะพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ
2. ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลระยะสั้น จะพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลมากกว่า ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนาน
3. ผู้ป่วยที่อยู่เขตเมือง จะพึงพอใจมากกว่า ผู้ป่วยในชนบท

ประภัสร์ พิศาลพงษ์ และ ผจงจิต อินทรสุวรรณ (2526) ศึกษา "ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาลราชวิถี" พบว่า

1. ผู้ที่มาโรงพยาบาลครั้งแรก มีทัศนคติต่อการบริการของโรงพยาบาลดีกว่าผู้ที่มาโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง
2. อาชีพ กรรมกร มีทัศนคติต่อการบริการดีที่สุด รองมาเป็นผู้มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกร และข้าราชการ
3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีทัศนคติ ในระดับที่ดีมาก ต่อบุคลากรของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย

1. ควรปรับปรุงการพูด กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่
2. ควรเพิ่มเจ้าหน้าที่บริการให้เพียงพอ

3. แพทย์ออกตรวจซ้ำ
4. เจ้าหน้าที่หลายระดับ ใช้เวลาคุยกันเอง
5. ห้องน้ำมีน้อย หายาก และไม่สะอาด
6. น้ำดื่มไม่เพียงพอ ไม่มีภาชนะใส่น้ำดื่ม
7. ที่นั่งรอตรวจโรคไม่เพียงพอ
8. เจ้าหน้าที่ห้องยา เขียนข้อความบนซองยาไม่ชัดเจน อ่านไม่เข้าใจ

สุชาติ ตริทิพย์ธิคุณ และคณะ (2530) ศึกษา “ปัญหาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น” พบว่า

1. เพศ อายุ ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยของผู้รับบริการ ไม่ทำให้ทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น .05
2. การศึกษา และอาชีพ ที่แตกต่างกัน ทำให้ทัศนคติต่อการบริการมีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ จะมีทัศนคติต่อการบริการของโรงพยาบาลดีกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง
3. อาชีพที่ทำให้มีทัศนคติดีสูงสุด คือ อาชีพเกษตรกร รองลงมา คือ ค้าขาย ไม่ได้ทำงาน ผู้รับจ้าง และข้าราชการ

สุนีย์ ขลาภิรมย์ และคณะ (2525) ศึกษา “ความต้องการด้านบริการจากฝ่ายเภสัชกรรมของผู้ป่วยนอก” พบว่า

1. ผู้ป่วยใหม่ มีทัศนคติต่อเจ้าหน้าที่ ดีกว่า ผู้ป่วยเก่า
2. ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบริการของห้องยา อยู่ในเกณฑ์ ดี
3. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ
4. อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ
5. การศึกษา

ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จะมีทัศนคติต่อการบริการของโรงพยาบาล ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

6. อาชีพ

- ผู้ป่วยใหม่ อาชีพที่มีทัศนคติดีที่สุด คือ อาชีพอื่น ๆ รองลงมาคือ เกษตรกรรม ค้าขาย
- ผู้ป่วยเก่า อาชีพที่มีทัศนคติดีที่สุด คือ บรรพชิต รองลงมาคือ ค้าขาย และผู้รับจ้าง

— ข้าราชการ มีทัศนคติต่อบริการของโรงพยาบาล ต่ำกว่าทุกอาชีพ ทั้งในผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยเก่า

7. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ไม่สัมพันธ์ กับทัศนคติ
8. ความยากลำบากในการเดินทาง ไม่สัมพันธ์กับทัศนคติ

จำลอง กิตติวรเวช และคณะ (2531) ศึกษา "ทัศนคติของผู้ป่วยในต่อการบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์" พบว่า

1. ผู้ป่วยในส่วนมากมีความพอใจต่อบุคลากรของฝ่ายต่าง ๆ ในเกณฑ์ดี
2. ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีความพอใจ ค่อนข้างต่ำ กว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่า

ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์ และคณะ (2531) ศึกษา "ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในต่อบริการของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี" พบว่า

1. ผู้ป่วยนอกและใน มีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลโดยรวม ในเกณฑ์ปานกลาง ค่อนข้างพอใจมาก
2. ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีความพึงพอใจค่อนข้างต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่า

ศิริพร มงคลภาวรัชย์ และคณะ (2534) ได้ศึกษา "ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลศรีนครินทร์" พบว่า

- ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง จะมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลในระดับต่ำกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาวิจัย ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาถึง ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาที่ผู้รับบริการได้รับจาก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ว่า มีความรู้ถูกต้องแค่ไหน อย่างไร และเพื่อศึกษาถึงทัศนคติของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาว่า ภาพลักษณ์ของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาเป็นอย่างไร ให้บริการเป็นที่พึงพอใจหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย รูปแบบ วิธีการในการพัฒนางานบริการเภสัชกรรมให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.2 ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ.ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

3.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการ จำนวน 400 ราย ที่มารับบริการ ณ.ห้องจ่ายยา ในช่วงตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน 2539 ถึงวันที่ 5 กรกฎาคม 2539 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยสูตรของ YamaneTaro (1967)

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

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ ผู้รับบริการ ณ.ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เดือนละประมาณ 7,040 ราย

d = ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่จะสามารถยอมรับได้ (ในที่นี้ยอมรับให้มีความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกินร้อยละ 5 เพราะฉะนั้น $d=0.5$)

เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 400 คน

3.4 การสุ่มตัวอย่าง (Sampling)

ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเลือกเก็บข้อมูล เริ่มจากผู้รับบริการลำดับที่ 7 ต่อไปลำดับที่ 25, 43, 61,จนครบ 400 ราย

ช่วงห่างของผู้รับบริการ หาได้จากสูตร

$$\begin{aligned}\text{Sample fraction} &= \frac{\text{จำนวนตัวอย่าง}}{\text{จำนวนประชากร}} \\ &= \frac{400}{7040} = \frac{1}{17.6}\end{aligned}$$

ได้ประมาณ 18

เพราะฉะนั้น จากประชากร 18 คน เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

- หมวดข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ
- หมวดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 14 ข้อ
- ทศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ 18 ข้อ

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้ว โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน
2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้รับบริการ ณ ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 30 ราย เพื่อ

2.1 ดูความเหมาะสมของภาษา

2.2 หาค่าความเที่ยง

2.2.1. หมวดความรู้ ใช้สูตรของ Kuder Richardson 20

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ k = จำนวนคำถามในแบบสอบถาม

p = สัดส่วนของผู้ตอบถูก

q = สัดส่วนของผู้ตอบผิด

s_i = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

r_{tt} = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง

ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง = 0.738

2.2.2 หมวดทัศนคติ โดยการหาค่าความเที่ยง ตามแบบวิธีการหาสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Coefficient of Alpha) ด้วยสูตรของ Cronbach

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ S_i = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

k = จำนวนคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม

S_t = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

Y_{tt} = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง

ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง = 0.821

จากนั้น นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

3.6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยทำการอบรมเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ นักศึกษาระดับ ปวช. จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่เคยทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาก่อน ให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ แนวทาง และกระบวนการของการสัมภาษณ์ ความหมาย ความเข้าใจต่อคำถามในแบบสอบถาม อบรมความรู้เหล่านี้ให้เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ เป็นเวลา 1 วัน จนมีความเข้าใจถูกต้องและตรงกัน

2. เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ณ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เริ่มจากผู้รับบริการลำดับที่ 7 , 25 , 43 , 61.....จนครบ 400 ราย เริ่มตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน 2539 ถึงวันที่ 5 กรกฎาคม 2539 รวม 30 วัน

3.7. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC¹ (Statistical Package for the Social Sciences / Personal Computer)

3.8. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัชฌิมเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ข้อมูลความรู้ และทัศนคติ ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัชฌิมเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ใช้ t - test , Kruskal Wallis one-way ANOVA test , Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum test และ Student Newman Keuls test

- t - test

ใช้ในการทดสอบสมมุติฐานในเรื่องการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัชฌิมเลขคณิต ที่มีตัวแปรตามแบบช่วงมาตรา (Interval scale) และตัวแปรอิสระ 1 ตัว ซึ่งมีการวัดแบบ 2 กลุ่ม และแต่ละกลุ่มมีอิสระต่อกัน การแจกแจงในแต่ละกลุ่มใกล้เคียงกับการแจกแจงแบบปกติ

- Kruskal Wallis one - way ANOVA test

ใช้ในการทดสอบสมมุติฐานในเรื่องการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัชฌิมเลขคณิต ซึ่งมีตัวแปรตามแบบช่วงมาตรา (Interval scale) และตัวแปรอิสระ 1 ตัว ซึ่งมีการวัดตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป และแต่ละกลุ่มมีอิสระต่อกัน การแจกแจงในแต่ละกลุ่มใกล้เคียงกับการแจกแจงแบบปกติ

- Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum test

ใช้ในการทดสอบสมมุติฐานในเรื่องการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัชฌิมเลขคณิตที่มีตัวแปรตามแบบอันดับมาตรา (Ordinal scale) และตัวแปรอิสระ 1 ตัว ซึ่งมีการวัดแบบ 2 กลุ่ม และแต่ละกลุ่มมีอิสระต่อกัน

- Student Newman Keuls Test

ใช้ในการทดสอบสมมุติฐานในเรื่องการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัชฌิมเลขคณิตที่มีตัวแปรตามแบบอันดับมาตรา (Ordinal scale) และตัวแปรอิสระ 1 ตัว ซึ่งมีการวัดตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป และแต่ละกลุ่มมีอิสระต่อกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย จำนวน 400 คน และใช้การสัมภาษณ์โดยมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลา 30 วัน

