

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้จ่ายของวัยแรงงาน  
ในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี



อณิษฐา ม่วงไหมทอง  
*Christian University of Thailand*

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

## วิทยานิพนธ์

### เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี

.....

นางอณิษฐา ม่วงไหมทอง

ผู้วิจัย



.....

อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์

พย.บ., วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)

ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*Christian University of Thailand*

.....

อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน

วท.บ. (พยาบาล)

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), Ph.D.(Nursing)

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D. (Health Science)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาธีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

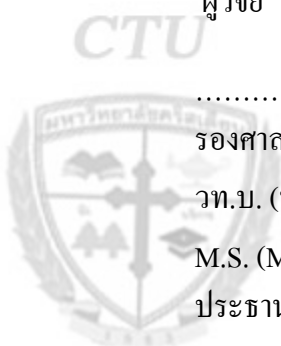
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

## วิทยานิพนธ์

### เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี  
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2553

.....  
นางอณิษฐา ม่วงไหมทอง  
ผู้วิจัย



.....  
รองศาสตราจารย์ อารีนา ภาณุโสภณ  
วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)  
M.S. (Maternity and Child Health)  
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Christian University of Thailand

.....  
อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ นิมิตรอนันต์  
พย.บ., วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)  
ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิศัพทสุข  
วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข)  
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)  
ส.ด. (บริหารสาธารณสุข)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้  
วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)  
วท.ม.(พยาบาลศาสตร์), Ph.D. (Health Science)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....  
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิณฺฐิระนันท์  
วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.  
ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอนันท์ และ อาจารย์ ดร. สุพัฒนา คำสอน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ อารีนา ภาณุโสภณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข อาจารย์กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นต่างๆเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลา ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงบัวขาว สมบัติแสงอุไร คุณมาลินี ถิ่นกาญจน์ และ คุณสรารัตน์ สุขสมสิน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชา ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ วิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณ พี่ๆน้องๆในองค์กรทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และยืดหยุ่นเวลาในการปฏิบัติงาน ขอขอบคุณประชากรวัยแรงงาน ในเขตอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรีเป็นอย่างยิ่ง ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเปรียบเสมือนครูของผู้วิจัย ทำให้ได้เรียนรู้ในการทำวิทยานิพนธ์เล่มแรกนี้

เหนือสิ่งอื่นใด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และสามีที่สนับสนุนการศึกษา คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา และที่ลืมไม่ได้ ขอขอบคุณ เด็กหญิงณริศสรา ม่วงไหมทอง และ เด็กหญิงกัญญ์นารด ม่วงไหมทอง บุตร ผู้เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ตลอดมา คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในความสำเร็จครั้งนี้ทุกท่าน

512006 : สาขาวิชา : การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ : วัยแรงงาน /พฤติกรรมการใช้ยา / แรงสนับสนุนทางสังคม

อณิษฐา ม่วงไหมทอง : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน ในอำเภอคำนมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี (The Factor Affecting Medication Usage Behavior of the Work Aged People at Danmakhamtia District in Kanchanaburi Province) คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อาจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอนันต์ ส.ค.(การพยาบาลสาธารณสุข), อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน, Ph.D. (Nursing), 107 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในอำเภอคำนมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE – PROCEDE (Green & Kreuter, 2005) กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยแรงงานอายุ 13 – 59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 200 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างมีระบบ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เจตคติต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.83 - 0.88 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และหาค่าอำนาจการทำนายโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัย ความรู้ในการใช้ยา เจตคติการใช้ยา แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ ความสามารถในการเข้าถึงยา โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ( $\bar{x} = 0.49$ , S.D. = 0.49;  $\bar{x} = 2.06$ , S.D. = 0.45;  $\bar{x} = 2.02$ , S.D. = 0.32;  $\bar{x} = 2.28$ , S.D. = 0.45) ปัจจัยทั้ง 4 ตัวนี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.76$ ,  $r = 0.56$ ,  $r = 0.74$ , และ  $r = 0.70$  ;  $p - \text{value} < .01$ ) เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ ความสามารถในการเข้าถึงยา สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการใช้ยาได้ร้อยละ 79.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = 0.791$ ,  $p - \text{value} < .01$ )

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชากรวัยแรงงานให้ดีขึ้น โดยเน้นบริการเชิงรุกในการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติหรือพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างถูกวิธี โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยส่งเสริม อีกทั้ง สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายด้านงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้ยาดด้วยตนเองของประชาชนอย่างเหมาะสมมากขึ้น อันจะส่งผลถึงการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

512006 Major : Community Nurse Practitioner; M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

KEYWORDS :WORK AGED PEOPLE / MEDICATION USAGE BEHAVIOR / SOCIAL SUPPORT

Anidtha Mounghmaithong: The Factor Affecting Medication Usage Behavior of the Work Aged People at Danmakhamtia District in Kanchanaburi Province. Thesis Advisors : Col. Dr. Nongpimol Nimit-arnun, Ph.D. (Public Health Nursing), Dr. Supatana Chomson, Ph.D. (Nursing), 107 Pages

The purpose of this correlational descriptive research was to study factors affecting medication usage behavior of the work aged people at Danmakhamtia District in Kanchanaburi Province. The Health Promotion Planning Model : PRECEDE – PROCEDE (Green & Kreuter, 2005) was applied to be conceptual framework. The factors included predisposing factors (knowledge and attitude about drug usage), reinforcing factor (family social support) and enabling factor (accessibility of medicine). The samples consisted of 200 work aged people, who were selected by systematic random sampling technique. Structured questionnaires were used for data collection from January to February 2010. The questionnaires included personal data form, knowledge about drug usage, attitude about drug usage, social support, and accessibility of medicine. These questionnaires were validated by the three experts, and the reliability were 0.83 - 0.88. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Pearson product moment correlation, and Stepwise multiple regression.

The results shown that the overall mean of knowledge about drugs usage, attitude about drugs usage, family social support, and accessibility of medicine were at moderate level ( $\bar{x} = 0.49$ , S.D. = 0.49;  $\bar{x} = 2.06$ , S.D. = 0.32,  $\bar{x} = 2.02$ , S.D. = 0.44;  $\bar{x} = 2.28$ , S.D. = 0.45). All four factors are correlated with drug use behavior has significantly ( $r = 0.76$ ,  $r = 0.56$ ,  $r = 0.74$ , and  $r = 0.70$ ;  $p$ - value < 0.01). The results of multiple regression analysis revealed that knowledge about drugs usage, attitude about drugs usage, social support, and accessibility of medicine could be 79.1 percent prediction of drugs usage behavior significantly. ( $R^2 = 0.791$ ,  $p$ - value < .01)

These results can be utilized for developing guidelines for nonsteroidal anti-inflammatory drugs usage promoting behaviors of work aged people to the better, Proactive services focusing on promoting knowledge about the use of anti-inflammatory drugs that cause attitude about to practice or behavior usage as well as support the ability in appreciating correctly nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Social support from family is a reinforcing factor and can be used in determining public health policy related to the promotion of self-medication of people more accurately that lead to increasing the quality of life of people.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภาพ.....	ฅ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	6
นิยามตัวแปร.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
<b>บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
ความรู้เกี่ยวกับยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์.....	8
พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.....	16
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50

## สารบัญ ( ต่อ )

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	52
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย.....	64
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	73
บรรณานุกรม.....	75
ภาคผนวก.....	84
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	85
ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย.....	86
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	88
ง ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective Congruence : IOC).....	101
ประวัติผู้วิจัย .....	106



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การสู่มหุ่บ้าน.....	39
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ โรคประจำตัว.....	53
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความถูกต้องของความรู้ ในการใช้ยา ด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์จำแนกตามรายข้อ.....	54
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของเจตคติต่อการใช้ยาด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์จำแนกตามรายข้อ.....	55
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวต่อการใช้ยาด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์จำแนกตามรายข้อ.....	56
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของความสามารถในการเข้าถึงยาด้าน อีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์จำแนกตามรายข้อ.....	57
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของพฤติกรรมการใช้ยาด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์จำแนกตามรายข้อ.....	58
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความถูกต้องของพฤติกรรมการใช้ยา ด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	59
9	ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มปัจจัยนำ กลุ่มปัจจัยเสริม กลุ่มปัจจัยเอื้อ และ พฤติกรรมการใช้ยาด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์.....	60
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่างตัวทำนาย กับพฤติกรรมการใช้ยาด้าน อีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบ ขึ้นตอน ( Stepwise multiple regression analysis ).....	61

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	6
2	รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกรีนและครูเทอร์.....	23
3	ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	41



*Christian University of Thailand*

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรวัยแรงงานเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศในการทำงานสร้างผลผลิต นำรายได้มาสู่ประเทศชาติ และต้องรับภาระการดูแลกลุ่มประชากรวัยอื่นๆ โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงานมากกว่าวัยอื่นๆ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2550 พบว่ามีประชากรวัยแรงงาน ร้อยละ 43.63 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศและจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประชากรวัยแรงงานอายุตั้งแต่ 15-59 ปี มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยคาดว่าในปี 2553 จะมีประชากรวัยแรงงานมากถึง 45.55 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 67.31 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2550) หากประชากรวัยนี้มีปัญหาสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม ปัจจุบัน สถานการณ์สุขภาพของประชาชนวัยแรงงานไทยในภาพรวมพบว่า คนวัยแรงงานเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพในหลายด้าน เช่น ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดอื่นๆ ตลอดจนวัยทำงานจะประสบปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำงานอยู่เสมอ เช่น โรคกล้ามเนื้อและกระดูก นอกจากนี้ ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุเริ่มมีปัญหสุขภาพเนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย มีปัญหาการเจ็บป่วยขึ้น ส่วนมากเป็นโรคปวดหลัง ปวดเอว และโรคปวดข้อ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลงและบางครั้งไม่อาจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เมื่อเกิดความเจ็บปวดทรมานจากโรค จึงพึ่งพายาในการช่วยบรรเทาหรือรักษาอาการเจ็บปวดให้สามารถทำงานได้ดังเดิม ด้วยการซื้อยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) มารับประทานซึ่งเป็นการใช้ยาด้วยตนเองโดยไม่ผ่านคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ (Self-medication) เป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-care) และเป็นการจัดการกับสุขภาพของตนเองนอกการควบคุมของแพทย์ด้วยยาสมัยใหม่ (ลือชัยศรีเงินยวง, 2542:14) พฤติกรรมการใช้ยาจะถูกต้อง หรือไม่ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของประชาชน

ผู้บริโภคร (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542:71) วิธีทางการใช้ยามืออยู่ 2 วิธีใหญ่ๆ คือ ทางแรก ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามโรงพยาบาลหรือคลินิกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทางที่สอง เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงจะรักษาตนเองโดยหาซื้อยาจากร้านขายยา(สุรชัย อัญเชิญ, 2546:1) ยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งทั้งฤทธิ์โดยตรงและฤทธิ์ข้างเคียง มีทั้งประโยชน์และโทษ ถ้านำไปใช้ให้ถูกวิธีจะมีประโยชน์มาก แต่ถ้าใช้ผิดวิธีจะทำให้เกิดโทษมากเช่นกัน และถ้าประชาชนขาดความรู้ในการใช้ยาโดยการบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสม และเกินความจำเป็น หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์อาจทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาจากพิษภัยของยาโดยตรงและจากการแพ้ยา ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จากการที่ ประชาชนใช้ยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดเวลา และผิดวิธีทาง อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยาจึงหยุดยาเองทำให้การรักษาไม่ได้ผล (William and Dipalma, 1992: 39) จากการศึกษา ในประเทศไต้หวัน ถึงสาเหตุการที่ผู้ป่วยอายุ 18-94 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 2,685 ราย พบว่า สาเหตุเกิด จากการใช้ยาเกินขนาด มีอาการไม่พึงประสงค์ของยา ร้อยละ 4 และ กลุ่มยาที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลมากที่สุด คือ กลุ่มยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Lin and Lin , 1993: 66-69) และจากการศึกษาในโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบสถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ด้วยสาเหตุเกี่ยวเนื่องจากการใช้ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จำนวน 41,000 ราย และเสียชีวิต 3,300 รายต่อปี (Griffin, 1998: 23-29) ในประชาชนวัยแรงงานที่มีพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองเนื่องจาก วิธีชีวิต การทำมาหากิน เงื่อนไขการพัฒนาทางสังคม โดยเฉพาะการศึกษา ข้อมูลข่าวสาร พื้นฐานทางวัฒนธรรม ระบบบริการทางการแพทย์และธุรกิจยา ทำให้ประชาชนต้องพึ่งพาตนเองและทำให้หายป่วยโดยเร็ว เพื่อความอยู่รอดของตนเองและครอบครัว ประชาชนรู้จักยาจากการมองเพียง ลักษณะภายนอกของยากับฤทธิ์หรืออาการที่ปรากฏกับตนเอง โดยขาดความรู้เรื่องยาและวิธีการใช้ยาขั้นพื้นฐาน (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542:72) ในระยะทศวรรษที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆ รมณรงค์เผยแพร่ความรู้ด้านยาให้ประชาชน ผ่านสื่อต่างๆ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545: 141) ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 2002 อ้างใน สรรรัตน์ สุขสมสิน, 2551: 2) พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ เป็นการแสดงออกของบุคคล ถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) และตามแนวคิดของ กรีนและครูเทออร์ (Green and Kreuter , 2005: 12) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางการศึกษา และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำหรือการปฏิบัติ และสภาพการณ์ ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ซึ่งอาจสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของบุคคล มีปัจจัยด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่ง และองค์ประกอบเหล่านี้ถูกกระทบกระเทือนจากองค์ประกอบ และปัจจัยอื่นๆ ของมนุษย์เอง สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์ต้องเกี่ยวข้องกับทุกระดับ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ปัจจัย

ภายใน ภายนอก และสิ่งแวดล้อมต่างมีส่วนสร้างเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ แบบจำลองพีรีซีดี-โพรซีดี (PRECEDE-PROCEED) เสนอว่าปัจจัยต่างๆร่วมกันกำหนดขอบข่าย สภาวะสุขภาพของบุคคล ดังนั้นประชาชนจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา จึงอาศัยปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ ความรู้ เจตคติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยา และปัจจัยเสริมที่เป็นพื้นฐาน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นจากบุคคลอื่นและก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องพึงประสงค์ มีวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ

จากรายงานสำมะโนประชากรของอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี มีประชากรทั้งหมด จำนวน 32,471 คนในจำนวนนี้เป็นวัยแรงงาน จำนวน 14,282 คน คิดเป็นร้อยละ 43.98 ของจำนวนประชากรทั้งหมด นับเป็นกลุ่มประชากรที่มากที่สุดของอำเภอด่านมะขามเตี้ย จากรายงานการเข้ารับบริการของประชากรวัยแรงงาน ในโรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ยและสถานีอนามัยในเขตอำเภอด่านมะขามเตี้ย ทั้งหมด 7 แห่ง พบว่า ประชาชนวัยแรงงานมักมารับบริการรักษาด้วยโรคหรือมีอาการของโรคข้อและกล้ามเนื้ออักเสบเป็นส่วนใหญ่ โดยมีกลุ่มวัยแรงงาน เข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551 จำนวน 5,037, 6,204 และ 6,735 คน ตามลำดับ จากรายงาน 506 ของอำเภอด่านมะขามเตี้ยในปี พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2551 พบว่าโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก อันดับที่ 4 ของอำเภอด่านมะขามเตี้ย ปัญหาที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และปวดข้อมาจากอาชีพที่ต้องใช้แรงงานคือ อาชีพ รับจ้างและเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ และมีผู้ป่วยบางรายเข้ารับบริการมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 57 ของจำนวนทั้งหมด เนื่องมาจากการกลุ่มแรงงานยังต้องประกอบอาชีพคงเดิมเป็นกิจวัตร ทำให้เกิดปัญหาของโรคเหมือนเดิม และการสำรวจของคณะกรรมการประสานงานส่วนอำเภอด่านมะขามเตี้ย พบว่าประชาชนวัยแรงงานใช้ยาเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปวดของกล้ามเนื้อ โดยเข้ารับการรักษาร่างกายเพียงเฉพาะครั้งแรก ส่วนในครั้งต่อมาไม่ไปตรวจ แต่ขอรับยาเดิมบางครั้งมีการปรับเปลี่ยนขนาดยา บางครั้งรับประทานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการปวดขึ้น (รายงานข้อมูลพื้นฐานเพิ่มชุมชน อำเภอด่านมะขามเตี้ย, 2551) รับประทานเองโดยไม่ได้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ถูกต้องตามหลักการใช้ยาที่ถูกต้องซึ่งได้แก่การใช้ยาให้ถูกโรค(Right edication) การใช้ให้ถูกกับบุคคล (Right person) การใช้ให้ถูกเวลา (Right time) การใช้ให้ถูกวิธีหรือถูกช่องทาง (Right route) และ การใช้ให้ถูกขนาด (Right dose) (กำพล ศรีวิวัฒนกุลและอำนาจ ธิฐาพันธ์, 2545: 47)

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบบริการสุขภาพขั้นต้นที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน

อย่างเป็นองค์รวมต่อเนื่อง เป็นสถานบริการสุขภาพที่เข้าถึงบริการได้ง่าย มีการทำงานเป็นทีมและประสานกับองค์กรในชุมชน โดยทั้งนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ทางสุขภาพ และส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสร้างสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี จึงเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชาชนวัยแรงงาน ในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งนี้เพื่อนำข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ มาเป็นแนวทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2554 ของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอด่านมะขามเตี้ย เพื่อเป็นแนวทางการดำเนิน โครงการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องของวัยแรงงาน ในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ต่อไป อันจะส่งผลถึง การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ ประชาชนวัยแรงงานสามารถเข้าถึงได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### คำถามของการวิจัย

## Christian University of Thailand

1. พฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ของประชาชนวัยแรงงานเป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการใช้ยาในประชาชนวัยแรงงานหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน
3. ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน
2. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน
3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน
4. ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน

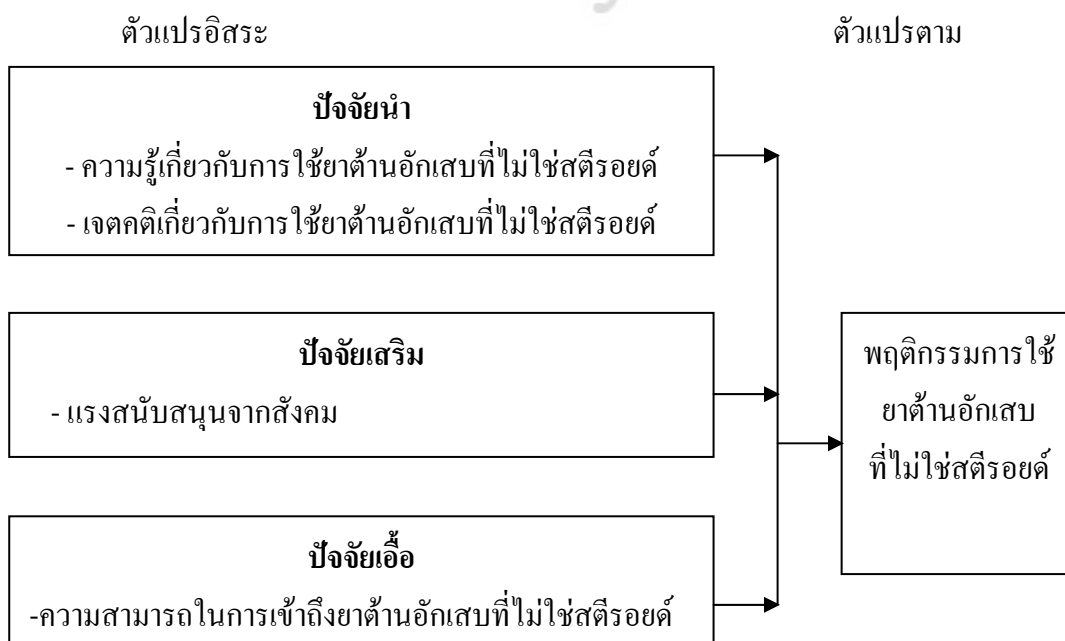
### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน ที่มีอายุ 13-59 ปี ทั้งชายและหญิง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากร อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED ของ กรีนและครูเทอร์ (Green and Kreuter , 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การใช้ยา เนื่องจากพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลลัพธ์ ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่ เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ 8 ขั้นตอน แต่ผู้วิจัยเลือกทำการศึกษาเพียง 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 2 และ ขั้นตอนที่ 3 โดยการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา ขอบเขตในการวิจัยประยุกต์ใช้ PRECEDE – PROCEED ของกรีนและครูเทอร์ (Green and Kreuter , 2005:12) โดยเลือกตัวแปรบางตัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาเท่านั้น

Christian University of Thailand



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED ของ กรีนและครูเทอร์ (Green and Kreuter , 2005:12)



## นิยามตัวแปร

**วัยแรงงาน** หมายถึง กลุ่มประชากรที่มีอายุ 13-59 ปี ทั้งชายและหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี

**ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา** หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกรู้จักคิด การจดจำความรู้ความเข้าใจของแต่ละบุคคล ในเรื่องยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียง ขนาดของยาที่ใช้ วิธีการเก็บรักษา

**เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา** หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ การให้คุณค่าของประชาชนวัยแรงงานต่อพฤติกรรมการใช้ยา ต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

**แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ประชาชนวัยแรงงานรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร

**ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์** หมายถึง การรับรู้ของวัยแรงงานเกี่ยวกับสถานการณ์ความยากง่ายของการแสวงหายาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เพื่อการบริโภคบรรเทาอาการปวด

**พฤติกรรมการใช้ยา** หมายถึง การกระทำของประชาชนวัยแรงงานที่แสดงออกเกี่ยวกับยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในด้าน 1) หลักในการใช้ยา 2) การเก็บรักษา และ 3) การสังเกตลักษณะยาเกี่ยวกับการแพ้ยา

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากผลของการวิจัยสามารถ นำข้อมูลมาเป็นแนวทาง สำหรับวางแผนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ในประชาชนวัยแรงงาน ซึ่งจะเป็นการพัฒนาการให้บริการทางสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการให้ความรู้ และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการใช้ยา โดยการอาศัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนวัยแรงงาน เป็นตัวสนับสนุน อันจะทำให้ประชาชนวัยแรงงานปลอดภัยจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) (พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2551: 180) ในประชาชนวัยแรงงานอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และ ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์
2. พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. แนวคิดและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED

### ความรู้เกี่ยวกับยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

การอักเสบและโรคที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบเป็นที่รู้จักกันมานานหลายร้อยปีแล้ว การรักษาสมัยก่อนเริ่มจากการใช้สมุนไพร ต่อมาจึงพบสารซาลิไซเลต (Salicylates) ว่าสามารถบรรเทาอาการอักเสบ และอาการไข้ได้ จึงมีผลิตภัณฑ์ตัวแรกออกมาคือ แอสไพริน (Acetylsalicylic acid ) ต่อมาได้มีการพัฒนายาขึ้นอีกมากมาย และได้จัดกลุ่มยาเหล่านี้ว่าเป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)

ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) เป็นยาที่ถูกนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางในปัจจุบันเพราะมีประสิทธิภาพดี ในการระงับปวด และต้านอักเสบ โดยยับยั้งการออกฤทธิ์ ของโปรสตาแกลนดิน ที่เป็นสารสื่อกลาง ในการกระตุ้น ให้เกิดการอักเสบ

(Prostaglandins) โดยแย่งจับที่รีเซปเตอร์ เช่น ฟีนามัท (fenamates) และยับยั้งการเคลื่อนที่และการชุมนุมของเม็ดเลือดขาวบางชนิด ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบเพื่อลดอาการต่างๆที่จะเกิดขึ้นจากขบวนการอักเสบ อาการที่ปรากฏคือ ปวด บวม แดงและร้อน และผลที่ทำให้ไว้นั้นพร่องในการทำหน้าที่ ยากลุ่มนี้แบ่งได้ 3 พวกใหญ่ๆ ตามคุณสมบัติของยา(กำพล ศรีวัฒนกุล และอำนาจ ธิฐาพันธ์, 2545)

1. กลุ่มซาลิไซเลต (Salicylates) เช่น แอสไพริน
2. กลุ่มที่มีอนุพันธ์จากไพราโซโลน (Pyrazolone) เช่น ไดฟไพโรน
3. กลุ่มที่มีตัวยาเป็นกรดอินทรีย์ เช่น อินโดเมธาซิน

ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่กล่าวมาแล้วมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่คล้ายคลึงกันดังนี้

1. บรรเทาอาการอักเสบ (Anti-inflammation) การอักเสบเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองของเซลล์ ในร่างกายที่มีต่อสิ่งกระตุ้น หรือสารที่เป็นอันตราย ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ใช้บรรเทาอาการอักเสบที่ข้อ รอบข้อ และการอักเสบบริเวณอื่นๆ เช่น การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น

2. บรรเทาอาการปวด (Analgesia) โปรสตาแกลนดิน พีจีไอ<sub>2</sub>, พีจีไอ<sub>1</sub> หรือ พีจีเอฟ<sub>2α</sub> มีฤทธิ์กระตุ้นรีเซปเตอร์ที่รับความรู้สึกเจ็บปวดให้ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากภายนอกและสารสื่อภายในร่างกาย เช่น ฮิสตามีน เป็นต้น ดังนั้นเมื่อ ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยับยั้งการสร้างโปรสตาแกลนดินจึงบรรเทาปวดได้ นอกจากนี้การที่ ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ลดการอักเสบได้ช่วยส่งผลในการบรรเทาความเจ็บปวดด้วย และยังอาจมีกลไกอื่นเกี่ยวข้องด้วย เช่น ฤทธิ์ยับยั้งความเจ็บปวดที่สมองส่วนไฮโปทาลามัส หรืออาจมีฤทธิ์ช่วยกำจัด Oxygen free radicals

3. ลดไข้ (antipyresis) แม้ว่ากลไกการออกฤทธิ์ที่แท้จริงของ ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในการลดไข้ยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าอาจเกี่ยวข้องกับการยับยั้งการสร้างโปรสตาแกลนดินในระบบประสาทส่วนกลาง (อาจเป็นที่ไฮโปทาลามัส) เนื่องจากเชื่อว่าโปรสตาแกลนดินเป็นสื่อในการแสดงฤทธิ์ของไพโรเจนในร่างกายและทำให้ความสมดุล ในการสร้างและการกำจัดความร้อนที่ไฮโปทาลามัสเสียไป ทำให้อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้เมื่อ ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยับยั้งการสร้างโปรสตาแกลนดินที่สมองได้จึงมีฤทธิ์ลดไข้ได้

4. การต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ปัจจุบันมีการนำแอสไพรินมาใช้อย่างกว้างขวางในโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือด เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด ที่อวัยวะต่างๆ เช่น สมอง หัวใจ เป็นต้น

5. การออกฤทธิ์อื่นๆ เช่น การใช้แอสไพรินยับยั้งกรดยูริกโดยการขัดขวางการดูดกลับของกรดยูริกที่ท่อไต ทำให้ระดับกรดยูริกในเลือดลดลง (พวงค์ เทพอักษรและคณะ, 2547: 13)

อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ (Ong, C.S., Lirk ,P., Tan, C.H., Seymour RAZ, 2007: 19-34, Hinz, B., Renner, B., Brune, K., 2005: 552-560 , Ardoin ,S.P., Sundy, J.S., 2006: 221-226 )

1. ต่อระบบทางเดินอาหาร มีตั้งแต่อาการรุนแรงน้อยคือ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด และท้องเสีย โดยพบประมาณร้อยละ 10-60 อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารจะพบได้จากการใช้ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เกือบทุกชนิด แต่จะมีความรุนแรงแตกต่างกันไปตามแต่ละชนิดของยา กลไกเนื่องจากการที่ยามีผลทำให้การสร้างโปรสตาแกลนดิน  $PGE_2$  ,  $PGE_1$  ลดลงซึ่งทั้งสองตัวนี้ทำหน้าที่ ช่วยยับยั้งการหลั่งกรด และเคลือบกระเพาะอาหาร บวกกับตัวยาก็ทำให้เกิดการระคายเคืองเพื่อลดการระคายเคืองจึงควรรับประทานยาพร้อมอาหารหรือหลังอาหารทันที

2. ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นที่ทราบดีว่า NSAIDs ทำให้เกิดการคั่งโซเดียมและน้ำ ซึ่งทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น แต่อันตรายของ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดคือ การทำลายอวัยวะด้วยภาวะทรมอบโธมโบลิก (Thromboembolic) ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลอดเลือดสมองอุดตัน ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญ เนื่องจากมีความรุนแรงจนอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดผื่นผิวหนังที่รุนแรงจนเสียชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2548)

3. ต่อระบบสมดุกลเกลือแร่และการทำงานของไต ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ทำให้เกิดความผิดปกติของไตได้หลายลักษณะ โดยเป็นพิษโดยตรง (Direct toxicity) และเป็นการยับยั้งการสร้าง local prostaglandins ที่ทำหน้าที่ขยายหลอดเลือดและควบคุมการไหลเวียนเลือดของไต ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการไหลเวียนเลือดของไตลดลง ได้แก่ ไตวายรุนแรง โรคหัวใจ โรคตับอักเสบรุนแรง ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว จำเป็นต้องเฝ้าระวังการใช้ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ อย่างใกล้ชิดโดยการติดตามระดับเกลือคตินิน ก่อนและหลังจากได้รับภายใน 3-7 วัน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการทํางานของไตที่แยกลง

4. ต้อตบ (Teoh,N.C, Farrell,G.C, 2003: 401-413) แม้ว่ายาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต้อตบได้น้อยกว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่กล่าวมา แต่เมื่อเกิดแล้วจะรุนแรงหากว่าไม่ได้หยุดยาตั้งแต่เริ่มมีความผิดปกติขึ้น สำหรับประเทศไทยได้มีประกาศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และคำเตือนเกี่ยวกับความเป็นพิษต้อตบของยานี้ ให้ใช้ยานี้กรณีจำเป็น โดยใช้ในขนาดต่ำ และระยะเวลาสั้น ไม่ใช่ในผู้ป่วยโรคตับ หรือผู้ที่มีประวัติเอนไซม์ต้อตบสูงขึ้นจากการใช้ยา และไม่ใช้ร่วมกับยาอื่นที่มีอันตรายต้อตบ ( สำนักงานคณะกรรมการอาหาร

และยา, 2550) และในที่สุด ก็ได้มีการเพิกถอนยานี้เมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2551 (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2550)

5. ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ sensitivity (Stevenson,D.D: 491-505) และแอสไพริน (aspirin) ทำให้เกิดปฏิกิริยาได้หลายแบบ ได้แก่ กลุ่มอาการทางระบบทางเดินหายใจ คือ หลอดลมหดเกร็ง (bronchospasm) กลุ่มอาการทางผิวหนัง ได้แก่ ลมพิษ (urticaria) และกลุ่มอาการที่มีผลทั่วร่างกาย คือ anaphylaxis

6. ต่อผิวหนัง ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ทำให้เกิดผื่นได้หลายชนิด ตั้งแต่ผื่นที่มีความรุนแรงน้อย เช่น ผื่นคัน ผื่นลมพิษ จนถึงผื่นที่มีความรุนแรงมาก เช่น Steven-Johnsons syndrome, toxic epidermal necrolysis รายงานว่าการเกิดอาการไม่พึงประสงค์นี้ การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ทำให้เกิดการกระตุ้นภูมิคุ้มกันจนบดบังอาการของการติดเชื้อ ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาช้ากว่าที่ควร จึงต้องระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่รุนแรงและควรหลีกเลี่ยงการใช้ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่ออ่อน โดยเฉพาะที่มีการติดเชื้อร่วมด้วย ( Browne, B.A., Holder, P., Rupnick, 1996: 265-269, Orlando, A., Marrone ,C., Nicoli ,N., Tamburello, G., Rizzo, A., Pagliaro, L, et al, 2007: 145 - 148)

7. อาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ (Hansen,K.E., Elliott, M.E., 2005: 1671 - 1683) อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ง่วงซึม มึนงง ปวดศีรษะ ชิมเศร้า สับสน และเสียงอื้อในหู นอกจากนี้ ต้องหลีกเลี่ยงการใช้ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะระยะใกล้คลอด ควรหลีกเลี่ยง ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ทุกชนิดเนื่องจากอาจจะเร่งการหดตัวของมดลูก

การพยาบาล (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, 2542: 654)

1. แนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญของการได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ในขนาดที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลการรักษาอย่างเต็มที่ และลดอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา

2. ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ อาจเป็นสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารได้ จึงควรต้องสอนผู้ป่วยให้รับประทานยาแต่ละครั้งให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 240 ซีซี และรับประทานหลังอาหารทันที หรือรับประทานยาพร้อมกับอาหาร หรือนม ถ้ามีการระคายเคืองในกระเพาะอาหารเกิดขึ้น

3. ให้คำแนะนำไม่ควรใช้ยาร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

## พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior หรือ Health – Related Behaviors) เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล และการแสดงออกที่เป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ป้องกัน ส่งเสริม รักษา จัดการกับสุขภาพของตน (สุปรียา ต้นสกุล, 2544:42) เป็นพฤติกรรมที่มนุษย์พยายามจัดกระทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย สอดคล้องกับทฤษฎีและคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966 : 246) นิยามพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการกระทำใด ๆ ก็ตามที่กระทำในขณะที่ยังมีสุขภาพดี ไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันโรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมและยกระดับความเป็นปกติสุขหรือความผาสุกในชีวิต (Well-being) และสภาวะทางด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไม่เน้นเรื่องโรค หรือปัญหาสุขภาพ มุ่งที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพในทางบวก คือมีสุขภาพดีและชีวิตที่ปกติสุข (Pender, et al., 2002: 7 - 10)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออก อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือไม่สามารถสังเกตได้ หรือเป็นปฏิกริยาของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งเร้าที่อาจปรากฏให้เห็นได้ หรืออาจอยู่ภายในซึ่งไม่สามารถสังเกตได้ แต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออก (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545: 74) แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะมียผลเสีย เช่น ทำให้เจ็บป่วย หรือมีผลดี เช่น ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วยก็ได้ พฤติกรรมภายนอกเหนือการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่สำคัญ (สุปรียา ต้นสกุล, 2548: 8) แบ่งได้เป็น 4 ด้านคือ

1. การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการตรวจประจำปี เป็นต้น
2. การป้องกันโรคและภัย เช่น การไปรับการฉีดวัคซีน การคาดเข็มขัดนิรภัยเพื่อป้องกันความรุนแรงจากอุบัติเหตุ
3. การรักษาพยาบาล ได้แก่ การไปรับการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลในเรื่องการรับประทานยา เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย เป็นต้น
4. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การใช้กายอุปกรณ์ ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย และป้องกันการพิการ หรือการเข้ารับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ เป็นต้น

คาส์และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966: 248) ได้แบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึงการปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค พฤติกรรมที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี การไม่สูบบุหรี่

2.พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม ฯลฯ

3.พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick role behavior) เป็นการปฏิบัติตัวที่บุคคลกระทำเมื่อทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ

พฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมประเภทหนึ่ง ในกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) และ กลุ่มพฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick role behavior) การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ถูกต้องตามหลักสุขภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือตัวแปรที่มีอิทธิพลหลายประการทั้งที่เป็นปัจจัยภายในครอบครัวเอง และปัจจัยภายนอกครอบครัวถ้าพิจารณาตามแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green and Krueger, 1999: 159-173) จะพบว่าปัจจัยอยู่ 3 กลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ปัจจัยดังกล่าวนี้สามารถผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ซึ่งถ้าการปฏิบัติตัวนั้นถูกต้องตามหลักสุขภาพ ก็จะเป็นผลดีต่อตนเอง การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจเกิดจากปัจจัยหนึ่ง ปัจจัยเดียว หรือหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้เช่น เกิดจากความเชื่อและการมีคนอื่นสนับสนุน เป็นต้น (สุปรียา ดันสกุล, 2548: 9) จากรายงานการวิจัยโดย ยงยุทธ ประมวลสุข (2550) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และความเครียดจากสภาพการดำรงชีวิตในเรือนจำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และกลุ่มปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อและปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสภาพการดำรงชีวิตสามารถรวมกันทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังชายเรือนจำได้ร้อยละ 16.6 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย เป็นพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

### พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นในบทบาทของการป้องกันโรค (Preventive health behavior) บทบาทของการกระทำเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) และบทบาทผู้ป่วย (Sick – role) (Kasl and Cob, 1966: 248) เพื่อส่งเสริมให้บุคคลลงไว้ซึ่งสุขภาพที่

ดีและหายจากความเจ็บป่วย ในแง่ของการป้องกันโรค พฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดโรค ใช้ยาเพื่อให้สุขภาพดี ไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆและคงความสมดุลของร่างกาย ด้วยยาที่เชื่อว่าสามารถป้องกันความเจ็บป่วยได้ ในแง่ของความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลมีอาการผิดปกติขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นทางด้านร่างกายหรือจิตใจ จนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ หรือก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต บุคคลจะมีการปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดแนวคิดในการแสวงหาวิธีการรักษาตนเองทุกวิธีทาง การแสวงหาการรักษาสุขภาพ (พรทิพย์ เจริญสุขชน, 2543: 6) การรักษาตนเอง (Self-medication) เป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-care) ซึ่งหมายถึงการจัดการกับสุขภาพของตนเองนอกการควบคุมของแพทย์ ด้วยยาสมัยใหม่ เป็นการใช้ยาด้วยตนเองของประชาชนโดยไม่ผ่านคำแนะนำจากบุคคลกรทางการแพทย์หรือโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ การรักษาด้วยตนเองเป็นปรากฏการณ์ที่แพร่หลายในประเทศท่ามกลางปัญหาความล้มเหลวของการควบคุมการกระจาย การขาย และการโฆษณา ทำให้ประชาชนสามารถหาซื้อยาทุกประเภทมาอย่างง่าย ต่างจากการรักษาตนเองในประเทศตะวันตก ซึ่งมีกลไกควบคุมการจดทะเบียน การผลิต และการสั่งหรือจำหน่ายยา มีประสิทธิภาพมากกว่า ( ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542: 14) การใช้ยาเป็นการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย ยาที่ได้รับจากแพทย์เมื่อพ้นจากบริบทของสถานบริการ คือการใช้ยาที่อยู่ในการควบคุมของผู้ป่วยและญาติ ไม่มีหลักประกันว่าจะถูกใช้ตามที่แพทย์สั่ง (Geest , 1996: 153) พบว่า 8 ใน 10 ครั้งของการเจ็บป่วยของประชาชนมีการดูแลสุขภาพแบบชาวบ้าน (Geest , 1987: 293) แบบแผนการรักษาตนเองของประชาชนในปัจจุบันต่างจากในอดีต เพราะส่วนใหญ่เป็นการรักษาตนเองโดยใช้ยาที่ผลิตโดยโรงงานอุตสาหกรรม แทนที่จะเป็นยาสมุนไพรพื้นบ้านซึ่งชาวบ้านหาได้เองตามธรรมชาติ(ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542: 15) จากข้อมูลสถิติทางการแพทย์พบว่า คนไทยใช้ยามากกว่าคนในประเทศพัฒนาแล้ว แต่มีอาการป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็กินยา ทั้งๆ ที่ไม่จำเป็นต้องมาทำความเข้าใจ เรื่องการใช้ยาให้เหมาะสมกับอาการของโรค แม้การใช้ยาเกินจำเป็นและเป็นเรื่องที่ถูกกล่าวถึงบ่อยครั้ง แต่ก็ไม่ได้ทำให้คนไทยเข้าใจเรื่องเหล่านี้ เพราะไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน หรือมีรณรงค์อย่างเป็นทางการ ประกอบกับแพทย์ไม่ค่อยอธิบาย เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง คนส่วนใหญ่ก็เลยใช้ยาตามความเคยชิน และความเชื่อที่บอกต่อกันมา ทั้งๆ ที่เรื่องนี้เป็นปัญหาระดับชาติ ตามข้อมูลสถิติ ปี 2549 ประเทศไทยสูญเสียงบประมาณค่ายาประมาณ 76,000 ล้านบาท ยาแผนปัจจุบันที่มีการผลิตและนำเข้า 3 อันดับแรก คือกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อ กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคทางเดินอาหารและกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ทั้งที่ยาทั้ง 3 กลุ่มนี้ไม่ใช่ยารักษาโรคที่คิด 3 อันดับแรกที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด นอกจากนี้ รายงานการวิจัยขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทั่วโลกมีการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผลถึง ร้อยละ 1 (ถักดี โปธิศิริ, 2549: 6) จากปัญหา



ทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากเดิม การยืมยาจากผู้อื่นมาใช้ที่มีอาการของโรคเดียวกัน (สุวรรณจิ เจริญพิชิตนันท์, 2541: 15-24) เก็บยาไว้นานหรือเก็บไม่ถูกวิธีเมื่อนำมาใช้ ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพหรือยาหมดอายุแล้ว (Reiss and Evans, 1993: 4) ซื่อยาไม่ครบตามใบสั่งแพทย์ ทำให้การรักษาไม่ได้ผล (Chubon, Schulz, Lingle and Coster- Schulz, 1994: 412-415) การตั้งใจไม่รับประทานยา เนื่องจากเชื่อว่าตนเองไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพดีนั้น ขึ้นอยู่กับการใช้อย่างถูกวิธี ถูกเวลา ถูกขนาด ถูกโรคและปฏิบัติตามข้อแนะนำในการใช้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมถึงพฤติกรรมการใช้ยานั้นพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดเสมอ โดยจะทำให้ประโยชน์และประสิทธิภาพในการรักษาลดลงหรืออาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยา (กัญจนา บุตรจันทร์, 2542: 26)

มีรายงานการวิจัยที่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา โดย สาลี พิภูลทอง (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอายุต่างกัน ระดับการศึกษาต่างกัน และฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน นุสฟา ศิริรัศมี (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม พบว่า การศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูงอายุน้อย จะมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะดีกว่าผู้ที่มีลักษณะตรงข้าม และผู้ที่ได้รับคำแนะนำจากแหล่งยาครั้งสุดท้าย มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ มีการศึกษาสูง และมีสถานภาพสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีลักษณะตรงข้าม จักรภพ ขันทะวงศ์ (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุด ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร พบว่าประชาชน ที่มีอายุต่างกัน ระดับการศึกษาต่างกัน และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน และประชาชนที่มีแหล่งให้ข้อมูลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน สมศรี เจริญพิชิตนันท์ (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า มีความรู้ในการใช้ยาแก้ปวดในระดับต่ำ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดในระดับดี นักเรียนหญิงกับนักเรียนชายมีความรู้ในการใช้ยาแก้ปวดไม่แตกต่างกัน แต่เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดแตกต่างกัน ไวเยอร์และคณะ (Voyer, et. al., 2004) ได้ทบทวน

วรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการใช้ยา เพศหญิงมักจะร้องขอให้แพทย์สั่งยาทางจิตเวชมากกว่าผู้ชาย ขณะที่เพศชายใช้แอลกอฮอล์มากกว่าการร้องขอยาจิตเวช เพศหญิงอายุยืนกว่าเพศชาย ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพและความเสื่อมถอยของร่างกายมากกว่าเพศชาย แพทย์สั่งยาให้เพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเพศหญิงมักไปพบแพทย์มากกว่าเพศชาย ทำให้มีโอกาสดำเนินการรักษามากขึ้น สรรรัตน์ สุขสมสิน (2551) ศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนลำลูกบัว จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง มีการศึกษาและรายได้อยู่ในระดับต่ำ อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และได้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับสูง รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยรายเดือน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์ สามารถกันร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 34.9 นิธินาด เอื้อบัณฑิตและคณะ (2543) ได้ศึกษาเรื่องโรคปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และการใช้ยาชุด ของประชาชน อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า มีการจำหน่ายยาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ในร้านขายของชำทุกร้าน และยาชุดที่มีจำหน่ายประกอบด้วยสตีรอยด์ ร้อยละ 53.46 ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ ร้อยละ 97.67 ประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่เคยมีอาการปวด มีเพียงร้อยละ 26 โดยเป็นโรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อมากที่สุด โรคข้อเสื่อม โรคข้ออักเสบ และโรคที่ต้องได้รับการรักษาระยะยาวพบได้น้อย สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรักษาเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดในชุมชน ดรลรัตน์ สุขสำราญ (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการตัดสินใจซื้อยาจากร้านขายของชำ ของประชาชนในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องยาเบื้องต้น การรับรู้ความรุนแรงของโรค สื่อโฆษณา และคำแนะนำจากเพื่อนบ้านหรือญาติ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจซื้อยาจากร้านขายของชำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

#### แนวคิดและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED

การส่งเสริมสุขภาพ นั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ ซึ่งที่จริงแล้ว การส่งเสริมสุขภาพนั้นจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหลายๆ อย่างที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ของบุคคล ชุมชน ครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมสัมพันธ์กับสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับรูปแบบและสภาพของการดำรงชีวิต รวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิต ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวจะตรงกับความหมายของการส่งเสริมสุขภาพของ กรีน และ ครูเทออร์ (Green and Krueter, 1999: 159-173) ที่มุ่งเน้นการให้การสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติของบุคคล ชุมชน ซึ่งรูปแบบ

กระบวนการที่จะนำมาเพื่อดำเนินการหรือปฏิบัติต้องอาศัยขั้นตอนในการวางแผนและประเมินผล ซึ่งจะมีส่วนประกอบ 2 ส่วน ตามรูปแบบ PRECEDE - PROCEED MODEL เป็นหลักในการดำเนินงาน และในการดำเนินงานเพื่อกำหนดนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะมุ่งเน้นการดำเนินงาน ในด้านสาธารณสุขมูลฐาน ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนเป็นหลัก ซึ่งก็จะเป็นความพยายามในการที่จะให้บุคคล ชุมชน ได้เข้ามามีบทบาทในการวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (Green and Kreuter, 1991:14)

จากการทบทวนทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีแนวคิดหนึ่งที่มีมักจะถูกอ้างอิงเสมอในการอธิบายความหมาย และการวางแผนงานด้วยการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะตำราและงานวิจัยของต่างประเทศ คือ PRECEDE - PROCEED Model ของ Lawrence W.Green และ Marshall W. Kreuter (Green and Kreuter, 2005: 12) เป็นที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 จนถึงปัจจุบัน แบบจำลองดังกล่าวนี้เป็นแบบจำลองการวางแผน แต่ก็มิ้นักวิชาการและนักปฏิบัติจำนวนไม่น้อยนำไปประยุกต์เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้ที่นำแบบจำลองนี้ไปใช้เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในตัวแปรภายใต้ปัจจัยนำ ( Predisposing factors ) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย มีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเป็นรูปแบบที่ชัดเจนในการนำไปวางแผนการดำเนินการและการประเมินผล พร้อมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการอธิบายการเกิดพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องอื่นๆ

PRECEDE - PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ, 2542: 103) โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน ในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานส่งเสริมสุขภาพจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์/พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหารและการศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลวิธี/วิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้ว แบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขศึกษาในชุมชน เป็นต้น PROCEED Model ได้ถูกผนวกเข้ามาร่วมกับ PRECEDE ประมาณปี 1987 จากประสบการณ์ของ กรีน และ ครูเทอร์ ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ และมูลนิธิ Kriser Family Foundation การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการ

ส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไป จากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ผูปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์ กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางการศึกษา/สุขภาพแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็น เกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจซึ่งมีผล ต่อระบบสังคมสิ่งแวดล้อม จนถึงครรลองการดำเนินชีวิตที่มีสุข ( Healthful lifestyles ) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มากยิ่งขึ้น แบบจำลอง (Model) นี้ ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE โดยย่อ มาจาก Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational, Environmental Diagnosis and Evaluation หมายถึง การประเมินผล และวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม อันเนื่องมาจากปัจจัย นำปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ

ส่วนที่ 2 เป็นระยะเวลาของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อน จึงจะ วางแผน และนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED โดยย่อมาจาก Policy Regulatory and Organization Constructions in Educational and Environment Development หมายถึง การกำหนดนโยบาย กฎข้อบังคับ การจัดองค์กรเพื่อการพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม

แบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การพัฒนาการศึกษาและการ จัดสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนสภาวะการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ชุมชน และสังคม ตามแนวคิดของ กรีนและครูเทอร์ ได้ให้ข้อเสนอว่า “การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการผสมผสานระหว่างการจัดการ สนับสนุนทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการกระทำและสภาพการณ์ต่างๆ ของการอยู่ อาศัยนำไปสู่สุขภาพอันสมบูรณ์” การกระทำ หรือพฤติกรรมที่เขาได้ระบุถึงอาจเป็นได้ทั้งบุคคล กลุ่มคน หรือชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย หรือบุคคลอื่นๆ ซึ่งการกระทำของเขาเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อ การคิด การตัดสินใจ การกระทำหรือปฏิบัติทางสุขภาพของผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชน นับว่า เป็นศูนย์กลางสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ แบบจำลองได้เสนอแนวคิดเชิงระบบเพื่อวางแผนและ ประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพ (วสันต์ ศิลปะสุวรรณและพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2542: 103) เมลเลนและคณะ (Mullen, et al. 1987: 973-981) ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบจำลองความเชื่อด้าน สุขภาพ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล(Theory of Reasoned Action) และPRECEDE Model ในการ คาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการบริโภคของ หวานและอาหารทอด ในช่วงเวลา 8 เดือน พบว่า PRECEDE Model สามารถคาดคะเนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากกว่าแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ในทุกพฤติกรรม เมื่อเพิ่มตัวแปรด้านความตั้งใจ (Intention) ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) และเครือข่ายทางสังคม (Social Network) เข้าไปใน

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า แบบจำลองใหม่สามารถคาดคะเนพฤติกรรมได้ดีเท่าหรือมากกว่า PRECEDE Model นั่นคือ PRECEDE - PROCEED Model เป้าประสงค์หลักของ PRECEDE-PROCEED Model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (Outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (Inputs) ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไป ว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญได้แก่ หลักการมีส่วนร่วม คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุปัจจัยปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนเองอย่างชัดเจนในการพัฒนา/กำหนดแนวทางและการดำเนินงาน

แก้ปัญหา PRECEDE ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social assessment) จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุปัจจัยและประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life : QoL) ของประชากรเป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภคบริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขภาพได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological assessment) คือ การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณา กำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต จุดเน้นของระยะนี้ก็คือจะระบุข้อบ่งชี้สาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วย

1. กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพชีวิต
2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงาน โครงการ และการใช้ทรัพยากร
3. มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงานร่วมกันนอกจากนี้ การจัดอันดับความสำคัญของปัญหา ก็ยังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่น ระบุผลลัพธ์อะไรบ้างที่

ต้องการให้เกิด ( What ) และมากน้อยเพียงใด ( How much ) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะได้รับเมื่อไร ( When ) ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสียไป เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ( เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความชุกของความเจ็บป่วย / เกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น) การวินิจฉัยในระยะที่ 1 – 2 ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแล้ว และในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุงชี้พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการและความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญ ของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้นๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้โดยสรุป การวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้ระบุงชี้ไว้ในระยะที่ 1-2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไปซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Education and Ecological assessment) ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ด้วยกัน คือ

3.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผน โครงการทางสุขศึกษาด้วยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยนำ คือ ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีสตามีนที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

3.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะเวลา ฯลฯ นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ และบริการทางสังคม หรือสาธารณสุขต่างๆ ที่จะช่วยให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นได้ ปัจจัยนี้เรียกว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ คือ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

3.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขภาพศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (Reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง จะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องพึงระวังไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรมและการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้นๆ

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย เป็นการวินิจฉัยนโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นสถานะขององค์กรซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาแผนงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพในระยะนี้จะมุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึง ทรัพยากรต่างๆ การจัดสรรงบประมาณ

การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

การวินิจฉัยด้านบริหาร : เช่นการวิเคราะห์ต้นทุน โยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

การวินิจฉัยนโยบาย : เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่ นอกจากนี้ เพื่อประเมินว่า เป้าประสงค์/วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการจะสอดคล้องกับนโยบายขององค์กรหรือไม่ สอดคล้องกับระเบียบกฎหมายและพันธกิจขององค์กรหรือไม่

ระยะที่ 5 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ (Implementation) ดำเนินงานตามกลวิธีวิธีการและกิจกรรมโดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่อง และประเด็นที่กำหนดไว้ ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

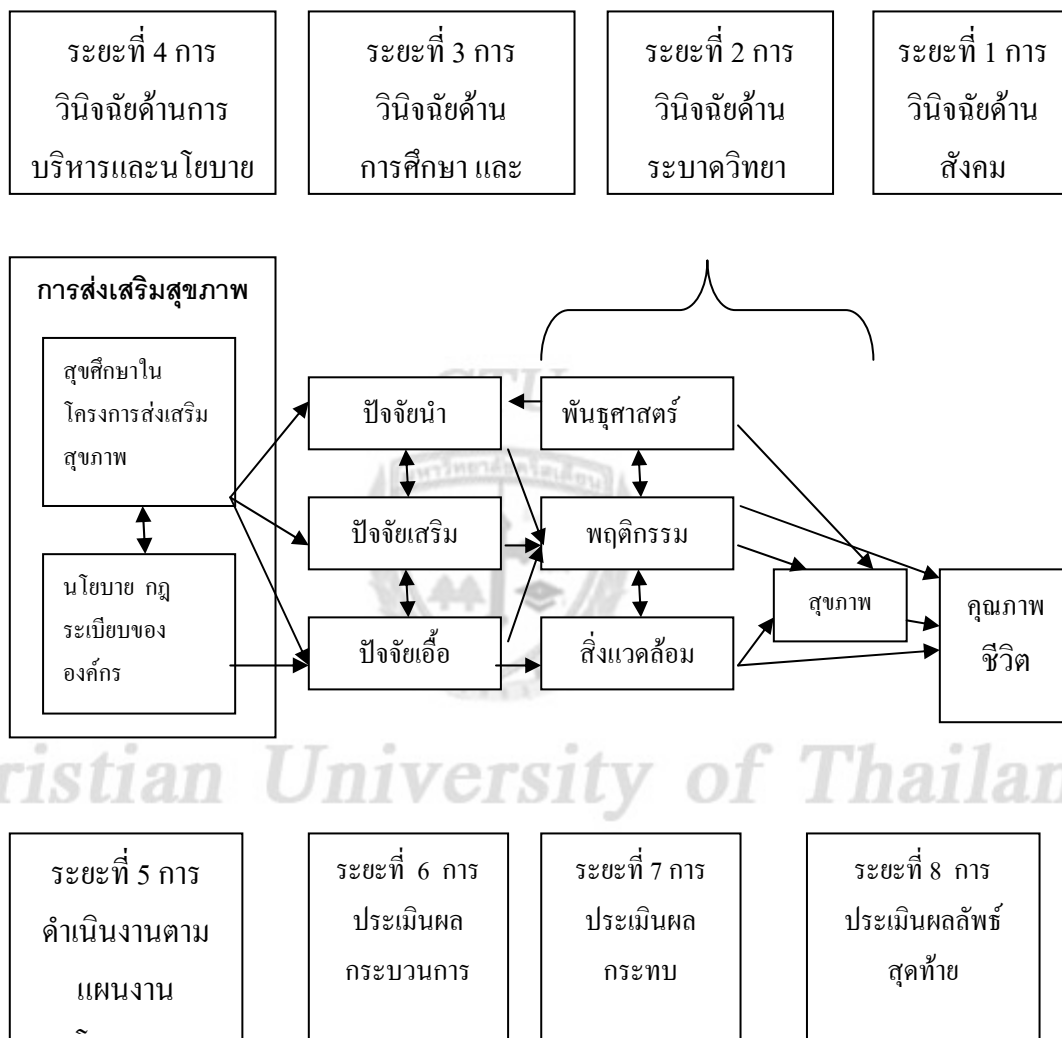
ระยะที่ 6 การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนโครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้น ที่ส่งต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (Predisposing, enabling and reinforcing factors)

ระยะที่ 8 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย (evaluation) เป็นการประเมินผลรวมยอดของวัตถุประสงค์ที่มี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับ ด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปีๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้

จะเห็นได้ว่า PRECEDE - PROCEED Model จะเกี่ยวข้องกับการประยุกต์ศาสตร์ต่างๆ หลายศาสตร์ กิจกรรมที่ทำในขั้นตอนที่ 1 และบางส่วนของขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการทางระบาดวิทยา และข้อมูลข่าวสารต่างๆ กิจกรรมของขั้นที่ 2 และ 3 นั้น ใช้ด้านทฤษฎี/แนวคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์-สังคมศาสตร์ นอกจากนี้ในขั้นตอนที่ 4 และ 5 คือการวางแผน และการดำเนินงานตามแผน จำเป็นต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ทางด้านการบริหารจัดการและการศึกษา ในขั้นที่ 6, 7 และ 8 นั้น เกี่ยวข้องกับการประเมินผลระดับต่างๆ ตามความจำเป็นและความเหมาะสม ซึ่งที่จริงแล้ว การประเมินผลนั้นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องและต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวางแผนของ Model





แผนภูมิที่ 2 แสดงแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED ของ กรีนและครูเทอร์

(Green and Kreuter, 2005: 10)

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว กรีนและคณะ (Green and Kreuter, 2005: 10) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในประชาชนวัยแรงงาน อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ของกระบวนการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนทั้ง 2 นี้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ ถึงปัจจัยสำคัญที่มี

อิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ (Green and Kreuter, 2005: 12)

#### ปัจจัยนำ (Predisposing factor)

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างและวิธีแก้ไขปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของทักษะด้าน “การแปล” ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้น ๆ โดยใช้คำพูดของตนเอง และ “การให้ความหมาย” ที่แสดงออกมาในรูปของความคิดเห็นและข้อสรุป รวมถึงความสามารถในการ “คาดคะเน” อาจเป็นการแสดงความคิดเห็น หรือให้ข้อสรุปหรือการคาดคะเนก็ได้ (ประภาพร ฤทธิธรรม อ่างในอักษร สวัสดิ์, 2542: 26)

ความรู้ หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่าง ๆ รวมถึงแบบกระบวนของโครงการวัตถุประสงค์ในด้านความรู้ โดยเน้นในเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ บลุ่มและคณะ (Bloom et al., 1975: 62-68) ได้กล่าวว่าความรู้หมายถึง ความสามารถในการระลึกเรื่องราวเฉพาะหรือทั่วไป ออกมาได้ถูกต้อง ความรู้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลได้รับรู้และจดจำ โดยเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ หรือพุทธิพิสัย (cognitive domain) ของคน ว่าประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่าง ๆ รวม 6 ระดับ ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับความรู้ในขั้นต่ำไปสู่ระดับของความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป โดยบลุ่มและคณะ ได้แจกแจงรายละเอียดของแต่ละระดับไว้ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึง ความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ย่างยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2. ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ ความจำ ให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. การนำไปปรับใช้(Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ (knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (comprehension) ในเรื่องใด ๆ ที่มีอยู่เดิม ไปแก้ไข ปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อย ที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อดูว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้น สามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆหรือส่วนใหญ่ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความคิด คำนิยาม ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์ เป็นฐานในการพิจารณาคัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ ที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ การนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด

จากความหมายของความรู้ สรุปได้ว่า ความรู้คือสิ่งที่บุคคลเข้าใจและอธิบายได้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นข้อเท็จจริงต่างๆที่บุคคลได้รับจากประสบการณ์ การค้นคว้า ศึกษาที่ต้องอาศัยเวลา และความรู้ของแต่ละบุคคล จะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์การเรียนรู้ ที่ได้รับทั้งความสามารถ และทักษะทางด้านสมองในการคิด การจำเกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่ถูกต้องของวัยแรงงาน ยกกลุ่ม ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้สูงกับอายุที่เพิ่มมากขึ้นและจำนวนความถี่ในการใช้ยา ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ใช้ และป้องกันการเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นในโรคที่เป็นอยู่เดิมซึ่งนอกจากจะเป็นการทำให้สุขภาพของผู้ใช้ทรุดโทรมแล้ว ยังเป็นสาเหตุทำให้สิ้นเปลืองเศรษฐกิจของครอบครัวอีกด้วยดังนั้นเพื่อให้สามารถใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด วัยแรงงานจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโดยอาศัยหลักและวิธีการที่ถูกต้องดังนี้ (Hahn,Oestreich and Barkin, 1986: 160-166, กำพล ศรีวิฒนกุล และอำนาจ ธิฐาพันธ์, 2545: 47)

1. หลักในการใช้ยา คือการใช้ยาให้ถูกต้อง หมายถึงใช้ยาให้ตรงกับโรคที่เป็น ควรทราบก่อนว่าอาการที่เป็นนั้น เกิดจากสาเหตุใด และต้องให้ยาให้ถูกต้องกับอาการ ,การใช้ยาคือการใช้ยาของบุคคลอื่น เนื่องจากความแตกต่างทางสรีรวิทยา การดูดซึม และการกระจายของยา อาจจะทำให้เกิดอันตรายจากการได้รับยาเกินขนาดได้ ,การใช้ยาถูกเวลาหมายถึงช่วงระยะเวลาในการรับประทานยา เพื่อให้ยาในกระแสเลือดมีมากพออยู่ตลอดเวลาโดยไม่เกิดพิษจากยามากเกินไป และยาไม่น้อยเกินไปจนไม่สามารถรักษาโรคได้ ยาแต่ละชนิดมีช่วงห่างของการใช้ยาไม่เท่ากัน ยาบางชนิดออกฤทธิ์ไม่เท่ากัน,การใช้ยาถูกวิธีเนื่องจากการบริหารยาเข้าสู่ร่างกายนั้นมีหลายวิธีเช่น การฉีด การทา การรับประทาน การหยอด ซึ่งการใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของยาตัวนั้นๆ สภาพของร่างกาย บริเวณที่ต้องการให้ยาไปออกฤทธิ์ เป็นต้น ฉะนั้นต้องอ่านและดูฉลากให้ดีก่อนใช้ทุกครั้ง และการใช้ยาถูกขนาด หมายถึงใช้ให้ถูกตามขนาดที่กำหนดอย่างเคร่งครัด เพราะยาที่ใช้สำหรับรักษาโรค ที่มีขนาดเหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ จึงจะได้ผลดีในการรักษาโรค ถ้าได้รับยาในขนาดที่น้อยเกินไปฤทธิ์ก็จะไม่เพียงพอต่อการรักษาโรค ถ้าได้รับยามากเกินไปก็จะทำให้เกิดการสะสมฤทธิ์ของยาขึ้นในร่างกาย

2. หลักการเก็บรักษายา ถ้าการเก็บไม่ถูกวิธีจะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพก่อนกำหนดหรือเสียไป หรือเมื่อนำไปใช้จะไม่ได้ผลในการรักษาหรือป้องกันโรค โดยทั่วไปต้องเก็บไว้ในภาชนะที่ปิดสนิทกันความชื้น เก็บไว้ในที่แห้งและไม่ให้ถูกความชื้น ความร้อน แสงแดด เก็บไว้ในที่สูง ป้องกันเด็กหยิบมารับประทาน ยาควรแยกประเภทการใช้ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันอันตรายจากการหยิบผิดพลาด

3. หลักการสังเกตลักษณะยา เป็นการตรวจสอบเบื้องต้นเพื่อความปลอดภัยก่อนจะรับประทานยา โดยเฉพาะยาเสื่อมคุณภาพทำให้คุณภาพในการรักษาไม่ได้ผล และอาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ การเปลี่ยนแปลงภายนอกคือสีของยาเปลี่ยนไป สามารถสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่า หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของตัวยาเองที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่า หากทราบว่ามีลักษณะที่เสื่อมคุณภาพหรือยาหมดอายุการใช้ เนื่องจากยาโดยทั่วไปนั้นจะมีอายุไม่เกิน 5 ปีจึงไม่ควรใช้นั้นเพราะอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