4.1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตาม เพศ อายุ

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
<u>เพศ</u>			
— ชาย		128	32.0
— หญิง		272	68.0
	รวม	400	100.0
<u>อายุ</u>			
— น้อยกว่า 20 ปี		16	4.3
— 21 - 30 ปี		95	23.7
— 31 - 40 ปี		121	30.3
— 41 - 50 ปี		88	21.3
— 51 - 60 ปี		53	13.0
— มากกว่า 60 ปี		27	7.4
	รวม	400	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตาม ระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
— ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	4.0
— ประถมศึกษา	244	61.0
— มัธยมศึกษาตอนต้น	53	13.3
— มัธยมศึกษาตอนปลาย	44	11.0
— ต่ำกว่าปริญญาตรี	29	6.7
— ปริญญาตรี	13	3.7
— อื่น ๆ	1	0.3
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.0 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ถึง ร้อยละ 61.0

4.1.2. สภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม

ตารางที่ 3 จำนวน และค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตาม อาชีพ และภูมิลำเนาปัจจุบัน

สภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม	จำนวน	ร้อยละ
<u>อาชีพ</u>		
— เกษตรกรรม	181	45.3
— ค้าขาย	49	12.3
— รับจ้าง	45	10.7
— รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	32	8.3
— ไม่ได้ทำงาน	56	14.0
— อื่น ๆ	37	9.4
รวม	400	100.0
<u>ภูมิลำเนาปัจจุบัน</u>		
— ขอนแก่น	141	35.3
— หนองคาย	20	5.0
— อุดรธานี	37	9.7
— สกลนคร	17	4.3
— เลย	29	6.7
— หนองบัวลำภู	12	3.0
— กาฬสินธุ์	44	11.0
— อื่น ๆ	100	25.0
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้รับบริการ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.3 รองลงมา ได้แก่ ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 14.0 น้อยที่สุด คือ รับราชการ หรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 8.3 อื่นๆ ในที่นี้หมายถึง เป็นแม่บ้าน นักเรียน นักศึกษา ผู้รอการคัดเลือกเข้าทำงาน เป็นต้น

ส่วนใหญ่ของผู้รับบริการ มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 35.3 รองลงมาคือ
จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 11.0 น้อยที่สุด คือจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 3.0 อื่น ๆ หมายถึง
จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นต้น

4.1.3. ลักษณะของการรับบริการ

ตารางที่ 4 จำนวน และค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประวัติการมารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<u>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</u>		
— ผู้ป่วย	213	54.7
— สามี ภรรยา บุตร	68	17.0
— บิดา มารดา	49	10.7
— เพื่อนบ้าน	6	1.6
—ญาติพี่น้อง	52	13.0
— อื่น ๆ	12	3.0
รวม	400	100.0
<u>ประวัติการมารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น</u>		
— ครั้งแรก	80	20.0
— เป็นเวลา 1 ปี	91	22.7
— เป็นเวลา 2 ปี	52	13.0
— 3 ปีขึ้นไป	150	37.7
— อื่น ๆ	27	6.6
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยเองมากที่สุดร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ เป็นสามี หรือ ภรรยา หรือบุตร ร้อยละ 17.0

4.2 ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้รับบริการ

ตารางที่ 5 จำนวน และค่าร้อยละ ของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการ จำแนกตามการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยา การเข้าใจความหมายหน้าของยา คำว่า “ก่อนนอน”

ข้อมูลความรู้	จำนวน	ร้อยละ
1. เมื่อท่านได้รับยา ท่านปฏิบัติอย่างไร		
— กินยาเฉพาะเมื่อมีอาการ	16	4.0
— กินยาตามวิธีที่เคยกิน	25	6.4
— กินยาครบถ้วนทุกซอง	2	0.3
— อ่านวิธีใช้น้ำของยาจนเข้าใจ แล้วจึงกิน ถ้ายังไม่แน่ใจถามเจ้าหน้าที่ห้องยา ก่อน	357	89.3
รวม	400	100.0
2. ความหมายของคำว่า “ก่อนนอน”		
— ก่อนเข้านอน หลังอาหารเช้า	8	2.0
— ก่อนเข้านอน หลังอาหารกลางวัน	7	1.7
— ก่อนเข้านอน ตอนกลางคืน	381	95.3
— ก่อนเข้านอน เวลาใดก็ได้	4	1.0
รวม	400	100.0

ตารางที่ 6 จำนวน และค่าร้อยละ ของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการ จำแนกตามการเข้าใจความหมายหน้าซองยา คำว่า “หลังอาหาร”, “ก่อนอาหาร”, และ “เข้า”

ข้อมูลความรู้	จำนวน	ร้อยละ
3. ความหมายของคำว่า “หลังอาหาร”		
— หลังกินอาหารทันที	124	31.0
— หลังกินอาหาร 15-30 นาที	248	62.0
— กินยาพร้อมกับกินอาหาร	2	0.3
— อื่น ๆ	26	6.7
รวม	400	100.0
4. ความหมายของคำว่า “ก่อนอาหาร”		
— กินก่อนอาหารทันที	111	27.7
— กินก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง	260	65.0
— กินยาระหว่างมือของอาหาร	3	0.7
— อื่น ๆ	26	6.7
รวม	400	100.0
5. ความหมายของคำว่า “เข้า”		
— 6 โมงเช้า (06.00 น.)	25	6.3
— 7 โมงเช้า (07.00 น.)	150	37.4
— 8 โมงเช้า (08.00 น.)	196	49.0
— อื่น ๆ	29	7.3
รวม	400	100.0

ตารางที่ 7 จำนวน และค่าร้อยละของความรู้ของผู้รับบริการ ณ ห้องจ่ายยา จำแนกตามการเข้าใจความหมายหน้าของยา คำว่า “กลางวัน” , “เย็น” และ ยาที่กินหลายเวลา

ข้อมูลความรู้	จำนวน	ร้อยละ
6. ความหมายของคำว่า เวลา “กลางวัน”		
— 11.00 น.	9	2.3
— 12.00 น.	307	76.7
— 13.00 น.	68	17.0
— อื่น ๆ	16	4.0
รวม	400	100.0
7. ความหมายของคำว่า เวลา “เย็น”		
— 6 โมงเย็น	105	35
— 1 หุ่	116	38.7
— 2 หุ่	58	19.3
— อื่น ๆ	21	7.0
รวม	400	100.0
8. ยาที่กินหลายเวลา เช่น เข้า - กลางวัน - เย็น - ก่อนนอน หรือ เข้า - เย็น - ก่อนนอน การกินยา “ก่อนนอน” ในที่นี้หมายถึง		
— หลังอาหารเย็น 1 ชั่วโมง	77	19.3
— หลังอาหารเย็น 2 ชั่วโมง	153	38.3
— หลังอาหารเย็น 3 ชั่วโมง	107	26.7
— หลังอาหารเย็น 4 ชั่วโมง	35	8.7
— อื่น ๆ	28	7.0
รวม	400	100.0

ตารางที่ 8 จำนวน และค่าร้อยละของความรู้ของผู้รับบริการ ณ ห้องจ่ายยา จำแนกตามการเข้าใจความหมายหน้าของยา คำว่า “เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง และ “ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์”

ข้อมูลความรู้	จำนวน	ร้อยละ
9. ความหมายของคำว่า “เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง”		
— มีอาการปวด เวลาใดก็ตาม	46	11.7
— มีอาการปวด ถ้าไม่หาย กินอีกทุก 6 ชั่วโมง และหยุดกินเมื่อหายปวด	319	79.7
— กินทุก ๆ 6 ชั่วโมง จนหมด	33	8.3
— อื่น ๆ	2	0.3
รวม	400	100.0
10. การปฏิบัติตามข้อความว่า “ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์”		
— ไม่ปฏิบัติตาม	3	0.7
— พยายามปฏิบัติตาม ยกเว้นมีงาน	56	14.0
— ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ	341	85.3
รวม	400	100.0

ตารางที่ 9 จำนวน และค่าร้อยละของความรู้ของผู้รับบริการ ณ ห้องจ่ายยา จำแนกตามการปฏิบัติตามความหมายของคำว่า “อาจทำให้วังซิม ควรระวังการขับชียานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล” และ “ควรหยุดกินยาเมื่อใด”

ข้อมูลความรู้	จำนวน	ร้อยละ
11. การปฏิบัติตาม คำว่า “อาจทำให้วังซิม ควรระวังการขับชียานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล “		
— กินยาแล้ว ทำงานไม่ได้	125	31.3
— ไม่กินยานี้เลย	36	9.0
— เพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น	239	59.7
รวม	400	100.0
12. การเข้าใจว่า <u>จะสามารถหยุดกินยาเมื่อใด</u>		
— ทนฤทธิ์ข้างเคียงไม่ได้	-	-
— คิดว่าโรคหายดีแล้ว	141	35.3
— ญาติแนะนำ	3	0.7
— แพทย์บอก	255	63.7
— อื่น ๆ	2	0.3
รวม	400	100.0

ตารางที่ 10 จำนวน และค่าร้อยละของความรู้ของผู้บริการ ณ ห้องจ่ายยา จำแนกตามการเข้าใจ การปฏิบัติ ตน ว่าอาการร่วรงมาก หลังจากกินยา เกิดจากอะไร และถ้ามียาชุดก่อนเหลือ ควรทำอะไร

ข้อมูลความรู้	จำนวน	ร้อยละ
13. ถ้ากินยา แล้วมีอาการร่วรงมาก คิดว่า เกิดจาก		
— อาการกำเริบ	26	6.7
— ฤทธิ์ข้างเคียงของยา	372	93.0
— ผู้ป่วยไข้เกียจ ไม่อยากทำงาน	-	-
— อื่น ๆ	2	0.3
รวม	400	100.0
14. ถ้ามียาชุดเก่าเหลืออยู่ในสภาพยังดี		
— ไม่มียาเหลือ	121	30.3
— นำมาคืนโรงพยาบาล	39	9.7
— กินยาชุดเก่าต่อไป	169	42.3
— ทิ้งไปแล้ว	71	17.7
— อื่น ๆ	-	-
รวม	400	100.0

ตารางที่ 11 จำนวน และค่าร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้รับบริการ ณ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (11 - 14)	32	8.0
ปานกลาง (7 - 10)	315	78.7
น้อย (< 7)	53	13.3
ผลรวม	400	100.0

หมายเหตุ:-

ดี เท่ากับ $\bar{X} + SD$

น้อย เท่ากับ $\bar{X} - SD$

เมื่อ $\bar{X} = 8.49$ $SD = 1.63$

คะแนนน้อยที่สุด 4 คะแนน

คะแนนสูงที่สุด 12 คะแนน

4.3 ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการบริการ ณ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ตารางที่ 12 จำนวนและค่าร้อยละของผู้รับบริการ จำแนกตามทัศนคติที่มีต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ ณ ห้องจ่ายยา ในภาพรวม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<u>ทัศนคติที่มีต่อการบริการ ณ ห้องจ่ายยา</u>		
พอใจมาก	13	3.3
พอใจ	353	88.4
ไม่พอใจ	13	3.3
ไม่มีความคิดเห็น / เฉย ๆ	19	4.7
อื่น ๆ	2	0.3
รวม	400	100.0

ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา ในด้านตัวเจ้าหน้าที่ และ ค่ารักษาพยาบาล

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	การแปลความหมายระดับความพอใจ
<u>1. เจ้าหน้าที่</u>			
1.1. ยิ้มแย้ม แจ่มใส	3.94	0.36	เห็นด้วย
1.2. วางอำนาจ ดูผู้ป่วย	3.54	0.58	ไม่เห็นด้วย
1.3. จับกลุ่มคุยกัน ไม่สนใจผู้ป่วย	3.59	0.54	ไม่เห็นด้วย
1.4. ให้คำแนะนำอย่างดี	3.93	0.46	เห็นด้วย
1.5. พูดจาสุภาพ อ่อนโยน	3.93	0.36	เห็นด้วย
1.6. พูดจากระด้าง กระโชกโฮกฮาก	3.53	0.53	ไม่เห็นด้วย
1.7. แต่งกายไม่สุภาพ	3.58	0.58	ไม่เห็นด้วย
<u>2. ค่ารักษาพยาบาล</u>			
2.1. แพงเกินไป	3.41	0.81	ปานกลาง
2.2. เหมาะสมดีแล้ว	3.92	0.33	เห็นด้วย

หมายเหตุ:	ในกรณีที่เป็นการคำถามเชิงบวก		
1 - 1.49	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.5 - 2.49	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
2.5 - 3.49	คะแนน	หมายถึง	ปานกลาง / เฉย ๆ
3.5 - 4.49	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
4.5 - 5.00	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
แต่ถ้าเป็นการคำถามเชิงลบ จะให้ความหมายตรงกันข้าม			
1 - 1.49	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.5 - 2.49	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
2.5 - 3.49	คะแนน	หมายถึง	ปานกลาง / เฉย ๆ

3.5 - 4.49	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
4.5 - 5.00	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา ในด้าน ระบบขั้นตอน สภาพแวดล้อม และ เวลาในการรอรับยา

ความพึงพอใจ	X	SD	การแปลความหมาย ระดับความพึงพอใจ
<u>3. ระบบ ขั้นตอน การให้บริการ</u>			
3.1. ไม่เข้าใจขั้นตอน	3.50	0.76	ไม่เห็นด้วย
3.2. สับสน วนไปเวียนมา	3.50	0.76	ไม่เห็นด้วย
3.3. เป็นไปตามลำดับดี	3.91	0.52	เห็นด้วย
<u>4. สภาพแวดล้อม</u>			
4.1. ม้านั่ง เพียงพอ	3.89	0.52	เห็นด้วย
4.2. แสงสว่างไม่เพียงพอ	3.18	0.87	ปานกลาง
4.3. อากาศถ่ายเท เย็นสบาย	3.82	0.59	เห็นด้วย
4.4. ระบบเสียงชัดเจน	3.86	0.69	เห็นด้วย
<u>5. เวลาในการรอรับยา</u>			
5.1. นานเกินไป	3.24	0.94	ปานกลาง
5.2. เหมาะสมดีแล้ว	3.84	0.59	เห็นด้วย

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละของผู้รับบริการ ณ ห้องจ่ายยา จำแนกตาม “ท่านเคยได้รับการจ่ายยา ผิดพลาด หรือไม่” และ “ความเข้าใจในขั้นตอนการรับบริการ ณ ห้องจ่ายยา “

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<u>6. ท่านเคยได้รับการจ่ายยาผิดพลาด หรือไม่</u>		
— ไม่เคย	387	97.0
— เคย 2 - 3 ครั้ง	2	0.3
— เคย 5 ครั้ง ขึ้นไป	-	-
— ไม่ทราบ	2	0.3
— อื่น ๆ	9	2.4
รวม	400	100.0
<u>7. ความเข้าใจในขั้นตอนการรับบริการ ณ ห้องจ่ายยา</u>		
— เข้าใจถูกต้อง	368	92.0
— เข้าใจไม่ถูกต้อง	32	8.0
รวม	400	100.0

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละของผู้รับบริการ ที่มีต่อ การปรับปรุงบริการของห้องจ่ายยา
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อมูล	ใช่		ไม่ออกเสียง	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
8. ห้องยาควรปรับปรุงการให้บริการอย่างไร				
1. เพิ่มเจ้าหน้าที่ให้มากขึ้น	115	(28.7)	285	(71.3)
* 2. ลดค่ารักษาพยาบาลให้ถูกลง	173	(43.3)	227	(56.7)
* 3. เพิ่มความสะดวก รวดเร็วของการให้บริการ	205	(51.3)	195	(48.7)
4. เพิ่มความสะดวก เรียบร้อยของห้องยา	13	(3.3)	387	(96.7)
5. พุดจาสุภาพ ไพเราะ อ่อนหวาน	39	(9.7)	361	(90.3)
6. อื่น ๆ เช่น ควรเพิ่มแพทย์ ฯลฯ	51	(12.7)	349	(87.3)
9. ท่านอยากให้ห้องยาจัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง				
1. ยารักษาโรคจิต	96	(24.0)	304	(76.0)
2. ยารักษาโรคประสาท	111	(27.7)	289	(72.3)
3. ยารักษาโรคลมชัก	55	(13.7)	345	(86.3)
* 4. ยารักษาโรคนอนไม่หลับ	128	(32.0)	272	(68.0)
* 5. วิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง	248	(62.0)	152	(38.0)
6. อื่น ๆ เช่น	44	(11.0)	356	(89.0)
— อาการของโรค				
— การรักษา				
— อาการปวดศีรษะ				
— อาการเวียนศีรษะ ฯลฯ				

4.4 ส่วนที่ 4 ศึกษาความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระ กับความรู้ และทัศนคติของผู้รับบริการ

ตารางที่ 17 คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้รับบริการ โดยจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	P.value
ชาย	128	8.50	1.58	0.07	>.05
หญิง	272	8.49	1.66		

จากตารางที่ 17 ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ของผู้รับบริการเพศชาย และ เพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 18 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของ คะแนนความรู้ของผู้รับบริการที่มี ช่วงอายุ แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F.	P - value
ระหว่างกลุ่ม	7	16.52	3.30	1.248	>.05
ภายในกลุ่ม	393	778.45	2.65		
รวม	400	794.97			

จากตารางที่ 18 เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการที่มี ช่วงอายุ แตกต่างกัน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 19 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการ ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F.	P - value
ระหว่างกลุ่ม	8	58.85	9.81	3.904*	<.05
ภายในกลุ่ม	392	736.12	2.51		
รวม	400	794.97			

จากตารางที่ 19 เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนน ความรู้ของผู้รับบริการที่มีการศึกษาต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 20 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการ ที่มี อาชีพ
แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F.	P - value
ระหว่างกลุ่ม	7	64.01	12.80	5.149*	<.05
ภายในกลุ่ม	393	730.96	2.49		
รวม	400	794.97			

จากตารางที่ 20 เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการที่มี อาชีพ แตกต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้รับบริการที่มี การศึกษา แตกต่างกันด้วย

Student Newman Keuls Test

การศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ไม่ได้เรียน	อื่น ๆ	ประถม	มัธยมต้น	มัธยมปลาย	อนุปริญญา	ปริญญาตรี
	$\bar{X}$	7.58	8.00	8.24	8.93	8.94	9.05	9.73
ไม่ได้เรียน	7.58	-	0.42	0.66	1.35	1.36	1.47	2.15*
อื่น ๆ	8.00	-	-	0.24	0.93	0.94	1.05	1.73
ประถม	8.24	-	-	-	0.69*	0.70	0.81	1.49*
มัธยมต้น	8.93	-	-	-	-	0.01	0.12	0.80
มัธยมปลาย	8.94	-	-	-	-	-	0.11	0.79
อนุปริญญา	9.05	-	-	-	-	-	-	0.68
ปริญญาตรี	9.73	-	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 21 ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มการศึกษา (หลังจากวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแล้ว) ด้วย Student Newmann Keuls Test พบว่า กลุ่มการศึกษาที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 คือ

- กลุ่มที่ไม่ได้เรียน กับ กลุ่มปริญญาตรี ขึ้นไป
- กลุ่มประถมศึกษา กับ กลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้น และ
- กลุ่มประถมศึกษา กับ กลุ่มปริญญาตรีขึ้นไป

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้รับบริการที่มีอาชีพ แตกต่างกันด้วย

Student Newman Keuls Test

อาชีพ	ค่าเฉลี่ย	ค้าขาย	เกษตรกรรม	ไม่ได้ทำงาน	รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	รับจ้าง	อื่น ๆ
	$\bar{X}$	8.14	8.21	8.24	9.08	9.13	9.43
ค้าขาย	8.14	-	0.07	0.10	0.94	0.99	1.29*
เกษตรกรรม	8.21	-	-	0.03	0.87*	0.92*	1.22*
ไม่ได้ทำงาน	8.24	-	-	-	0.84*	0.89*	1.19*
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	9.08	-	-	-	-	0.05	0.35
รับจ้าง	9.13	-	-	-	-	-	0.03
อื่น ๆ	9.43	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 22 ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มอาชีพ (หลังจากวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแล้ว) ในที่นี้ได้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Student Newman Keuls Test