4. การสังเกตอาการเกี่ยวกับการแพ้ยา ซึ่งอาการแพ้ยามีตั้งแต่อาการเล็กน้อยเช่น ผื่นคัน หรือเป็นมากจนมีอาการหลอดลมตีบ เส้นเลือดขยายมาก ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การแพ้ยานี้ อาจจะไม่ขึ้นกับขนาดของยาที่ได้รับ อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือทิ้งช่วงไว้สักพักจึงเกิดอาการขึ้นก็ได้ เมื่อเกิดอาการขึ้นถ้าเป็นเล็กน้อยให้หยุดยาทันที ถ้าเป็นมากควรรับการรักษาจากแพทย์ ยา NSAIDs บางชนิดอาจทำให้เกิดอาการต่อผิวหนัง เกิดอาการคันเล็กน้อย จนถึงคันอย่างรุนแรงได้

5. วิธีปฏิบัติที่สำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีดังนี้คือ ข้อห้ามหรือข้อควรระวังในการใช้ยา มีความสำคัญเทียบเท่ากับการใช้ยานั้น ซึ่งไม่ควรละเลยที่จะปฏิบัติตาม เช่น ห้ามรับประทานขณะท้องว่างเนื่องจากจะมีฤทธิ์ระคายเคืองเยื่อกระเพาะอาหารมาก ห้ามดื่มเหล้าขณะรับประทานยาเพราะจะทำให้มีอาการข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้น เป็นต้น ,การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ร่วมกับยากลุ่มอื่นอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา เกิดการเสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ระหว่างยาได้ ดังนั้น หากมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด มีประวัติเป็น โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคไตหรืออยู่ในระหว่างใช้ยาชนิดต่างๆ โดยเฉพาะยาต้านการแข็งตัวของเลือดเนื่องจากยา ต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จะทำให้ปริมาณของยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่เป็นอิสระในพลาสมา มีระดับสูงขึ้น สำหรับยาลดความดันโลหิตเนื่องจากยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ บางชนิดจะทำให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย ทำให้ปริมาณของเหลวในร่างกายเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิตสูงจะทำให้ฤทธิ์ของยาลดลงและทำให้การรักษาได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนทุกครั้ง การสังเกตอาการและการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ควรสังเกตสีของอุจจาระว่าเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อาจเนื่องจากมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร จากฤทธิ์ของยา สังเกตน้ำหนักร่างกายที่เพิ่มขึ้นจากภาวะมีน้ำคั่งในร่างกาย เป็นต้น

มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความรู้ต่อพฤติกรรม โดย กวิน แอปเปิลเกตและคณะ (Quinn, Applegate, 1983) ได้ศึกษาความรู้ของประชาชนในการใช้ยาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ประเทศสหรัฐอเมริกา มีความรู้ความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการใช้ยากลุ่มที่จำเป็นต่อร่างกายร้อยละ 32.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โอคอนเนลและจอห์นสัน (O'Connell and Johnson , 1992) พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 64 มีความรู้ในการใช้ยา นอกจากนี้ จักรภพ ชันทะวงศ์ (2542) ยังพบว่าประชาชน ที่มีอายุต่างกัน ระดับการศึกษาต่างกัน และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาชุดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และประชาชนที่มีแหล่งให้ข้อมูลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน ครัลรัตน์ สุขสำราญ (2543) พบว่า ความรู้เรื่องยาเบื้องต้น การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจซื้อยาจากร้านขายของชำ สมศรี เจริญพิชิตนันท์ (2543) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร มีความรู้ในการใช้ยาแก้ปวดในระดับต่ำ นักเรียนหญิงนักเรียนชายมีความรู้ในการใช้ยาแก้ปวดไม่แตกต่างกัน กัญญา บุตรจันทร์ (2542) พบว่าผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมีความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่

สตรีรอยด์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอหิสเภชชนิดไม่ใช่สตีรอยด์ในผู้สูงอายุ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

### เจตคติ(Attitude)

มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายไว้ดังนี้ เจตคติเป็นผลมาจากการเรียนรู้มากกว่าเป็นผลมาจากการพัฒนาโครงสร้างภายใน เป็นผลมาจากการที่ บุคคลประเมินสิ่งเร้าแล้วเปลี่ยนแปลงเป็นความรู้สึกภายใน ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Shaw and Wright , 1967: 6- 9) ความหมายตาม พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 คือ ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคล ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเจตคติ หมายถึง แนวโน้มเชิงที่ประเมินสิ่งเกี่ยวข้องกับเจตคติเป็นกรณีพิเศษ ด้วยความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ โดยมีกรแบ่งแยกในมุมมองของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมร่วมด้วย (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545: 88) และในส่วนเจตคติ หมายถึง ความคิดความเข้าใจที่บุคคลมีต่อบุคคล กลุ่มคน วัตถุสิ่งของ หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่ได้รับรู้ จนก่อให้เกิดความรู้สึกพอใจ ไม่พอใจ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและมีแนวโน้มที่บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมตามความคิดความเข้าใจ และความรู้สึกที่มีอยู่ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าเจตคติเป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นในสังคมอีกลักษณะหนึ่ง ที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสังคม(เดิมศักดิ์ คทาวิช, 2548: 312) เจตคติหมายถึง ความรู้สึก ท่าที ความคิดเห็นของบุคคล (กรรณิกา สัมฤทธิ์, 2548: 5)

ดังนั้น สรุปได้ว่าความหมายของเจตคติ คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดๆ ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในลักษณะชอบ ไม่ชอบ อาจเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย พพอใจ ไม่พอใจ ต่อสิ่งใดๆ ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของเจตคติที่มีอยู่ และทำให้จะเป็นตัวกำหนดแนวทางของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง

องค์ประกอบของเจตคติที่สำคัญมี 3 ประการ คือ 1) การรู้ (Cognitive component) ประกอบด้วยความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเป้าหมาย ความเชื่อนี้อาจไม่จริง หรือไม่ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง สิ่งสำคัญขององค์ประกอบนี้ก็คือ จะประกอบด้วยความเชื่อที่ได้ประเมินค่าแล้วว่าน่าเชื่อถือหรือไม่น่าเชื่อถือ ดีหรือไม่ดี และยังรวมไปถึง ความเชื่อในใจว่า ควรจะมีปฏิกิริยาตอบโต้อย่างไรต่อเป้าหมายเจตคตินั้นจึงจะเหมาะสมที่สุด ดังนั้น การรู้และแนวโน้มพฤติกรรม จึงมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด 2) ความรู้สึก (Affective component) หมายถึง อารมณ์ที่มีต่อเป้าหมายเจตคตินั้น เป้าหมายจะถูกมอง ด้วยอารมณ์ชอบหรือไม่ชอบ ถูกใจหรือไม่ถูกใจ ส่วนประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึกนี้เอง ที่ทำให้บุคคลเกิด ความคือดั่งยึดมั่น ซึ่งอาจกระตุ้น ให้มีปฏิกิริยาตอบโต้ได้ หากมีสิ่งขัด กับความรู้สึกมากระทบ และมีความสำคัญ ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และ3) แนวโน้มพฤติกรรม (Conative component) หมายถึง ความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับเจตคติ ถ้า

บุคคลมี เจตคติที่ดีต่อเป้าหมาย ก็จะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมช่วยเหลือหรือสนับสนุนเป้าหมาย นั้น ถ้าบุคคลมีเจตคติในทางลบต่อเป้าหมาย ก็จะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมทำลาย หรือทำร้าย เป้าหมายนั้นเช่นกัน

เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล ไม่ใช่เป็นสิ่งที่มิตัดตัวมาแต่กำเนิด หากแต่ว่าจะชอบหรือไม่ชอบสิ่งใดต้องภายหลัง เมื่อตนเองได้มีประสบการณ์ในสิ่งนั้น ๆ แล้ว ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า เจตคติเกิดขึ้นจาก การรวบรวมความคิดอันเกิดจากประสบการณ์หลาย ๆ อย่าง รวมทั้งเกิดจากความรู้สึกที่ร่ายพิมพ์ใจและเกิดจากการเห็นตามคนอื่น

#### รูปแบบของเจตคติ

กระบวนการที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเจตคติ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน เพื่อปลูกฝัง หรือเปลี่ยนแปลงเจตคติ (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545: 88) ได้แก่

1. การยอมรับตาม เป็นการกระทำเหมือนที่คิดไว้โดยมีเจตคติที่แน่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงความไม่สบายใจ หรือการถูกปฏิเสธ และการยอมรับชัยชนะ เป็นการเปลี่ยนเจตคติที่ไม่จริงจัง เนื่องจากมีแรงกดดันในสังคม

2. การเลียนแบบ เป็นการเกิดเจตคติอย่างจริงจังโดยผ่านกระบวนการเลียนแบบ จะปรากฏเมื่อบุคคลต้องการค้นหาความหมายของตัวเอง ดังนั้นจึงยอมรับเจตคติใหม่ของกลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางของพฤติกรรม

3. ความรู้สึกภายใน เป็นหัวใจของการยอมรับเจตคติ เป็นร่วมของความรู้สึกของเจตคติ เพราะจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของบุคคล เมื่อเข้าสู่ระบบความเชื่อของบุคคลส่วนมากจะปรากฏ เมื่อมีเจตคติที่คงที่แน่นอนกับความเชื่อพื้นฐานของบุคคล และค่านิยม การสนับสนุนภาพลักษณ์ของบุคคลนั้น การที่ยอมรับเจตคติใหม่ เพราะบุคคลมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นถูกต้อง ไม่ได้เชื่อเพราะต้องการให้คนอื่นชอบ ขึ้นนี้จะเกิดสุดท้าย และเจตคติที่เกิดขึ้นจากภายใน จะอยู่ยั่งยืนทนต่อแรงต่อต้านจากคนอื่นได้ เนื่องจากมีมุมมองเป็นของตนเอง

เจตคตินับว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการทำงานอย่างหนึ่ง นอกจากความพร้อมและการตั้งใจ บุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อการทำงานจะช่วยให้ทำงานได้ผลทั้งนี้เพราะเจตคติเป็นต้นกำเนิดของความคิดและการแสดงการกระทำออกมานั่นเอง

กล่าวโดยสรุป เจตคติ เป็นลักษณะทางจิตของบุคคลที่เป็นแรงขับเคลื่อนใจของบุคคล แสดงพฤติกรรมที่จะแสดงออกไปในทางต่อต้าน หรือสนับสนุน ต่อสิ่งนั้นหรือสถานการณ์นั้น ถ้าทราบเจตคติของบุคคลใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้ โดยปกติคนเรามักแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่สอดคล้องกับเจตคติที่มีอยู่

เจตคติมีประโยชน์และหน้าที่ คือ เป็นเครื่องมือปรับตัว และใช้เพื่อทำการต่างๆ ,การใช้ป้องกันสภาวะจิตใจ หรือปกป้องสภาวะจิตของบุคคล เพราะความคิด หรือความเชื่อบางอย่างสามารถทำให้ผู้เชื่อ หรือคิดสบายใจ ส่วนจะผิดจะถูกเป็นอีกเรื่องหนึ่ง และแสดงค่านิยมให้คนเห็นหรือรับรู้ พร้อมทั้งให้คุณประโยชน์ทางความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้คนและสิ่งต่างๆ ทั้งยังช่วยให้บุคคลมีหลักการ และกฎเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยพัฒนาค่านิยม ให้กับบุคคล การที่บุคคลมีเจตคติที่ดี ต่อบุคคล สถานการณ์ต่างๆในสังคม จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถประเมินและตัดสินใจได้ว่าควรจะทำอะไร อย่างไร จึงจะเหมาะสมและดีงาม เจตคติทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้อย่างมาก เจตคติมีส่วนกำหนดการมองเห็นของคน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่อื่นๆ อีกเช่น เตรียมบุคคลเพื่อให้พร้อมต่อการปฏิบัติการ ช่วยให้บุคคลได้คาดคะเนล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลได้รับความสำเร็จตามหลักชัยที่วางไว้ เป็นต้น เจตคติของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจาก การชักชวน เจตคติจะเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงใหม่ได้ หลังจากที่ ได้รับคำแนะนำ คำบอกเล่า หรือได้รับความรู้เพิ่มพูนขึ้น การเปลี่ยนแปลงกลุ่ม ช่วยเปลี่ยนเจตคติของบุคคลได้ การโฆษณาชวนเชื่อ เป็นการชักชวนให้บุคคลหันมาสนใจ หรือรับรู้โดยการสร้างสิ่งแปลกๆใหม่ๆ ขึ้น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อเจตคติ คือ บิดา มารดา ระเบียบแบบแผน วัฒนธรรมของสังคมการศึกษาเล่าเรียน สิ่งแวดล้อมในสังคม การพักผ่อนหย่อนใจที่แต่ละคนใช้ประจำตัว

เจตคติเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยาก ถ้าจำเป็นจะต้องแก้ไขเปลี่ยนเจตคติของพฤติกรรมการใช้ยาอาจใช้วิธีหาสิ่งเร้าและสิ่งจูงใจอย่างเข้มข้นมาช่วย ปัจจัยที่จะช่วยให้เจตคติเปลี่ยนแปลงได้มีหลายประการ

1. ความกดดันของกลุ่ม(Group pressure) หากกลุ่มจะสามารถให้รางวัลหรือลงโทษได้ย่อมจะมีแรงกดดันมาก ในการที่จะกดดันทิศทางเจตคติของเราสิ่งช่วยๆที่เป็นรางวัลนั้น ได้แก่ ความเป็นผู้มีคนรู้จักมาก สัญลักษณ์ของการยอมรับนับถือ เป็นต้น ส่วนสิ่งช่วยๆที่เป็นการลงโทษก็เช่น การเสียเพื่อนฝูง การถูกตำหนิจากเพื่อนหรือชุมชน เป็นต้น ยิ่งเรามีความผูกพันไปจากกลุ่มเท่าใดแรงบีบบังคับของหมู่มีมากเท่าใด ยิ่งเราต้องการเป็นสมาชิกของกลุ่ม แรงบีบบังคับของกลุ่มย่อมมีมากเท่านั้นหรือยิ่งกลุ่มต้องการเรามากเท่าใด กลุ่มก็ยิ่งต้องการให้เราปฏิบัติตามมาตรฐานของกลุ่มเท่านั้น

2. ประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจหรือไม่น่าพึงพอใจ เราอาจเปลี่ยนแปลงเจตคติไปได้เมื่อได้รับประสบการณ์ที่น่าพอใจหรือไม่น่าพอใจ

3. อิทธิพลของกลุ่มบุคคลที่มีชื่อเสียง บุคคลที่มีชื่อเสียงในความหมายนี้อาจจะเป็นเพื่อนซึ่งเรานับถือความคิดของเขาหรืออาจจะเป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษต่างๆ



มีรายงานการศึกษาจำนวนหนึ่ง que แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติ และพฤติกรรม สุขภาพโดยโฮบ (Hope, 1993) พบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมี เจตคติ กับพฤติกรรมการใช้ ยาและแอลกอฮอล์แตกต่างกัน โดยที่นักเรียนหญิงมีเจตคติในการใช้ยาและแอลกอฮอล์ดีกว่า นักเรียนชาย ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิด เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการใช้ยาและแอลกอฮอล์ คือ การยับยั้งชั่งใจของตนเอง สถาบันการศึกษา ความรู้เรื่องการ ใช้ยา และแอลกอฮอล์ของตัว นักเรียน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และแรงผลักดันจากเพื่อน พรทิพย์ เจริญสุขน (2543) พบว่า เจตคติในการ ใช้ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบันของประชาชนมีผลต่อการปฏิบัติ ทัศนิก สัมฤทธิ์ (2548) พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด สมศรี เจริญ พิชิตนันท์ (2543 ) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดในระดับดี นักเรียน หญิงนักเรียนชายมีเจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดแตกต่างกัน

#### ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุน หรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็น แบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้ บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และ อิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์โดยอาจจะ ช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมหนึ่ง que ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นตัวแบบ เช่น พ่อแม่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา หรือกลุ่มบุคคล เช่น เพื่อน เครือญาติ ชุมรม หรือ กฎระเบียบชุมชน กฎหมายของสังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตเป็นต้น และ เป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้พฤติกรรมเกิดเร็วขึ้น ยั่งยืน หรือช้าลง มีผลต่อการ ดำรงชีวิตของมนุษย์ประกอบด้วย โครงสร้างที่มีความซับซ้อน และความเกี่ยวพันขึ้น จากการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยน ความคิดความรู้สึกรู้สึกต่อกัน ทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆและช่วย บรรเทาผลกระทบจากความเครียด และเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะ สุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Norbeck, 1987: 85) การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลด โอกาสของการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต โดยช่วยให้ความเครียดลดลง ทั้งนี้ความเครียดเกิดจากการที่

คนเรารู้สึกว่า ไม่สามารถช่วยตนเองได้ รู้สึกค้อย ไม่เห็นคุณค่าตนเอง จึงเป็นสาเหตุให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพ (Cobb, 1979: 303-314) หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมหลักๆมี 2 ประการคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค (Pender, et al., 2002: 248-249) จากการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีหลายรูปแบบ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆกัน คอบบ์ (Cobb, 1976: 300 - 314) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และคาน์ (Kahn, 1979: 85) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อกัน ยอมรับนับถือกัน และมีกรช่วยเหลือ ด้านวัตถุประสงค์กันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง ในส่วนของนอร์เบค (Norbeck, 1982: 22 - 29) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลคลายความเครียดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลง สามารถป้องกัน โรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

ปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมและผลลัพธ์ของการเกิดแรงสนับสนุนทางสังคม และสำหรับเพนเดอร์และคณะ (Pender, et al., 2002: 239) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ การยอมรับ การให้ความรัก ความนิยมนิยมชมชอบ ความนับถือ การให้คุณค่า และความต้องการ สำหรับบุคคลคนหนึ่งบุคคลนั้นสามารถทำให้ได้เป็นพิเศษแตกต่างจากบุคคลอื่น โดยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในสภาวะซึมเศร้า
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอะไรจึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง
3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aids) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน เพื่อให้บุคคลมีเวลาในการทำกิจกรรมด้านอื่น
4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับจะช่วยให้แต่ละบุคคลเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

นอกจากเพนเดอร์และคณะแล้ว เชฟเฟอร์และคณะ ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันออกไป โดยเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 2001: 108) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ชี้แนวทางและการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่เผชิญได้

3. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร (Tangible support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา หรือสิ่งของอื่นๆ เป็นต้น การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นหนทางในการแก้ปัญหาของบุคคลได้โดยตรงและมีความสำคัญเป็นรูปธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ยึดการแบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม จากเซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 2001: 108) เป็นแนวทางในการประเมินการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในวัยแรงงาน เนื่องจากการประเมินที่ง่าย เห็นได้ชัด สามารถประเมินได้โดยการซักถาม และสังเกตสิ่งแวดล้อมรอบตัวของวัยแรงงาน โดยให้การสนับสนุน 3 ด้าน ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ และคณะได้สรุป การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประทับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต และเชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบที่เป็นอิสระจากกันประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้จ่ายที่ถูกต้อง และการให้คำปรึกษา

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการดูแลเอาใจใส่ คอยกระตุ้นเตือนในเรื่องการใช้จ่าย และการเก็บรักษา

3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ โดยการช่วยเหลือดูแลจัดเตรียมยา แรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นต่อสุขภาพของคน แรงสนับสนุนทางสังคมทางบวกมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การใช้ยา การดูแลสุขภาพในช่องปาก เป็นต้น (Langlie, 1977: 244-260) คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้สุขภาพดีขึ้น เพราะตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งได้แก่ ความปลอดภัย การยอมรับ ความเป็นเจ้าของและความรัก (House, 1981) ถ้าหากบุคคลขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เสี่ยงต่อการแยกตัว และดำรงชีวิตอยู่ด้วยความลำบาก (Jankowski, et al., 1996: 206, Whittemore, et al., 2000: 206-213) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว จะเอื้ออำนวยต่อการทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง คือ จะช่วยดึงดูความสนใจในพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี โดยสมาชิกในครอบครัวจะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพซึ่งกันและกัน ทางอ้อม คือ กระตุ้นเตือนหรือ

บังคับบรรทัดฐานหรือความเชื่อของพฤติกรรมสุขภาพ (Umberson, 1987: 306-319) รายงานการศึกษาจำนวนหนึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ โดย วลีดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล (2541) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก พิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงานและบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง น้าทิพย์ มะลิ (2544) พบว่า การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นวพรธ วุฒิชธรรม (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมทางด้านร่างกาย วัตถุประสงค์/อารมณ์และสังคม จะได้จากครอบครัว เครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุใกล้ชิดมากที่สุด คือ ครอบครัว บุศยรา นาคคำภา (2546) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในและภายนอกครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุด้านอาหาร และ โภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้ร้อยละ 5.30 , 21.70 , 39.10 และ 30.30 ตามลำดับ วาสนา เมืองครุฑ (2547) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 59.7 วราพร คุ้มอรุณรัตน์กุล (2547) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 47.40 อรรชร โวทวิ (2548) พบว่า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 33.5 ชิดชนก ไชยกุล (2549) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจากรายงานการวิจัยจำนวนหนึ่งมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยา โดยสมใจ วินิจกุลและชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข (2540) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาเบาหวานของผู้สูงอายุ และสามารถร่วมกันกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทำนายพฤติกรรมการใช้ยารักษาเบาหวานของผู้สูงอายุได้ เซเยอร์และคณะ (Sayers, et al., 2006) พบว่า ประมาณครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุมีครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องกับ การใช้ยาของเขา โดยเฉพาะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมากที่สุด คือ คู่สมรส ประเด็นที่เกี่ยวข้องได้แก่ การตัดสินใจใช้ยา การเตือนให้รับประทานยา การพาไปพบแพทย์

การจัดหาเวลาไว้ให้ ซึ่งเซเซอร์และคณะ กล่าวว่า ครอบครัวยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาจนเป็นเสมือนงานในหน้าที่ที่ต้องทำโดยปกติ (Routine) ไม่มีหลักฐานใดที่แสดงให้เห็นว่าการมีความสุขดีจากการใช้ยาไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว คนทุกคนไม่ว่าจะสุขภาพดีหรือไม่ดีล้วนต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์จะช่วยให้คนเห็นคุณค่าในตัวเอง ช่วยลดความเครียด ถ้าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากจะเครียดน้อย และมีสุขภาพดีกว่าคนที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันและสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

### ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors )

ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในสุขภาพ หมายความว่า ประโยชน์อันชอบธรรมของประชากรในการในการเข้าถึงและใช้บริการสาธารณสุข เพื่อความมีสุขภาพที่ดี รัฐมีหน้าที่จัดให้ประชากรมีความเสมอภาคในการมีสิทธิและใช้สิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าว โดยจัดระบบที่ให้ความคุ้มครองสุขภาพ

ดังนั้นความสามารถในการเข้าถึงและใช้บริการ ได้แก่ การที่ประชาชนจะต้องเข้าถึงบริการสาธารณสุขต่างๆ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ การเข้าถึงในที่นี้องค์ประกอบ 4 ประการ ดังนี้

1. การปลอดจากการเลือกปฏิบัติ ทุกคนจะต้องเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขต่างๆ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติหรือห้ามหรือจำกัดสิทธิเฉพาะกลุ่มคน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ในสังคม
2. การเข้าถึงทางกายภาพ หมายถึง แหล่งบริการและปัจจัยในการบริการ จะต้องไม่อยู่ไกลจนเกินไป โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มที่อยู่ห่างไกล กลุ่มเสี่ยง กลุ่มชนกลุ่มน้อย หรือกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร รวมถึงกลุ่มเด็ก ผู้หญิง คนพิการ และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข น้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด ระบบสุขอนามัยที่ดี เช่น การกำจัดน้ำเสีย และการจัดทำอาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับคนพิการ
3. การเข้าถึงทางเศรษฐกิจ หมายถึง บริการหรือปัจจัยต่างๆ จะต้องไม่มีราคาแพงจนเกินไป เพื่อให้ทุกคนสามารถซื้อบริการได้และปัจจัยต่างๆ ทางสุขภาพได้ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยหรือบริการของรัฐหรือเอกชน โดยเฉพาะกลุ่มคนจนและกลุ่มที่เสียเปรียบในสังคม
4. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ประชาชนมีสิทธิในการถามหา ได้รับข้อมูลที่ถามหา และได้ข้อที่ถามหา และได้ข้อมูลที่ไม่ต้องถามหา ข้อมูลข่าวสารในที่นี้หมายถึง

ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารนี้จะต้องไม่ละเมิดสิทธิในการเก็บข้อมูลสุขภาพส่วนตัวเป็นความลับ

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งทางสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนาอย่างต่อเนื่องในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของวัยแรงงาน จากรายงานการวิจัยจำนวนหนึ่งมีการศึกษา ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ โดย อรวรรณ พุ่มพวง (2551: 58) พบว่าความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานระดับปฐมภูมิของผู้วิจัยที่ต้องปฏิบัติงานรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้กับวัยแรงงานที่มารับบริการที่หน่วยงานระดับปฐมภูมิชุมชน พบว่า วัยแรงงานมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องทั้งจากสภาพร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพ และภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของวัยแรงงานต่อไป

*Christian University of Thailand*

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlation descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮิสตามีนของวัยแรงงาน อำเภอคำชะอี จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2553 โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

*Christian University of Thailand*  
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นวัยแรงงาน อายุ 13 – 59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอคำชะอี จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมดจำนวน 4 ตำบล 41 หมู่บ้าน ประกอบด้วยประชากรวัยแรงงาน 14,282 คน ที่อาศัยอยู่ใน ระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2553 จำนวน 200 คน จากข้อมูลเขตการปกครอง จากที่ทำการปกครองอำเภอคำชะอี จังหวัดกาฬสินธุ์ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2552

### กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 200 ราย โดยคำนวณจากสัดส่วนของตัวแปรต่อขนาดของตัวอย่าง เท่ากับ 1 : 30 จากสูตรธอนไดค์ (Thomdike อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547: 208) ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$n = 30k + 50$$

โดย  $n$  = ขนาดตัวอย่าง

$k$  = จำนวนตัวแปรอิสระ

ในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษา จำนวน 4 ตัว ได้แก่ ความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เจตคติในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตัวแปรตาม 1 ตัว ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ รวมเป็นตัวแปรทั้งสิ้น 5 ตัว

จากการแทนค่าในสูตร จะได้กลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned} n &= 30k + 50 \\ &= (30 \times 5) + 50 \\ &= 200 \text{ ราย} \end{aligned}$$

ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จึงใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 200 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ไม่มีปัญหาในการพูดและฟัง
2. สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองโดยข้อมูลไม่คลาดเคลื่อน
3. ยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น คือวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากประชากรวัยแรงงานทั้ง 4 ตำบล 41 หมู่บ้าน จำนวน 14,282 คน โดยมีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. แบ่งกลุ่มประชากรเป็นรายตำบลตามเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทยในเขตอำเภอด่านมะขามเตี้ย ซึ่งมีจำนวน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลกลอนโค ตำบลด่านมะขามเตี้ย ตำบลจรเข้เผือก และ ตำบลหนองไผ่



2. แบ่งกลุ่มประชากรเป็นรายหมู่บ้านตามเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทยโดยจำนวนหมู่บ้านในเขตอำเภอด่านมะขามเตี้ย มีจำนวนทั้งสิ้น 41 หมู่บ้าน ซึ่งประกอบไปด้วย

ตำบลกลอนโค	ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน
ตำบลด่านมะขามเตี้ย	ประกอบด้วย 12 หมู่บ้าน
ตำบลจรเข้เผือก	ประกอบด้วย 12 หมู่บ้าน
ตำบลหนองไผ่	ประกอบด้วย 6 หมู่บ้าน

โดยเลือกทุกตำบลเนื่องจากแต่ละตำบลมีความแตกต่างกันทางด้านภูมิศาสตร์ วิถีชีวิตและเศรษฐกิจ ตำบลกลอนโค ประชาชนในพื้นที่ประกอบอาชีพการเกษตรและค้าขาย อาศัยอยู่ตามแนวของแม่น้ำ และมีการอาศัยอยู่กันเป็นกลุ่มๆ ส่วนตำบลด่านมะขามเตี้ยจะมีลักษณะของสังคมเมือง อยู่ในเขตเทศบาล ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย สำหรับตำบลจรเข้เผือก มีลักษณะเป็นสังคมชนบท อาศัยอยู่รวมกันเป็นกลุ่มใหญ่ตามแนวภูเขา พื้นที่แห้งแล้ง การประกอบอาชีพของประชาชน ในพื้นที่ส่วนใหญ่รับจ้าง และรองลง มาคือการค้าเกษตร มีการปลูกมันสำปะหลังและไม้ยูคาลิป และตำบลหนองไผ่ เป็นตำบลที่มีพื้นที่ค้ำน้ำท่วมทุกปี ทำให้ประชาชนในพื้นที่ทำการเกษตรเฉพาะช่วงฤดูร้อนและฤดูหนาว ในช่วงฤดูฝนจะยึดอาชีพ รับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่แต่ละหมู่บ้านของตำบลนั้นๆ มีความคล้ายคลึงกัน ทางด้านภูมิศาสตร์ วิถีชีวิตและเศรษฐกิจ

3. ทำการเลือกหมู่บ้าน โดยการสุ่มหมู่บ้านจำนวนร้อยละ 10 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในแต่ละตำบล ได้ทั้งหมดจำนวน 4 หมู่บ้าน โดย 1 หมู่บ้าน เป็นตัวแทนของ 1 ตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ( Simple random sampling) อันประกอบด้วย

ตารางที่ 1 การสุ่มหมู่บ้าน

ตำบล	พื้นที่กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนประชากร
กลอนโค	หมู่ที่ 2 บ้าน กลอนโค	922
ด่านมะขามเตี้ย	หมู่ที่ 4 บ้าน ไปงนก	635
จรเข้เผือก	หมู่ที่ 10 บ้าน บ้านท่าโป่ง	2,471
หนองไผ่	หมู่ที่ 3 บ้าน หินแค้น	961

4. เมื่อได้จำนวนหมู่บ้าน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่ โดยการคำนวณสัดส่วนจากสูตร (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547: 194)

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{n \times n_1}{N}$$

$$\begin{aligned} \text{เมื่อ } n_1 &= \text{ขนาดประชากร} \\ n &= \text{ขนาดตัวอย่างของงานวิจัย} \\ N &= \text{ขนาดประชากรทั้งหมด} \end{aligned}$$