จากผลการทดสอบ ปรากฏว่า อาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 คือ

- รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ กับ เกษตรกรรม / ไม่ได้ทำงาน
- รับจ้าง กับ เกษตรกรรม / ไม่ได้ทำงาน
- อื่น ๆ กับ ค้าขาย / เกษตรกรรม / ไม่ได้ทำงาน

ตารางที่ 23 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้บริการที่มี ประวัติการมารับบริการ ที่โรงพยาบาล แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S	M.S.	F.	P-value
ระหว่างกลุ่ม	6	7.45	1.86	0.701	>.05
ภายในกลุ่ม	394	781.30	2.66		
รวม	400	788.75			

จากตารางที่ 23 เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนน ความรู้ของผู้รับบริการที่มีประวัติการรับบริการที่โรงพยาบาล แตกต่างกัน พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการ ที่มี เพศ แตกต่างกัน ด้วย Mann Whitney

Wilcoxon Rank Sum Test

เพศ	จำนวน	Mean Rank	Z	P - value
ชาย	128	198.45	.229	> .05
หญิง	272	201.71		

จากตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้รับบริการเพศชาย และเพศหญิง มีทัศนคติต่อการบริการ ของเจ้าหน้าที่ ณ.ห้องจ่ายยา ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการที่มีช่วงอายุแตกต่างกันด้วย Kruskal Wallis

One-Way ANOVA Test

อายุ	จำนวน	Mean Rank	X^2	P-value
น้อยกว่า 20 ปี	16	184.35	13.154*	< .05
21 - 30 ปี	95	166.30		
31 - 40 ปี	121	149.71		
41 - 50 ปี	88	152.97		
51 - 60 ปี	53	138.69		
มากกว่า 60 ปี	27	98.00		

จากตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้รับบริการที่มี ช่วงอายุ แตกต่างกัน จะมีทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ ณ ห้องจ่ายยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการที่มีช่วงอายุ แตกต่างกันเป็นรายคู่ด้วย Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test

อายุ	Mean Rank	>60	51-60	41-50	31-40	21-30	< 20
		98.00	138.69	149.71	152.47	166.30	184.35
> 60	98.00	-	40.69	51.71	54.47	68.30*	86.35
51-60	138.69	-	-	11.02	13.78	27.61	45.66
41-50	149.71	-	-	-	2.76	16.59	34.64
31-40	152.47	-	-	-	-	13.83	31.88
21-30	166.30	-	-	-	-	-	18.05
< 20	184.35	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 26 ทำการทดสอบความแตกต่างของทัศนคติของผู้รับบริการเป็นรายคู่ พบว่า ผู้รับบริการที่มีช่วงอายุ 21-30 ปี มีทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา แตกต่าง กับ ผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการที่มีการศึกษาแตกต่างกันด้วย Kruskal Wallis
One-Way ANOVA Test

การศึกษา	จำนวน	Mean Rank	χ^2	P-value
ไม่ได้เรียน	16	129.67	4.300	> .05
ประถมศึกษา	244	153.39		
มัธยม ต้น	53	153.31		
มัธยม ปลาย	44	159.09		
อนุปริญญา	29	119.53		
ปริญญาตรีขึ้นไป	13	140.82		
อื่น ๆ	1	202.00		

จากตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้รับบริการที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วย Kruskal Wallis One - Way ANOVA Test

อาชีพ	จำนวน	Mean Rank	X^2	P - value
เกษตรกรรวม	181	141.14	12.670*	< .05
ค้าขาย	49	156.15		
รับจ้าง	56	163.69		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	45	118.08		
ไม่ได้ทำงาน	32	157.10		
อื่น ๆ เช่น	37	192.21		
— แม่บ้าน				
— ข้าราชการบำนาญ				
— นักเรียน				
— ฯลฯ				

จากตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน จะมีทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันเป็นรายคู่ด้วย Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test

อาชีพ	Mean Rank	รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	เกษตรกรรม	ค้าขาย	ไม่ได้ทำงาน	รับจ้าง	อื่น ๆ
		118.08	141.19	156.15	157.10	163.69	192.21
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	118.08	-	23.11	38.07	39.02	45.61	74.13*
เกษตรกรรม	141.19	-	-	14.96	15.91	22.50	51.02*
ค้าขาย	156.15	-	-	-	0.95	7.54	36.06
ไม่ได้ทำงาน	157.10	-	-	-	-	6.59	35.11
รับจ้าง	163.69	-	-	-	-	-	28.52
อื่น ๆ	192.21	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 29 ได้ทำการทดสอบความแตกต่างของทัศนคติของผู้รับบริการเป็นรายคู่ พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพในกลุ่มอื่น ๆ (ได้แก่ แม่บ้าน นักเรียน ข้าราชการบำนาญ ผู้รอสมัครงาน ฯลฯ) มีทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา แตกต่างกับ ผู้มีอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ และ ผู้มีอาชีพเกษตรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการที่มีภูมิฐานะต่างกันด้วย Kruskal Wallis One-Way ANOVA Test

ภูมิฐานะ	จำนวน	Mean Rank	χ^2	P - value
ชนแก่น	106	145.75	17.142	< .05
หนองคาย	15	167.40		
อุดรธานี	29	98.57		
สกลนคร	13	194.46		
เลย	20	174.60		
หนองบัวลำภู	9	154.44		
กาฬสินธุ์	33	164.77		
อื่น ๆ	75	153.11		

จากตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้รับบริการที่มีภูมิฐานะต่างกัน จะมีทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการที่มีภูมิฐานะแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วย Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test

ภูมิฐานะ	Mean Rank	อุดรธานี	ขอนแก่น	อื่นๆ	หนองบัวลำภู	กาฬสินธุ์	หนองคาย	เลย	สกลนคร
		98.57	145.75	153.11	154.44	164.77	167.40	174.60	194.46
อุดรธานี	98.57	-	47.18	54.54	55.87	66.20	68.83	76.03	95.89*
ขอนแก่น	145.75	-	-	7.36	8.69	19.02	21.65	28.85	48.71
อื่นๆ	153.11	-	-	-	1.33	11.66	14.29	21.49	41.35
หนองบัวลำภู	154.44	-	-	-	-	10.33	12.96	20.16	40.02
กาฬสินธุ์	164.77	-	-	-	-	-	2.63	9.83	29.69
หนองคาย	167.40	-	-	-	-	-	-	7.20	27.06
เลย	174.60	-	-	-	-	-	-	-	19.86
สกลนคร	194.46	-	-	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 31 ได้ทำการตรวจสอบความแตกต่างของทัศนคติของผู้รับบริการเป็นรายคู่ พบว่า ผู้รับบริการที่มีภูมิฐานะอยู่จังหวัดอุดรธานี มีทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา แตกต่างกับ ผู้ที่มีภูมิฐานะอยู่จังหวัด สกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบทัศนคติของผู้รับบริการที่มีประวัติการรับบริการ ที่โรงพยาบาล แตกต่างกัน
ด้วย Kruskal Wallis One - Way ANOVA Test

ประวัติการรับบริการ	จำนวน	Mean Rank	X ²	P - value
มาครั้งแรก	80	164.99	4.748	> .05
มา 1 ปี แล้ว	91	142.90		
มา 2 ปี แล้ว	52	129.22		
มา 3 ปี แล้ว	150	152.10		
อื่น ๆ	27	158.55		

จากตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้รับบริการที่มีประวัติการรับบริการที่โรงพยาบาล แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้มารับบริการ ว่าถูกต้องหรือไม่ อย่างไร เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้มารับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ว่า มีความพึงพอใจมากน้อยแค่ไหน อย่างไร และเพื่อหาความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระ (เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ภูมิฐานะ ประวัติการรับบริการ) และตัวแปรตาม (ความรู้ และทัศนคติ)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยนอก หรือญาติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ 14 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติ 18 ข้อ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองกับผู้รับบริการจำนวน 30 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งหาความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าในหมวดความรู้ ได้ค่าความเที่ยง 0.738 (ใช้สูตร Kuder Richardson 20) และหมวดทัศนคติ ได้ค่าความเที่ยง 0.821 (ใช้สูตร Coefficient of Alpha) ผู้เก็บข้อมูล คือนักศึกษาระดับปวช. จำนวน 2 คน ซึ่งผ่านการอบรมการสัมภาษณ์ และการใช้แบบสอบถาม จนเข้าใจตรงกันเป็นอย่างดี ใช้วิธีเก็บข้อมูลโดยการให้ผู้รับบริการตอบ (ถ้าอ่านหนังสือคล่อง มองเห็นชัดเจน) หรือผู้เก็บข้อมูลสัมภาษณ์ผู้รับบริการ แล้วลงคำตอบให้ (ถ้าอ่านหนังสือไม่ออก หรือมองเห็นไม่ชัด) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เริ่มจากผู้รับบริการที่ห้องจ่ายยา ลำดับที่ 7 แล้วต่อไปลำดับที่ 25 , 43 , 61(เว้นช่วงห่างกันช่วงละ 18 ราย) จนครบ 400 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺ และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้:-

1. ข้อมูลทั่วไป

ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความรู้และทัศนคติ

ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. หาความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม

- หักข้อความรู้ ใช้ t - test , F - test , Student Newman Keuls Test
- หักข้อทัศนคติ ใช้ Kruskal Wallis One-Way ANOVA Test และ Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test

ผลการศึกษา

จากผู้รับบริการจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 68 (272 คน) มีอายุ อยู่ ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 30.3 (121 คน) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.0 (244 คน) มีอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 45.2 (181 คน) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 35.3 (141 คน) ผู้มารับบริการ เป็นผู้ป่วยเอง ร้อยละ 54.7 (219 คน) เคยมารับการ รักษาพยาบาลที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น นาน 3 ปี ร้อยละ 37.7 (151 คน)

จากการทดสอบหาระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง ร้อยละ 78.7 (315 คน) เกณฑ์ดี ร้อยละ 8 (32 คน) และผู้รับบริการที่มีความรู้ น้อย ร้อยละ 13.3 (53 คน) และเมื่อหาความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระกับความรู้ พบว่า

- | | | |
|------------|---|--|
| — การศึกษา | } | ที่แตกต่างกัน จะทำให้ คะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 |
| — อาชีพ | | |

ทดสอบต่อไปด้วย Student Newman Keuls Test ในแต่ละกลุ่ม พบว่าคู่ที่แตกต่างกัน คือ

1. คู่ระหว่าง ผู้ไม่ได้เรียน กับ ผู้ที่จบปริญญาตรี
และ ผู้จบประถมศึกษา กับ ผู้ที่จบมัธยม และปริญญาตรี
2. คู่ระหว่าง ผู้มีอาชีพด้านเกษตรกรรม กับผู้รับราชการ / ทำงานรัฐวิสาหกิจ
และ ผู้ไม่ได้ทำงาน กับผู้ทำงานรับจ้าง และรับราชการ / ทำงานรัฐวิสาหกิจ

มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ส่วนในด้านทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบ ว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใจ ร้อยละ 88.4 (353 คน) พอใจมาก ร้อยละ 3.3 (13 คน) ไม่ พอใจ ร้อยละ 3.3 (13 คน) ไม่มีความเห็น / เคย ๆ ร้อยละ 5.0 (21 คน) และเมื่อศึกษาความ แตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระ กับทัศนคติ พบว่า

- | | | |
|---------|---|---|
| — อายุ | } | ที่แตกต่างกัน จะทำให้คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 |
| — อาชีพ | | |

ทดสอบด้วย Mann Whitney Wilcoxon Rank Sum Test ในแต่ละกลุ่มพบว่า คู่ที่ต่างกัน คือ

1. คู่ระหว่าง ผู้มีอายุ 21 - 30 ปี กับ ผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี
2. คู่ระหว่าง ผู้ทำงาน อื่น ๆ (แม่บ้าน นักเรียน นักศึกษา ผู้รอสมัครงาน) กับผู้ทำงาน เกษตรกรรม และผู้รับราชการ / ทำงานรัฐวิสาหกิจ

มีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

อภิปรายผล

1. หมวดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

ผู้ที่มีการศึกษาน้อย เช่น ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือ จบแค่ชั้นประถมศึกษา เป็นต้น จะมีความรู้ต่ำกว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า เช่น ผู้จบชั้นมัธยมศึกษา หรือ จบปริญญาตรี เป็นต้น ทั้งนี้ อาจจะเนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีโอกาสรับรู้ข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ จากสื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ได้น้อยกว่า และความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ ก็น้อยกว่าเช่นกัน

ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน หรือ ทำงานด้านเกษตรกรรม จะมีความรู้ต่ำกว่าผู้ที่ทำงานรับจ้าง รับราชการ/ทำงานรัฐวิสาหกิจ อาจจะเนื่องมาจากโอกาส และความสามารถในการรับรู้ เข้าใจจากสื่อของผู้ที่ไม่ได้ทำงาน หรือทำงานเกษตรกรรมมีน้อยกว่า

2. หมวดทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา

ผู้รับบริการที่มีอายุน้อย เช่น ช่วง 21 - 30 ปี จะมีทัศนคติดีกว่าผู้สูงอายุ เช่น มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ ตริทิพย์ชิตคุณ และคณะ (2530) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีอายุน้อย จะมีโอกาสไปรับบริการจากหน่วยงานราชการไม่บ่อย และไม่มากแห่ง เพราะฉะนั้นประสบการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริการ ยังไม่หลากหลายพอที่จะเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างได้อย่างชัดเจน

ผู้รับบริการที่มีอาชีพทำงานอื่น ๆ ได้แก่ แม่บ้าน นักเรียนนักศึกษา ผู้รอสมัครงาน จะมีทัศนคติดีกว่า ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรม ผู้รับราชการ / ทำงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร มงคลถาวรชัย และคณะ (2534) โดยอาจอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีการทำงานดีกว่า และมีสถานภาพในสังคมสูงกว่า ย่อมมีความคาดหวังในการบริการทางการแพทย์สูง ทำให้มีความพึงพอใจ (คือ ทัศนคติ แบบหนึ่ง) ต่อการบริการต่ำ

ข้อเสนอแนะ

หมวดความรู้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการ ยังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ไม่ถูกต้อง อยู่เป็นจำนวนมากพอสมควร เช่น

1. เมื่อได้รับยาแล้ว ผู้รับบริการจะกินยาเมื่อมีอาการ และกินตามวิธีที่เคยกิน ร้อยละ 10.4
2. ยา “ก่อนนอน” ผู้รับบริการกินก่อนนอน เวลาเช้า เทียง และเวลาอื่น ๆ ร้อยละ 4.7
3. ยา “หลังอาหาร” ผู้รับบริการจะกินหลังอาหารทันที ร้อยละ 31.0 กินหลังอาหาร 15-30 นาที ร้อยละ 62.0
4. ยา “ก่อนอาหาร” ผู้รับบริการจะกินก่อนอาหารทันที ร้อยละ 27.7
5. ยากินหลายครั้ง เช่น เช้า - กลางวัน - เย็น - ก่อนนอน หรือ เช้า - เย็น - ก่อนนอน เป็นต้น ผู้รับบริการ จะกินยามื้อก่อนนอน หลังจากกินอาหารเย็น 1-2 ชั่วโมง ร้อยละ 57.6
6. ยากิน “เวลามีอาการ” ผู้รับบริการจะกินเมื่อเวลาใดก็ได้ ร้อยละ 11.7
7. เมื่อกินยาไประยะหนึ่งแล้ว ผู้รับบริการจะหยุดยาเอง โดยคิดว่า โรคนั้นหายดีแล้ว ร้อยละ 35.3

เหล่านี้ ล้วนเป็นตัวอย่างของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาไม่ถูกต้อง คลาดเคลื่อนไปจากหลักวิชาการ อีกเป็นจำนวนมาก เป็นเครื่องชี้ให้เห็นอย่างหนึ่งว่า การให้บริการข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์ ควรต้องมีการพัฒนา ปรับปรุง ทั้งนี้เพราะในทางปฏิบัติแล้ว ความรู้ความเข้าใจในวิธีการใช้ยาของผู้ป่วย น่าจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเสียแล้ว พฤติกรรมการใช้ยาก็คจะเป็นไปในทางที่ไม่ถูกต้อง ผลก็คือ คุณภาพในการรักษาพยาบาลจะไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง แก้ไข

1. รณรงค์ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการรักษาพยาบาล โดยสนใจต่อวิธีการให้ยาที่ถูกต้อง และปฏิบัติตามจริง ตลอดจนประพฤติ ปฏิบัติตน ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การรณรงค์อาจทำโดยใช้ระบบเสียงตามสาย แผ่นป้าย ป้ายไฟคอมพิวเตอร์ ฯลฯ
2. ปรับปรุง ขงยา ฉลากยา ให้มีความสมบูรณ์ โดยเน้นความชัดเจน อ่านง่าย และครอบคลุมสาระสำคัญ ทั้งนี้เพราะพบว่า ผู้ป่วยจะรับทราบวิธีการใช้ยาจากซองยา ฉลากยา มากที่สุด (ปราณี เหมวิมล , 2529)
3. จัดทำเอกสาร เผยแพร่ความรู้ แจกผู้รับบริการ แสดงรายละเอียดวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะประเภทที่ใช้ค่อนข้างยุ่งยาก เช่น ยาหยอดตา ยาเหน็บทวารหนัก ฯลฯ เพราะการอ่านจากซองยา ฉลากยา ไม่ชัดเจน ไม่สามารถครอบคลุมสาระสำคัญ และวิธีการใช้ได้อย่างสมบูรณ์

4. จัดช่อง หรือห้อง หรือบริเวณให้คำแนะนำปรึกษา วิธีการใช้ยาในหองจ่ายยา ให้ผู้รับบริการ เห็นอย่างชัดเจน เป็นสัดส่วน สำหรับผู้รับบริการจะเข้ามาปรึกษา เพราะจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีความสงสัยในวิธีการใช้ยาที่ได้รับ แต่ไม่รู้จะถามใคร ตรงไหน

5. ควรมีการให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ต่อผู้ป่วยใหม่ทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้มีการศึกษาน้อย ผู้ไม่ได้ทำงาน หรือผู้มีอาชีพเกษตรกรรม เป็นต้น

หมวดทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา

1. สภาพแวดล้อมบริเวณที่นักรับยาควรปรับปรุงให้เหมาะสมขึ้น เช่น มีอากาศถ่ายเท สะดวก ม่านบังเพียงพอ มีแสงสว่างเพียงพอ ฯลฯ

2. ทัศนคติต่อการบริการ อยู่ในเกณฑ์พอใช้ แต่บางครั้ง ก็ยังมีใบแสดงความคิดเห็นว่า เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ไพเราะ หรือไม่รับฟังปัญหา คำถาม ข้อสงสัยของผู้รับบริการ เพราะฉะนั้นจึงควรมีการอบรม เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้ตระหนักถึง การบริการดูญาติมิตร การบริการด้วยรอยยิ้ม อยู่เสมอ ๆ หรือถ้าจำเป็นจริง ๆ ก็อาจต้องมีการสับเปลี่ยนหน้าที่ของผู้ที่ให้บริการ โดยเลือกบุคลากรที่มีจิตสำนึกของผู้ให้บริการที่ดี มาประจำอยู่ในส่วนบริการด้านหน้า

3. ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการบางอย่างไม่อาจกระทำ หรือแก้ไขได้ เช่น ให้เพิ่มเจ้าหน้าที่ให้มากขึ้น ให้ลดค่ารักษาพยาบาลให้ถูกลง เป็นต้น ก็อาจใช้วิธีหมุนเวียน ระดมกำลังมาช่วย โดยเฉพาะในช่วงผู้รับบริการแน่นขนัด หรือพยายามยื่นราคาค่ารักษาพยาบาลในอัตราเดิมไว้ให้นานที่สุด

4. ควรมีการจัดบอร์ด แนะนำความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับด้านยา การรักษาพยาบาล อาการต่าง ๆ ของโรค ฯลฯ เพื่อให้ผู้รับบริการ ศึกษา ทำความเข้าใจ เกิดความรู้ที่ถูกต้อง ระหว่างนักรับยา เพื่อจะได้รับความรู้ ความเข้าใจ และทำให้ไม่รู้สึกว่ารอนานเกินไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษารูปแบบของการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจง่าย ชัดเจน ว่าควรทำอะไร เช่น จะให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม ควรใช้สื่อประเภทใด เช่น เอกสารแผ่นพับ โทรทัศน์วงจรปิด วีดีโอ วิทยุ ระบบเสียงตามสาย จัดบอร์ด จัดนิทรรศการ ฯลฯ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และพฤติกรรมของการใช้ยาในผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้มีการศึกษาน้อย ฯลฯ

3. ศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้สื่อประเภทต่าง ๆ เช่น ไปสเตอร์ แผ่นพับ ฯลฯ ซึ่งจัดทำขึ้นภายในโรงพยาบาล ว่า มีส่วนทำให้ความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพื่อจะได้เลือกใช้ประโยชน์จากสื่อเหล่านั้น ให้มากที่สุด

บรรณานุกรม

1. กำพล ศรีวัฒนกุล . คู่มือยาประชาชนฉบับสมบูรณ์ . พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ : เมดาร์ท . 2534.
2. จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี . ความรู้พื้นฐานเรื่องยา . คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ : ดารารัตน์การพิมพ์. 2527.
3. กรุโกร เจนพานิชย์ . การใช้ยาที่เหมาะสม . เอกสารประกอบโครงการรณรงค์การใช้ยาที่เหมาะสม . กลุ่มศึกษาปัญหา ยา มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา. 2539.
4. สุรางค์ จันทน์เฒ . จิตวิทยาสังคม . กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต. 2529.
5. ประภาเพ็ญ สุวรรณ . ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย . กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์. 2526.
6. อังกร จำเริญสาร . ทัศนคติของกรรมการสภาตำบลต่อการกระจายอำนาจการปกครองท้องถิ่น (สภาตำบล) : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น . วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2538.
7. ศิริพร มงคลถาวรชัย และคณะ . ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ . คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2534.
8. นันทนา จงบุรี . ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เรื่องยาของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช . วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2538.
9. มาริสา ไทรฤกษ์ และคณะ . พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2534.
10. จำลอง กิตติวาท และคณะ . ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ . คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น . 2531.
11. ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์ . ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2534.
12. กนิษฐา พัฒนพรพันธุ์ . ความรู้ ทัศนคติต่อโรคเอดส์ และความตั้งใจรับการทดสอบหาร่องรอยการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์ ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่ . วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2538.

13. บุญเกิด คงยิ่งยศ และ วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์ บรรณาธิการ. เภสัชวิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่ม 1. ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2538.
14. นางเยาว์ พูลศิริ และคณะ. การศึกษาปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2535.
15. อภิฤดี เหมะจุทา. รวมบทความทางวิชาการ เรื่อง นวัตกรรมของงานบริการเภสัชกรรมโรงพยาบาล. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2537.
16. อรพรรณ มาตังคสมบัติ และคณะ. ตำราเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต. 2528 .
17. อรุรินทร์ เขมฤกษ์อำพล. การศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาชาย ระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. 2535.
18. กัลยาณี มุสิกบุญเลิศ และคณะ. ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาล และบริการพยาบาลที่ได้รับในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : รามาไอเอเชียนเตอร์. 2536 .
19. กมลศรี เตชะจำเริญสุข. ความพึงพอใจของผู้ป่วยประกันสังคมที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. 2536.
20. ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์ และคณะ. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในต่อบริการของโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. จุลสารโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี . 2531 ; 3 (7) : 51 - 53
21. นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ . ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่. 2531.
22. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร บุญผดุง . การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ :วชิรินทร์สาส์น. 2532.
23. อัศณีย์ สิงหลกะ. การใช้ยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2524.
24. สุชาติ ตริทิพย์คุณ และคณะ. ปัญหาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. 2530.
25. ปราณีย์ เหมวิมล. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างปี พ.ศ. 2528 - 2529. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2529.

26. สงวน สุทธิเลิศอรุณ และคณะ. จิตวิทยาสังคม. นนทบุรี : ชัยศิริการพิมพ์. 2522.
27. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. ภาควิชาสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา คณะมานุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น. 2531.
28. ศิริวัฒน์ สุทธนาพันธ์. การศึกษาความเข้าใจวิธีการใช้ยาที่ได้รับของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำปาง เพื่อการพัฒนางานบริการจ่ายยา. ลำปางเวชสาร. 2535 ; 13(1) : 110 - 138
29. โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์. ทัศนคติ และความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ต่อกองทุนยา และเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตสาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์ และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2527.
30. ประครอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า. 252- .
31. รุ่ง แก้วแดง. รีเอ็นจิเนียริงระบบราชการไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มติชน. 2538.
32. กรองแก้ว ตันธนะศิริวงศ์ และสุมาลี ปิยะศิริเวช. ความเข้าใจเกี่ยวกับฉลากยา วิธีการใช้ยา และการเก็บรักษาของผู้มารับบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขในสาธารณสุข ภาค 1 กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). 2539 ; 6 (1) : 21-31
33. ประภัศร พิศาลพงษ์ และผจงชิต อินทรสุวรรณ. ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารกรมการแพทย์. 2526 ; 8 (9) : 665 - 669
34. สุนีย์ ชลาภิรมย์ และคณะ. การศึกษาความต้องการด้านบริการจากฝ่ายเภสัชกรรมของผู้ป่วยนอก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย . 2525 ; 27 (2) : 1-12
35. ปราณี เหมวิมล. การศึกษาความเข้าใจในการอ่านฉลากยาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล เลดสิน ปี พ.ศ. 2533. วารสารสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). 2534 ; 1 : 16 - 19
36. Munson , Paul L . , Mueller ,Robert A . , Breese , George R . Principles of Pharmacology : Basic Concepts & Clinical Applications . New York : Chapman & Hall , 1995.
37. Grahame - Smith , D.G. and Aronson , J.K. Clinical Pharmacology and Drug Therapy . 2nd edition . New York : Oxford University Press Inc . , 1992
38. Goodman & Gilman . The Pharmacological Basis of Therapeutics. 8th edition. New York : Pergamon Press Inc . , 1991.

39. Katzung , Bertram G. Basic & Clinical Pharmacology. 5th edition . New Jersey : Prentice Hall International , 1992.
40. Laurence , D.R. and Bennett , P.N. Clinical Pharmacology 7th edition . Singapore : Longman Singapore Publishers Ltd., 1992.
41. Lamberth , J Social Psychology . New York : Macmillan Publishing Co. Inc ., 1980
42. Zanna , M.P. and Rempel , J.K. Attitudes in the Social Psychology of Knowledge . New York : Cambridge University Press, 1988.
43. Allport , G.W. Attitudes in C. Murchison (ed.) , Handbook of Social Psychology . Massachusetts : Clark University Press. 1935.
44. Yamane , Taro . Elementary Sampling Theory . New Jersey : Prentice - Hall Inc., 1967.

ภาคผนวก

แบบเสนอโครงการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2539

ชื่อโครงการ การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ ณ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

นายแพทย์อภิชัย	มงคล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นางสาวภัสรา	เชษฐโชติศักดิ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นางวัชนี	หัตถพนม	ผู้ช่วยรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
		ด้านจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชน

<u>คณะผู้วิจัย</u>	นายพงษ์ศักดิ์	สมใจ
	นายอดุลย์	กลางบุรณย์
	นางทองใบ	เหล่าสมบัติ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ประเภทของการวิจัย การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันหน่วยงานราชการต่าง ๆ มีแนวคิดที่จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและพัฒนาการบริการให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ก้าวให้ทัดเทียมกับหน่วยงานเอกชน โดยมีประชาชนผู้มารับบริการ เป็นเป้าหมายสูงสุด อาทิ มีการแบ่งแยกกระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงาน ปรับเปลี่ยนขั้นตอนการทำงาน กระจายความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานระดับรองลงไป การให้บริการดูญาติมิตร ฯลฯ เป็นต้น ภาพลักษณ์ ของระบบราชการคือ “พูดไม่เพราะ หน้าอ รอนาน บริการไม่ประทับใจ” ทำอย่างไรภาพลักษณ์ เช่นนี้จะเลื่อนหายไปจากความทรงจำของประชาชน หน่วยงานของรัฐคงต้องมีการวิเคราะห์ตัวเองว่าหน่วยงานยังมีภาพลักษณ์เช่นเดิมอยู่หรือไม่ ถ้ายังมียังเป็นอยู่ ก็คงต้องสร้างแนวคิดใหม่ นโยบายใหม่ คำมั่นใหม่ ๆ ทุกๆ ระบบของหน่วยงาน ต้องมาร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมาย ยุทธวิธี กิจกรรมต่างๆ เพื่อเปลี่ยนภาพลักษณ์ของหน่วยงานให้ประชาชนพึงใจว่า “พูดเพราะ หน้าไม่อ รอนาน บริการดูญาติมิตร” ทุกครั้งที่นึกถึงเอ่ยถึง แต่การจะปรับเปลี่ยนเช่นนี้ได้ ต้องทราบถึงสภาพปัจจุบันก่อน ว่ามีปัญหอะไรบ้าง หนักเบาแค่ไหน อย่างไร เพื่อจะได้กำหนด แนวคิด และขั้นตอนของการพัฒนาไปสู่สิ่งที่ดีกว่าได้