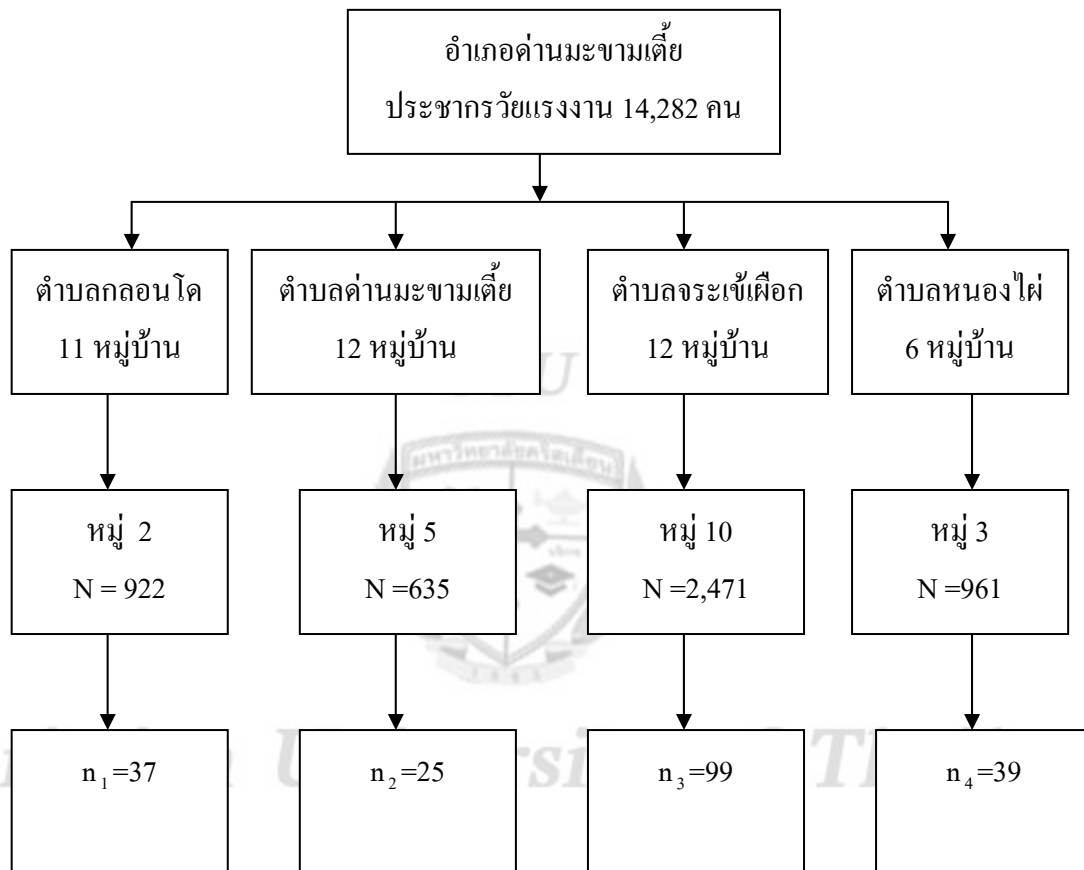
จากการแทนค่าได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้

หมู่บ้าน 3 ตำบลหนองไผ่	=	$\frac{961 \times 200}{4,989}$	คน
จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ	=	38.53	คน
	=	38	คน
หมู่บ้าน 5 ตำบลด่านมะขามเตี้ย	=	$\frac{635 \times 200}{4,989}$	คน
จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ	=	25.46	คน
	=	25	คน
หมู่บ้าน 2 ตำบลกลอนโคก	=	$\frac{922 \times 200}{4,989}$	คน
จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ	=	36.97	คน
	=	36	คน
หมู่บ้าน 10 ตำบลจรเข้เผือก	=	$\frac{2471 \times 200}{4,989}$	คน
จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ	=	99.06	คน
	=	99	คน

5. เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของแต่ละหมู่บ้าน ทำการเลือกครัวเรือน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ด้วยวิธีการจกฉลากโดยการเขียนหมายเลขกำกับครัวเรือนตัวอย่างก่อนแล้วจึงจับฉลากขึ้นมา และไม่สุ่มครัวเรือนที่ถูกสุ่มแล้วขึ้นมาอีก (Simple random sampling with out replacement) คือสุ่มแบบไม่แทนที่ จำนวน 200 ครัวเรือน จากข้อมูลทะเบียนราษฎรเขตการปกครอง ของที่ทำการปกครองอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2552

6. เลือกวัยแรงงานอายุ 13 – 59 ปี ในแต่ละครัวเรือน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจกฉลาก โดยการเขียนหมายเลขกำกับประชากรตัวอย่างก่อนแล้วจึงจับฉลากขึ้นมาและไม่สุ่ม

ประชากรที่ถูกสุ่มแล้วขึ้นมาอีก (Simple random sampling with out replacement) คือสุ่มแบบไม่แทนที่ ครอบคลุมวัยละ 1 คน จำนวน 200 คน



แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับ ความรู้ ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์  
 ดัดแปลงจาก กัญญา บุตรจันทร์ (2542: 86) ประกอบด้วย ด้านความรู้และหลักสำคัญในการใช้ยา  
 ต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ได้แก่ ความรู้เรื่องฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียง ขนาดของยาที่ใช้และการ  
 รับประทาน วิธีการเก็บรักษา ยา จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งลักษณะของ  
 ข้อความเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale ) โดยมี 3 ระดับคือ ใช่, ไม่แน่ใจและไม่ใช่  
 คำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ

ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องตามความรู้เกี่ยวกับ การ ใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของตนเองมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นถูกต้องตามความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของตนเองหรือไม่
ไม่ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้น ไม่ถูกต้องตามความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของตนเอง

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ
ใช่	1	0
ไม่แน่ใจ	0	0
ไม่ใช่	0	1

ข้อความที่เป็นบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5, 8, 11 และ 12

ข้อความที่เป็นลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 6, 7, 9 และ 10

การแปลผลระดับ ความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ใช้ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ที่มีค่าตั้งแต่  
 1.00 – 3.00 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

คะแนน	ระดับความรู้
0.68 – 1.00	มีความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อยู่ในระดับสูง
0.67 – 0.34	มีความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อยู่ในระดับปานกลาง
0.00 – 0.33	มีความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อยู่ในระดับต่ำ

โดยใช้เกณฑ์การแบ่งความกว้างของช่วงระดับจากสูตรของคานีล (Daniel, 1995 : 19) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในแต่ละระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} \\ &= \frac{1 - 0}{3} \\ &= 0.33 \end{aligned}$$

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับ เจตคติต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ดัดแปลง จาก วรรณิกา สัมฤทธิ์ (2548:109) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งลักษณะของข้อความเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) โดยมี 3 ระดับคือ เห็นด้วย, ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย คำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับคือ

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของตนเองมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อ เกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของตนเองหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของตนเอง

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

ข้อความที่เป็นบวก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 และ 7

ข้อความที่เป็นลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5 และ 6

การแปลผลระดับเจตคติในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ใช้ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 3.00 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 เจตคติต่อการใช้อาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อยู่ในระดับดี  
 1.67 – 2.33 เจตคติต่อการใช้อาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อยู่ในระดับปานกลาง  
 1.00 – 1.66 เจตคติต่อการใช้อาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อยู่ในระดับไม่ดี

โดยใช้เกณฑ์การแบ่งความกว้างของช่วงระดับจากสูตรของคานิล (Daniel, 1995 : 19) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในแต่ละระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามส่วนนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 2001 ) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดกับวัยแรงงานมากที่สุด ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ครอบครัวของวัยแรงงาน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวนคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งลักษณะของข้อความเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale ) โดยมี 3 ระดับคือ เห็นด้วย, ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ

เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจข้อความนั้นว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของตนเองหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับการมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของตนเอง

## เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3
ทุกข้อมีความหมายเชิงบวก		

การแปลผลระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 3.00 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

- 1.00 - 1.67 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย
- 1.68 - 2.35 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
- 2.36 - 3.00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

โดยใช้เกณฑ์การแบ่งความกว้างของช่วงระดับจากสูตรของคานีล (Daniel, 1995 : 19) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนนในแต่ละระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} \\
 &= \frac{3 - 1}{3} \\
 &= 0.66
 \end{aligned}$$

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามเกี่ยวกับ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งลักษณะของข้อความที่เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) โดยมี 3 ระดับคือ เห็นด้วย, ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย คำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ

เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจข้อความนั้นว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึก  
เกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

ข้อความที่เป็นบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6 และ 7

ข้อความที่เป็นลบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 8

การแปลผลระดับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ใช้ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 3.00 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

1.00 - 1.67	หมายถึง	ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ อยู่ในระดับน้อย
1.68 - 2.35	หมายถึง	ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์อยู่ ในระดับปานกลาง
2.36 - 3.00	หมายถึง	ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ อยู่ในระดับมาก

โดยใช้เกณฑ์การแบ่งความกว้างของช่วงระดับจากสูตรของคานีล (Daniel, 1995 : 19) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในแต่ละระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$



ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความถูกต้องของพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) หลักการใช้ยา 2) การเก็บรักษา ยา และ 3) การสังเกตอาการแพ้ยา ประกอบด้วยคำถามปลายปิดให้เลือกตอบตามระดับการปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติบ่อยครั้ง/เป็นประจำ	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งในการใช้ยา
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้งในการใช้ยา
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เลยในการใช้ยา

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง/เป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติปานกลาง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

ข้อความที่เป็นบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 , 4 , 10 , 12 , 13 , 14 และ 15

ข้อความที่เป็นลบ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 , 2 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 และ 11

การแปลผลพฤติกรรมการใช้ยา ใช้ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.00 – 2.00 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

0.00 - 0.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง อยู่ในระดับน้อย
0.67 - 1.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง
1.34 - 2.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง อยู่ในระดับสูง

โดยใช้เกณฑ์การแบ่งความกว้างของช่วงระดับจากสูตรของคานีล (Daniel , 1995 : 19) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในแต่ละระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} \\ &= \frac{2 - 0}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

## 2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดโครงสร้าง ขอบเขต และข้อความในข้อของแบบสอบถาม

2.2 ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความชัดเจนของภาษาเพื่อให้ตรงตามโครงสร้างของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในด้านพฤติกรรมกรใช้ยาของวัยแรงงาน

### 2.3 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉพาะทางสาขาระบาดวิทยา	1	ท่าน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	1	ท่าน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	1	ท่าน

หลังจากที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ด้วยดัชนีความสอดคล้อง (CVI , IOC) แล้วนำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมข้อความในแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมทางด้านภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา เรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

### 2.4 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมกรใช้ยาของวัยแรงงาน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มวัยแรงงานที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ในเขตอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี แล้วนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2544: 210)

$$\alpha = n / (n-1) \left[ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

โดย

$$\alpha = \text{สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น}$$

$$N = \text{จำนวนข้อทั้งหมดในแบบสอบถาม}$$

$$\sum s_i^2 = \text{ผลรวมความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ}$$

$$s_t^2 = \text{ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด}$$

โดยมีรายละเอียดของแต่ละชุดของแบบสอบถามดังนี้

2.4.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ความรู้การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของ  
วัยแรงงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

2.4.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ เจตคติ การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของ  
วัยแรงงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

2.4.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

2.4.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยา มีค่าความเชื่อมั่น  
เท่ากับ 0.87

2.4.5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน มีค่าความเชื่อมั่น  
เท่ากับ 0.86

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มการดำเนินการวิจัยจนกระทั่งนำเสนอ  
ผลการวิจัย กล่าวคือ ในการขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการ  
การสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลซึ่งนำเสนอในภาพรวม พร้อมทั้งอธิบายให้  
กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตามแบบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผู้วิจัย  
อ่านให้ฟัง หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมหรือรู้สึกลำบากใจในการตอบแบบสอบถามต่อไปสามารถยุติ  
การให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ในระหว่างสอบถามผู้ตอบมีอิสระในการตัดสินใจเลือกที่  
จะตอบ หรือไม่ตอบก็ได้ รวมทั้งสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ และขอข้อมูลกลับได้  
ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามซักถามและอธิบาย  
เพิ่มเติมจนกว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะเข้าใจ และให้เวลาผู้ตอบแบบสอบถามในการคิดทบทวนก่อน  
ตัดสินใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่านมะขามเตี้ย สาธารณสุขอำเภอค่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่เลือกไว้ที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเองสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยอธิบาย วิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ประเมินความพร้อม ในการให้ข้อมูล แล้วจึงอ่านข้อความในแบบสอบถาม แต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างฟัง จนเข้าใจชัดเจน แล้วตอบคำถามตามตัวเลือก ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 - 40 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม ถ้าไม่สมบูรณ์หรือถูกต้อง ผู้วิจัยจะไปพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามใหม่อีกครั้ง
5. นำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด มารวบรวมจัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจความสมบูรณ์ ความถูกต้อง แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำไปลงรหัสทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อตอบวัตถุประสงค์ และสมมติฐานที่ตั้งไว้ มีขั้นตอน รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้มีการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เจตคติการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ โดยใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่าง ความรู้การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เจตคติการใช้ยาต้านอักเสบที่

ไม่ใช่สตีรอยด์ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ แรงสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์

3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ ความรู้การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ เจตคติการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ แรงสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)



*Christian University of Thailand*

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยแรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 200 คน ระหว่างช่วงเดือนมกราคม 2553 ถึง กุมภาพันธ์ 2553 ซึ่งผลการศึกษานำเสนอในรายละเอียดด้วยตารางประกอบการบรรยายแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้ ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของวัยแรงงาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ โรคประจำตัว (n = 200)

ลักษณะประชากร		จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	117	58.5
	หญิง	83	41.5
อายุ (ปี)			
	21-40	132	66.0
	41-59	68	34.0
	$\bar{x} = 37.70$	S.D. = 9.16	Max = 59
			Min = 22
สถานภาพสมรส			
	คู่	120	60.0
	โสด	42	21.0
	หม้าย	20	10.0
	หย่า	18	9.0
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	156	78.0
	มัธยมศึกษา	24	12.0
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวศ.ต้น	19	9.5
	ปริญญาตรี	1	0.5
อาชีพ			
	ทำสวน/ทำนา/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์	92	46.0
	รับจ้างทั่วไป	52	26.0
	ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว	33	16.5
	ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	18	9.0
	ทำงานบ้าน / แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3	1.5
	รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	2	1.0

## ตารางที่ 2 ต่อ

ลักษณะประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	126	63.0
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	32	16.0
โรคความดันโลหิตสูง	21	10.5

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 58.5 ช่วง อายุมากที่สุด 21-40 ปี ร้อยละ 66.0 โดยมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 21.0 ซึ่งสำเร็จการศึกษาในระดับศึกษามากที่สุด ร้อยละ 78.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 46.0 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.0 และ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.0 รองลงมาคือ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 16.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความถูกต้องของความรู้ ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จำแนกตามรายชื่อ (n = 200)

ความรู้	$\bar{x}$	S.D	ระดับ ความถูกต้อง
1. หลังการรับประทานยาแก้ปวดข้อ.....	0.55	0.50	ปานกลาง
2. เมื่อรับประทานยาแก้ปวดข้อ.....	0.54	0.50	ปานกลาง
3. เมื่อมีอาการปวดเมื่อย.....	0.53	0.50	ปานกลาง
4. ก่อนใช้ยาควร.....	0.53	0.50	ปานกลาง
5. ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	0.47	0.49	ปานกลาง
6. การรับประทานยา.....	0.46	0.50	ปานกลาง
7. การรับประทานยา.....	0.46	0.50	ปานกลาง
8. ควรเก็บรักษา.....	0.45	0.49	ปานกลาง
9. การรับประทานยา.....	0.45	0.49	ปานกลาง



### ตารางที่ 3 ต่อ

ความรู้	$\bar{x}$	S.D	ระดับ ความถูกต้อง
10. ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	0.45	0.49	ปานกลาง
11. เมื่อมีอาการปวด.....	0.42	0.49	ปานกลาง
12. ยาประเภทแคปซูล.....	0.34	0.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 ความรู้ ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีความถูกต้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ หลังการรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อต้องดื่มน้ำตามมากๆ ( $\bar{X} = 0.55$ , S.D.= 0.50) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ เมื่อรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อไปนานๆทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ( $\bar{X} = 0.54$ , S.D.= 0.50) และ เมื่อมีการปวดเมื่อยบริเวณเดิมสามารถนำยาที่เคยรับประทานมาใช้ใหม่ได้(ซึ่งเป็นข้อคำถามทางลบในแบบสอบถาม) ( $\bar{X} = 0.53$ , S.D.= 0.50) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ยาประเภทแคปซูลเวลารับประทานไม่ควรแกะแคปซูลออก ( $\bar{X} = 0.34$ , S.D.= 0.47)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของเจตคติต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จำแนกตามรายข้อ (n = 200)

เจตคติ	$\bar{x}$	S.D	ระดับ เจตคติ
1. ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	2.35	0.80	ปานกลาง
2. ยาตามคำบอกเล่า.....	2.26	0.91	ปานกลาง
3. คนที่มีอาการปวด.....	2.19	0.90	ปานกลาง
4. ไม่จำเป็นต้องอ่าน.....	2.15	0.91	ปานกลาง
5. คนที่รับประทานยา.....	2.12	0.81	ปานกลาง
6. ควรหลีกเลี่ยงการใช้.....	2.03	0.79	ปานกลาง
7. ยาชุดมีประสิทธิภาพ.....	1.34	0.64	ต่ำ