ในส่วนภาระหน้าที่ของกลุ่มงานเภสัชกรรม ซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องยา ปัจจุบันมีการให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับยา วิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง ตลอดจนอาการข้างเคียงต่าง ๆ มีการใช้สื่อต่าง ๆ เช่น ฉลากยา เอกสารแผ่นพับ เสียงตามสาย บอร์ดประชาสัมพันธ์ ฯลฯ เป็นต้น แต่ยังไม่ได้มีการศึกษา

อย่างเป็นระบบว่า ชาวบ้านเข้าใจความหมายของสื่อต่าง ๆ หรือไม่ เข้าใจอย่างไร ตรงกับจุดมุ่งหมายหรือวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องหรือไม่ ซึ่งหากผู้รับบริการใช้ยาอย่างถูกต้องและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้รับบริการมีอาการทุเลา หรือหายจากอาการเป็นโรคได้เร็วยิ่งขึ้น

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้วนี้ จึงได้มีการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขึ้น เพื่อจะได้ทราบถึงความเข้าใจวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องของผู้รับบริการ ทักษะการตัดสินใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการ ณ ห้องจ่ายยา รวมทั้งปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการให้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินการปรับปรุงพัฒนาไปสู่สิ่งที่ดีกว่าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ของผู้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้มารับบริการ ต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติของผู้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย

1. ทราบถึง ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ของผู้มารับบริการ และนำข้อมูลที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้รับบริการยังขาดความรู้ หรือเข้าใจไม่ถูกต้องในรูปแบบ เสียงตามสาย จดบอร์ด และจัดทำเอกสารแผ่นพับ เป็นต้น
2. ทราบถึง ทัศนคติของผู้มารับบริการ ต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ได้รับ มาปรับปรุงบริการที่ห้องจ่ายยา
3. เป็นข้อมูลในการวิจัยครั้งต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 400 ราย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ
 - ส่วนที่ 1- ข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2- ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา
 - ส่วนที่ 3- ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา

จากนั้นหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยง ในหมวดความรู้ด้วย Kuder Richardson 20 หมวดทัศนคติด้วย Coefficient of alpha โดยให้มีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3.1. ตัวแปรอิสระ คือ

- เพศ
- อายุ
- การศึกษา
- อาชีพ
- ภูมิฐานะ
- ระยะเวลาที่เคยมารับบริการ

3.2. ตัวแปรตาม คือ

- ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา
- ทัศนคติต่อการบริการ

4. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

4.1. ข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2. หาปัจจัยที่มีความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ด้วย T-test และ F - test ในกรณีที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใช้สถิติ Scheffe เพื่อหาคู่ที่แตกต่างต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอก หรือ ญาติผู้ป่วยที่มารับบริการแทน ณ.ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ระยะเวลาในการวิจัย

- ตั้งแต่เดือน มกราคม 2539 ถึง เดือนกันยายน 2539

สถานที่เก็บข้อมูล ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

งบประมาณที่ใช้ในการวิจัย 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

เกณฑ์มาตรฐานที่ใช้วัดความถูกต้องของความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย

1. การรับประทานยา

- ก่อนอาหาร หมายถึง รับประทานก่อนอาหาร ครึ่ง - 1 ชั่วโมง
- หลังอาหาร หมายถึง รับประทานหลังอาหาร 15 - 30 นาที
- ก่อนนอน หมายถึง รับประทานยาก่อนนอนตอนกลางคืน และควรห่างจากยาหลังอาหารมื้อเย็นประมาณ 4 ชั่วโมง
- เวลามีอาการ หมายถึง รับประทานเฉพาะเวลามีอาการ และให้ทานซ้ำได้โดยเว้นห่างตามเวลาที่กำหนด

2. เมื่อได้รับยา ควรอ่านวิธีใช้หน้าของยาจนเข้าใจ แล้วจึงกิน ถ้ายังไม่แน่ใจ ก็ถามเจ้าหน้าที่ห้องยา ก่อน

3. ข้อแนะนำ “ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์”

หมายถึง ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ เพราะเจ้าหน้าที่ห้องยา คงจะแนะนำแต่สิ่งที่ดี ๆ สิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสมให้

4. ข้อแนะนำ “อาจทำให้ง่วงซึม ควรระวังการขับขียานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล”

หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ แต่ต้องเพิ่มความระมัดระวัง ความรอบคอบให้มากขึ้น

5. เมื่อได้รับยาแล้ว จะสามารถหยุดรับประทานยาได้ เมื่อแพทย์เป็นผู้บอกให้หยุดยาได้

6. ถ้ามีอาการง่วงมาก ขณะรับประทานยา เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

7. ถ้ามียาชุดเก่าที่สภาพยังดี เหลืออยู่ที่บ้าน ควรรับประทานยาชุดเก่าต่อไปเรื่อย ๆ จนหมด แล้วจึงรับประทานยาชุดใหม่

แบบสอบถามผู้มารับบริการ
ณ.ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
เรื่อง
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติของผู้มารับบริการ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับ ทัศนคติต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา

จงเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าข้อที่ท่านปฏิบัติ หรือเห็นด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลำดับที่แบบสอบถาม

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ผู้ให้สัมภาษณ์ จบการศึกษาระดับสูงสุด

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)

() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือ ปวช.

() 5. ปวส. หรือ อนุปริญญา

() 6.ปริญญาตรีขึ้นไป

() 7. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. ปัจจุบันผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบอาชีพหลัก

() 1. เกษตรกร

() 2. ค้าขาย

() 3. ฝึกหัด สามเณร นักบวชอื่น ๆ

() 4. ไม่ได้ทำงาน

() 5. รับจ้าง

() 6. รับราชการ/ทำงานรัฐวิสาหกิจ

() 7. อื่น ๆ (ระบุ).....

5. ภูมิลำเนาปัจจุบัน

- () 1. ขอนแก่น () 2. หนองคาย
 () 3. อุดรธานี () 4. สกลนคร
 () 5. เลย () 6. หนองบัวลำภู
 () 7. กาฬสินธุ์ () 7. อื่น ๆ

6. ผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นอะไรกับผู้ป่วย

- () 1. ผู้ป่วยเอง () 2. สามี ภรรยา บุตร
 () 3. บิดา มารดา () 4. เพื่อนร่วมบ้าน
 () 5.ญาติพี่น้อง () 6. อื่นๆ (ระบุ).....

7. ผู้ให้สัมภาษณ์ มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ครั้งนี้

- () 1. ครั้งแรก () 2. เป็นเวลา 1 ปีแล้ว
 () 3. เป็นเวลา 2 ปีแล้ว () 4. เป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป
 () 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

1. เมื่อผู้ให้สัมภาษณ์ได้รับยา ท่านปฏิบัติอย่างไร

- () 1. กินยาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น
 () 2. กินยาตามวิธีที่เคยกิน
 () 3. กินยาครบถ้วนทุกซอง
 () 4. อ่านวิธีใช้หน้าซองยาจนเข้าใจ แล้วจึงกิน ถ้ายังไม่แน่ใจ ก็ถามเจ้าหน้าที่ห้องยา ก่อน
 () 5. อื่นๆ (ระบุ).....

2. ผู้ให้สัมภาษณ์ เข้าใจวิธีการรับประทานยา ที่ระบุบนซองหรือฉลากยา ต่อไปนี้อย่างไร

2.1 คำว่า “ก่อนนอน” หมายถึง

- () 1. ก่อนเข้านอน หลังอาหารเช้า
 () 2. ก่อนเข้านอน หลังอาหารเที่ยง
 () 3. ก่อนเข้านอน ตอนกลางคืน
 () 4. ก่อนเข้านอน เวลาใดก็ได้
 () 5. อื่นๆ (ระบุ).....

2.2. คำว่า “หลังอาหาร” หมายถึง

☐

- () 1. หลังกินอาหาร ทันที
- () 2. หลังกินอาหาร 15-30 นาที
- () 3. กินยาพร้อมกับกินอาหาร
- () 4. อื่นๆ (ระบุ).....

2.3. คำว่า “ก่อนอาหาร” หมายถึง

☐

- () 1. กินก่อนอาหาร ทันที
- () 2. กินก่อนอาหาร ครึ่งชั่วโมง
- () 3. กินยาระหว่างมือของอาหาร
- () 4. อื่นๆ (ระบุ).....

2.4. คำว่า “เช้า” หมายถึง

☐

- () 1. หมายถึง 6 โมงเช้า (06.00 น.)
- () 2. หมายถึง 7 โมงเช้า (07.00 น.)
- () 3. หมายถึง 8 โมงเช้า (08.00 น.)
- () 4. อื่นๆ (ระบุ).....

2.5. คำว่า “กลางวัน” หมายถึง

☐

- () 1. หมายถึง 11.00 น. (5 โมงเช้า)
- () 2. หมายถึง 12.00 น. (เที่ยง)
- () 3. หมายถึง 13.00 น. (บ่ายโมง)
- () 4. อื่นๆ (ระบุ).....

2.6. คำว่า “เย็น” หมายถึง

☐

- () 1. หมายถึง 6 โมงเย็น (18.00 น.)
- () 2. หมายถึง 1 ทุ่ม (19.00 น.)
- () 3. หมายถึง 2 ทุ่ม (20.00 น.)

() 4. อื่นๆ (ระบุ).....

2.7. ถ้าวิธีรับประทานยา เป็นวันละหลาย ๆ เวลา เช่น “เช้า-กลางวัน-เย็น-ก่อนนอน” หรือ

“เช้า-เย็น-ก่อนนอน” ผู้ให้สัมภาษณ์ทานยา “ก่อนนอน” เวลาใด ☐

() 1. หลังจากทานยาเวลาเย็น 1 ชั่วโมง () 3. หลังจากทานยาเวลาเย็น 3 ชั่วโมง

() 2. หลังจากทานยาเวลาเย็น 2 ชั่วโมง () 4. หลังจากทานยาเวลาเย็น 4 ชั่วโมง

() 5. อื่นๆ (ระบุ).....

2.8. คำว่า “เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง” หมายถึง ☐

() 1. มีอาการปวดเมื่อใดก็ตาม ให้กินยา ได้

() 2. กินยาเวลามีอาการปวด ถ้ายังไม่หาย ทุก 6 ชั่วโมง ให้กินครั้งต่อไปได้ เมื่อหายปวดแล้ว
จึงหยุดยา

() 3. กินยาเวลามีอาการปวดทุก 6 ชั่วโมง จนหมดของ

() 4. อื่น ๆ (ระบุ).....

3. ผู้ให้สัมภาษณ์ ปฏิบัติตามคำแนะนำหน้าซองยา อย่างไร ☐

3.1. ข้อแนะนำ “ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์”

() 1. ไม่ปฏิบัติตาม เนื่องจากมีงานสังคมทุกวัน

() 2. พยายามปฏิบัติ ยกเว้นกรณีมีงานเลี้ยง งานบุญต่าง ๆ

() 3. ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ เพราะเจ้าหน้าที่ห้องยา คงจะแนะนำแต่สิ่งที่ดี ๆ สิ่งที่ต้อง
เหมาะสมให้

() 4. อื่นๆ (ระบุ).....

3.2. ข้อแนะนำ “อาจทำให้ง่วงซึม ควรระวังการขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล” ☐

() 1. กินยานี้แล้ว คงทำงานไม่ได้แน่ ๆ

() 2. เมื่อกินยาแล้วอาจทำให้ง่วง ฉะนั้นอย่ากินดีกว่า

() 3. สามารถทำงานต่าง ๆ ได้ แต่ต้องเพิ่มความระมัดระวัง ความรอบคอบให้มากขึ้น

() 4. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. เมื่อได้รับยาจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ให้สัมภาษณ์ จะสามารถหยุดรับประทานยาได้ เมื่อ ☐

- () 1. ต้องการหยุดยาเอง เพราะทนฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้
 () 2. คิดว่า โรคหายดีแล้ว
 () 3. ญาติเห็นว่า เหมาะสม ควรหยุดยาได้
 () 4. แพทย์บอกให้หยุดยาได้
 () 5. อื่นๆ (ระบุ).....

5. ถ้ามีอาการรบกวนมาก ขณะรับประทานยาของโรงพยาบาล ผู้ให้สัมภาษณ์ คิดว่าเกิดจากอะไร ☐

- () 1. อาการของโรคกำเริบ
 () 2. ฤทธิ์ข้างเคียงของยา
 () 3. ผู้ป่วยขี้เกียจ ไม่อยากทำงาน
 () 4. อื่นๆ (ระบุ).....

6. ถ้าผู้ให้สัมภาษณ์ มารับยาที่โรงพยาบาลตามกำหนด แล้วมียาชุดเก่าที่สภาพยังดี เหลือค้างอยู่ที่บ้านจะทำอย่างไร ☐

- () 1. ไม่เคยมียาเก่าเหลือค้าง
 () 2. นำยาชุดเก่ามาคืนโรงพยาบาล
 () 3. รับประทานยาชุดเก่าต่อไปเรื่อย ๆ จนหมด แล้วจึงรับประทานยาชุดใหม่
 () 4. ทิ้งไปเลย ไม่รับประทาน เพราะอาจเสื่อมคุณภาพแล้วก็ได้
 () 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 ทักษะติดต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา

1. ผู้ให้สัมภาษณ์ รู้สึกอย่างไรเมื่อมารับบริการที่ห้องยา ☐

- () 1. ไม่พอใจ () 2. พอใจมาก
 () 3. พอใจ () 4. ไม่ความคิดเห็น / เฉย ๆ
 () 5. อื่นๆ (ระบุ)

2. ความพึงพอใจต่อบริการของห้องยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ปานกลาง , เฉย ๆ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
2.1. เจ้าหน้าที่					
() 1. ยิ้มแย้ม แจ่มใส					
() 2. วางอำนาจ ดูผู้ป่วย					
() 3. จับกลุ่มคุยกัน ไม่สนใจผู้ป่วย					
() 4. ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี					
() 5. พุดจาสุภาพ อ่อนโยน					
() 6. พุดจากระด้าง กระโชก โฮกฮาก					
() 7. แต่งกายไม่สุภาพเรียบร้อย					
2.2. ค่ารักษาพยาบาล					
() 1. แพงเกินไป					
() 2. เหมาะสมดีแล้ว					
2.3. ระบบ / ขั้นตอน การให้บริการ					
() 1. ไม่เข้าใจขั้นตอน					
() 2. สับสน วนไปเวียนมา					
() 3. เป็นไปตามลำดับดี					
2.4. สภาพแวดล้อม					
() 1. ม้านั่งเพียงพอ					
() 2. แสงสว่างไม่เพียงพอ					
() 3. อากาศถ่ายเท เย็นสบาย					
() 4. ได้ยินเสียงเจ้าหน้าที่เรียกชื่อ					
หรือคำแนะนำต่าง ๆ ชัดเจน					

2.5. เวลาในการรอรับยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ปานกลาง , เฉยๆ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
() 1. นานเกินไป					
() 2. เหมาะสมแล้ว					

3. ผู้ให้สัมภาษณ์ เคยได้รับการจ่ายยาผิดพลาด หรือไม่

- () 1. ไม่เคย () 2. เคย 2 - 3 ครั้ง
 () 3. ไม่ทราบ () 4. เคย มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป
 () 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. จงเรียงลำดับ "ขั้นตอนการรับบริการที่ห้องยา" ตามความเข้าใจของท่าน (โดยใส่หมายเลขเรียงลำดับขั้นตอนลงในช่อง () หน้าขั้นตอนต่าง ๆ ที่ให้มา

- () 1. รับยา () 2. ยื่นใบสั่งยาที่ห้องเก็บเงิน
 () 3. จ่ายเงินค่ายา () 4. ยื่นใบสั่งยาที่ห้องยา
 () 5. นั่งรอรับยา () 6. รับใบเสร็จรับเงิน และรับใบสั่งยาคืน

5. ผู้ให้สัมภาษณ์ คิดว่า ทางห้องยาควรปรับปรุงการให้บริการอย่างไร (สามารถเลือกคำตอบได้มากกว่า

1 ข้อ) () 1. เพิ่มเจ้าหน้าที่ให้มากขึ้น

- () 2. ลดค่ารักษาพยาบาลให้ถูกลง
 () 3. เพิ่มความสะดวก รวดเร็ว ของการให้บริการ
 () 4. เพิ่มความสะดวก เรียบร้อย บริเวณห้องยา
 () 5. พุดจาให้สุภาพ เรียบร้อย อ่อนหวาน
 () 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

6. ในฐานะที่ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้มารับบริการที่ห้องยา ท่านอยากให้ห้องยาจัดป้าย / กระดานให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง (สามารถเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

- () 1. ยาโรคจิต () 2. ยาโรคประสาท
 () 3. ยาโรคลมชัก () 4. ยาโรคนอนไม่หลับ
 () 5. วิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง () 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถาม

1. นายแพทย์ชวรินทร์ ชาญศิลป์

- ตำแหน่ง - นายแพทย์ 7
- หน้าที่การงาน - หัวหน้าฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- คณะอนุกรรมการพัฒนางานวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- การศึกษา - แพทย์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2530
- วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พ.ศ. 2535
- ผลงานวิจัย - หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง คือ
“การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต และความชุกของโรคจิต ในชุมชนบ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น”

2. นางวัชณี หัตถพนม

- ตำแหน่ง - พยาบาลวิชาชีพ 7
- หน้าที่การงาน - ผู้ช่วยรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลด้านจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชน
- คณะอนุกรรมการพัฒนางานวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- การศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัย และผดุงครรภ์ (เกียรตินิยมอันดับ 2) วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา พ.ศ. 2518
- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา พ.ศ. 2526
- ประกาศนียบัตรสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พ.ศ. 2532
- ผลงานวิจัย - หัวหน้าโครงการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง
1. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
2. การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติ และแบบประชุมสัมมนา ณ.โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

- ผู้วิจัยหลัก จำนวน 14 เรื่อง

3. นางสาวภัสรา เชษฐโชติศักดิ์

- | | |
|---------------|---|
| ตำแหน่ง | - เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 7 |
| หน้าที่การงาน | - รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร |
| การศึกษา | - คณะอนุกรรมการพัฒนางานวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- บริหารธุรกิจบัณฑิต (การจัดการ) สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล
วิทยาเขตจรัลพงษ์ภูวนารถ กรุงเทพฯ พ.ศ. 2519
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหาร
โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2535 |
| ผลการวิจัย | - ผู้วิจัยหลัก 3 เรื่อง
1. ต้นทุนต่อหน่วยงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปี
งบประมาณ 2536
2. ต้นทุนโรคจิตเภท และโรคประสาท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ปีงบประมาณ 2536
3. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต และความชุก
ของโรคจิตในชุมชนบ้านดง ต.โคกลำราญ อ.บ้านไผ่
จ.ขอนแก่น |

ประวัติคณะผู้วิจัย

ห้องสมุด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
01997 16/5/42

1. นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ

ตำแหน่ง

- เภสัชกร 7 (ผู้อำนวยการพิเศษด้านเภสัชกรรม สาขาเภสัชกรรม
คลินิก)

หน้าที่การงาน

- หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

การศึกษา

- เภสัชศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2518

2. นายอดุลย์ กลางบุรัมย์

ตำแหน่ง

- เภสัชกร 5

หน้าที่การงาน

- หัวหน้างานบริการเภสัชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น

การศึกษา

- เภสัชศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2534

3. นางทองใบ เหล่าสมบัติ

ตำแหน่ง

- เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 4

หน้าที่การงาน

- หัวหน้างานธุรการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น

การศึกษา

- จบมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนกำแพง จ.ศรีสะเกษ พ.ศ. 2517