จากตารางที่ 4 เจตคติในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีความถูกต้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อไม่ใช่ยาอันตรายสามารถรับประทานโดยไม่เกิดผลเสียต่อร่างกาย(ซึ่งเป็นข้อคำถามทางลบในแบบสอบถาม) ( $\bar{X} = 2.35, S.D. = 0.80$ ) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ ยาตามคำบอกเล่าหรือโฆษณา ส่วนใหญ่เป็นยาแรงใช้แล้วเห็นผลดี (ซึ่งเป็นข้อคำถามทางลบในแบบสอบถาม) ( $\bar{X} = 2.26, S.D. = 0.91$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ยาชุดมีประสิทธิภาพในการรักษามากกว่ายาที่แพทย์สั่ง(ซึ่งเป็นข้อคำถามทางลบในแบบสอบถาม) ( $\bar{X} = 1.34, S.D. = 0.64$ )

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จำแนกตามรายข้อ (n = 200)

	แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	S.D	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม
1. คนในครอบครัวช่วย.....	2.49	0.85	ปานกลาง	
2. คนในครอบครัวนำ.....	2.44	0.87	ปานกลาง	
3. คนในครอบครัวช่วย.....	2.33	0.85	ปานกลาง	
4. คนในครอบครัวคอย.....	2.33	0.93	ปานกลาง	
5. คนในครอบครัวคอย.....	2.30	0.89	ปานกลาง	
6. ท่านได้รับคำชมเชย.....	1.96	0.96	ปานกลาง	
7. คนในครอบครัวช่วย.....	1.92	0.77	ปานกลาง	
8. ท่านได้รับคำปลอบ.....	1.90	0.94	ปานกลาง	
9. คนในครอบครัวคอย.....	1.73	0.87	ปานกลาง	

จากตารางที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีความถูกต้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ คนในครอบครัวช่วยจัดเตรียมที่เก็บยาได้เหมาะสมและเป็นสัดส่วน ( $\bar{X} = 2.49, S.D. = 0.85$ ) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ คนในครอบครัวนำเอกสาร

เกี่ยวกับอันตรายหรือวิธีการใช้ยามาให้ท่านอ่าน ( $\bar{X} = 2.44$ , S.D.= 0.87) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ คนในครอบครัวคอยเตือนให้ท่านดื่มน้ำมากๆ ( $\bar{X} = 1.73$ , S.D.= 0.87)

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จำแนกตามรายข้อ (n = 200)

ความสามารถในการเข้าถึงยา	$\bar{x}$	S.D	ระดับ ความสามารถใน การเข้าถึงยา
1. ขั้นตอนในการรับยา.....	2.35	0.87	ปานกลาง
2. สามารถขอรับยา.....	2.29	0.87	ปานกลาง
3. สามารถซื้อยา.....	2.15	0.94	ปานกลาง
4. การเดินทาง.....	2.15	0.95	ปานกลาง
5. สามารถขอรับ.....	2.15	0.90	ปานกลาง
6. สามารถขอรับ.....	2.13	0.90	ปานกลาง
7. การที่ร้านค้า.....	2.11	0.88	ปานกลาง
8. สามารถซื้อยา.....	2.02	0.95	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีความสามารถในการเข้าถึงยาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ขั้นตอนในการรับยาจากสถานบริการสุขภาพไม่ยุ่งยากซับซ้อน ( $\bar{X} = 2.35$ , S.D.= 0.87) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ สามารถขอรับยาได้ฟรีจากสถานบริการโดยใช้สิทธิ์ตามสวัสดิการการรักษาพยาบาล เช่น สิทธิบัตรทอง สิทธิประกันสังคม ( $\bar{X} = 2.29$ , S.D.= 0.87) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ สามารถซื้อยาได้ตามกำลังทรัพย์ที่ท่านมีจากร้านขายยาในหมู่บ้าน ( $\bar{X} = 2.02$ , S.D.= 0.95)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่  
สเตียรอยด์จำแนกตามรายชื่อ (n = 200)

พฤติกรรมการใช้ยา	$\bar{x}$	S.D	ระดับของ พฤติกรรมการใช้ยา
<b>หลักในการใช้ยา</b>			
1. ซื้อยาแก้ปวดข้อ.....	1.79	0.61	ปานกลาง
2. ก่อนใช้ยาแก้ปวดข้อ.....	1.75	0.66	ปานกลาง
3. ซื้อยาแก้ปวดข้อ.....	1.70	0.71	ปานกลาง
4. ยาที่ระบุให้.....	1.66	0.74	ปานกลาง
5. เพิ่มปริมาณยาเอง.....	1.61	0.78	ปานกลาง
6. รับประทานยา.....	1.39	0.90	ปานกลาง
7. ซื้อยารับประทาน.....	1.37	0.92	ปานกลาง
8. ท่านรับประทานยา.....	1.37	0.93	ปานกลาง
9. ท่านนำยาแก้ปวดข้อ.....	1.05	0.98	ปานกลาง
10. ท่านจะยาเก็บยา.....	0.94	0.99	ปานกลาง
11. ท่านเพิ่ม.....	0.88	0.99	ปานกลาง
<b>หลักการเก็บรักษา</b>			
12. ท่านเก็บรักษา.....	1.05	0.98	ปานกลาง
13. ท่านวางยา.....	1.02	0.99	ปานกลาง
<b>หลักการสังเกตยาและอาการแพ้ยา</b>			
14. ท่านสังเกต.....	1.07	0.98	ปานกลาง
15. ท่านสังเกตอาการ.....	0.92	0.99	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายชื่อพบว่า มีความถูกต้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การซื้อยาแก้ปวดข้อและกลัมน้ำร้อนรับประทานเมื่อเกิดอาการปวดเมื่อย ( $\bar{X}$  =1.79, S.D.= 0.61) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ ก่อนใช้ยาแก้ปวดข้อและกลัมน้ำร้อนอ่านคำแนะนำ

บนจลาจลาและปฏิบัติตามคำแนะนำ ( $\bar{X} = 1.75$ , S.D.= 0.66) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ เพิ่มจำนวนมือตัวเอง เมื่อมีอาการปวดเมื่อยมากขึ้น ( $\bar{X} = 0.88$ , S.D.= 0.99)

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความถูกต้องของพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 200)

พฤติกรรมการใช้ยา	$\bar{x}$	S.D	ระดับความถูกต้อง
พฤติกรรมการใช้ยารายด้าน			
หลักการใช้ยา	1.40	0.26	สูง
หลักการเก็บรักษา	1.03	0.74	ปานกลาง
หลักการสังเกตยาและอาการแพ้ยา	0.99	0.79	ปานกลาง
พฤติกรรมการใช้ยาโดยรวม	1.29	0.20	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความถูกต้องของพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.29$ , S.D.= 0.20) เมื่อแยกพิจารณาระดับความถูกต้องของพฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความถูกต้องของพฤติกรรมการใช้ยาด้านหลักการใช้ยาสูงสุด ( $\bar{X} = 1.40$ , S.D.= 0.26) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความถูกต้องของพฤติกรรมใช้ยาด้านหลักการสังเกตยาและอาการแพ้น้อยที่สุด ( $\bar{X} = 0.99$ , S.D.= 0.79)

**ส่วนที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มปัจจัยนำ กลุ่มปัจจัยเสริม กลุ่มปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์

**ตารางที่ 9** ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มปัจจัยนำ กลุ่มปัจจัยเสริม กลุ่มปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ ( n = 200 )

ตัวแปร	r	p-value
กลุ่มปัจจัยนำ		
ความรู้ในการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์	0.761**	0.000
เจตคติต่อการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์	0.566**	0.000
กลุ่มปัจจัยเสริม		
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.745**	0.000
กลุ่มปัจจัยเอื้อ		
ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์	0.704**	0.000

p-value < 0.01\*\*

*Christian University of Thailand*

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มปัจจัยที่ศึกษาพบว่า

กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ในการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.01 (r=0.761 , p-value = 0.000) และเจตคติต่อการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.01 (r=0.566 , p-value = 0.000)

กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.01 (r = 0.745 , p-value = 0.000)

กลุ่มปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอีเบสที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.01 (r = 0.704 , p-value = 0.000)

#### ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของวัยแรงงาน

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนาย กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ตัวทำนาย	b	Beta	t	p-value
กลุ่มปัจจัยนำ				
ความรู้ในการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์	.444	.346	7.818	0.000
เจตคติต่อการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์	.355	.192	5.154	0.000
กลุ่มปัจจัยเสริม				
แรงสนับสนุนทางสังคม	.403	.326	7.505	0.000
กลุ่มปัจจัยเอื้อ				
ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์	.477	.250	5.851	0.000
Constant a = 1.537	R =	0.889	R <sup>2</sup> =	0.791
	Adjust R square =	0.786	F =	184.20

จากตารางที่ 10 จากการศึกษาพบว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน เมื่อทดสอบตัวทำนาย พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ คือ กลุ่มปัจจัยนำได้แก่ ความรู้ในการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ เจตคติต่อการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ กลุ่มปัจจัยเสริมได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มปัจจัยเอื้อได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ โดยสามารถร่วมกัน ทำนายความผันแปร ของพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ ได้ร้อยละ 79.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถสร้างสมการการทำนายพฤติกรรม การใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } \square = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4$$

เมื่อ = พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ (Behavior)

a = ค่าคงที่ (Constant value 1.537)

b<sub>1</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความรู้ในการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไม่ใช่สตีรอยด์(0.444)

$b_2$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของเจตคติต่อการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์(0.355)

$b_3$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (0.477)

$b_4$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ (0.403)

$x_1$  = ความรู้ ในการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์

$x_2$  = เจตคติต่อการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์

$x_3$  = แรงสนับสนุนทางสังคม

$x_4$  = ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์

สมการที่ได้คือ

พฤติกรรมการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ = 1.537+ 0.444 (ความรู้ ในการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์) + 0.355 (เจตคติต่อการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์) + 0.403 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 0.477 (ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์)

Christian University of Thailand

Behavior = 1.537+ 0.444 ( Knowledge) + 0.355 (Attitude) + 0.403 (Reinforcing factor) + 0.477 (Enabling factor)

จากสมการแสดงว่า กลุ่มปัจจัยนำคือ

ความรู้ ในการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรม การใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.444 หมายความว่าเมื่อคะแนน ความรู้ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.444

เจตคติต่อการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.355 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนเจตคติต่อการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการใช้จ่ายด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.355



กลุ่มปัจจัยเสริมคือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.403 หมายความว่าเมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ จะเพิ่มเท่ากับ 0.403

กลุ่มปัจจัยเอื้อคือความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.477 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ จะเพิ่มเท่ากับ 0.477 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรม การใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z(\text{พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์}) = 0.346 (Z \text{ ความรู้ในการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์}) + 0.192 (Z \text{ เจตคติต่อการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์}) + 0.326 (Z \text{ แรงสนับสนุนทางสังคม}) + 0.250 (Z \text{ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์})$$

#### สรุป

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ในการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ เจตคติต่อการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนั้นยังพบว่า ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ กลุ่มปัจจัยนำ คือความรู้ เจตคติ กลุ่มปัจจัยเสริมคือ แรงสนับสนุนทางสังคม และ กลุ่มปัจจัยเอื้อคือ ความสามารถในการเข้าถึงยา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮีโอบที่ไมใช่สตีรอยด์ ได้ ร้อยละ 79.1

## บทที่ 5

### อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน ประชากรในการศึกษาได้แก่ วัยแรงงานในอำเภอคำม่วนจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 200 คน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป คะแนนความรู้ ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ คะแนนเจตคติ ต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ คะแนนกลุ่มปัจจัยเสริม คะแนนกลุ่มปัจจัยเอื้อ โดยรวม และวิเคราะห์รายข้อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มปัจจัยนำ กลุ่มปัจจัยเสริม กลุ่มปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของวัยแรงงาน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ ผลการศึกษาสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐาน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

**วัตถุประสงค์ที่ 1** ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า วัยแรงงานมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.31, S.D. = 0.46$ ) จำแนกตามรายด้าน ได้ดังนี้

**พฤติกรรมการใช้ยาต้านหลักในการใช้ยาถูกต้อง** ของวัยแรงงานส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับสูง ( $\bar{X} = 1.40, S.D. = 0.26$ ) (ตารางที่ 8) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีหลักการ ใช้ยาถูกต้องระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การซื้อยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ มารับประทานเมื่อเกิดอาการปวดเมื่อย ( $\bar{X} = 1.79, S.D. = 0.61$ ) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ ก่อนใช้ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้ออ่านคำแนะนำบนฉลากยาและปฏิบัติตามคำแนะนำ

( $\bar{X} = 1.75$ , S.D. = 0.66) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ เพิ่มจำนวนมือขาเอง เมื่อมีอาการปวดเมื่อยมากขึ้น ( $\bar{X} = 0.88$ , S.D. = .99) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จะกระทำ หรือปฏิบัติ เมื่อมีอาการผิดปกติ หรือเจ็บป่วย ในการแสวงหาวิธีการรักษาตนเอง และการรักษาสุขภาพ ( พรทิพย์ เจริญสุขชน, 2543:6 ) ด้วยการซื้อยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ มารับประทานเอง เมื่อเกิดอาการปวดเมื่อย โดยไม่ผ่านคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ( ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542:14) แต่ยังสามารถเห็นได้ว่าการรับประทานยาจะไม่รับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จากการที่ซื้อยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อเมื่อเกิดอาการปวดเมื่อยขึ้นเท่านั้น และมีการอ่านคำแนะนำบนฉลากยาและปฏิบัติตามคำแนะนำ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกรู้จักคิด มีความรู้ มีความเข้าใจ ในการกระทำ หรือพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติว่ามีผลดีต่อสุขภาพตนเอง และเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมนั้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนอย่างถูกต้อง และมีแนวโน้มจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนพฤติกรรมการเพิ่มจำนวนมือขาเอง เมื่อมีอาการปวดเมื่อยมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 0.88$ , S.D. = 0.99) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องทำงาน รับผิดชอบครอบครัว ในการเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว อีกทั้งปัญหาภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของร่างกาย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยในการช่วยบรรเทาหรือรักษาอาการเจ็บป่วยให้สามารถทำงานได้ดั้งเดิมและอย่างโดยเร็วจึงเพิ่มจำนวนมือขาเอง เมื่อมีอาการปวดเมื่อยมากขึ้น

## Christian University of Thailand

**พฤติกรรมการใช้ยาต้านหลักการเก็บรักษา** ของวัยแรงงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.03$ , S.D. = 0.74) (ตารางที่ 8) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีหลักการ ใช้ยาถูกต้องระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การเก็บรักษาไว้ในตู้เก็บหรือภาชนะที่แห้ง ซึ่งอยู่สูงและไม่โดนแสงแดด ( $\bar{X} = 1.05$ , S.D. = 0.98) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การวางยารับประทานแยกจากยาที่ใช้ภายนอก ( $\bar{X} = 1.02$ , S.D. = 0.99) อธิบายได้ว่าการเก็บยาไว้นานหรือเก็บไม่ถูกวิธีเมื่อนำมาใช้ ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพหรือยาหมดอายุแล้ว (Reiss and Evans, 1993:4) วัยแรงงานจึงมีความกลัวต่อการเจ็บป่วยและการตาย (Birren, J.E. and Ronner, V.J., 1977: 4-5) เนื่องจากการเก็บรักษาไม่ถูกต้องส่งผลให้ยาเสื่อมคุณภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เพิ่มเติมหรือตายได้ และจากการวางยารับประทานแยกจากยาที่ใช้ภายนอกแสดงให้เห็นว่า เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการหยิบยามาใช้ในทางที่ผิด ซึ่งอาจทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องลำบากจากการขาดเสาหลักของครอบครัวในการหารายได้ หรือเลี้ยงดู ดูแลครอบครัว ดังนั้นวัยแรงงานจึงเก็บรักษาอย่างถูกวิธีและวางยารับประทานแยกจากยาที่ใช้ภายนอก เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยหรือตายจากการใช้ยาเสื่อมคุณภาพ และการหยิบยาผิด

พฤติกรรมการใช้ยาต้านหลักการสังเกตยาและอาการแพ้ยา ของวัยแรงงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 0.99$ , S.D.= 0.79) (ตารางที่ 8) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีหลักการใช้ยาถูกต้องระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การสังเกตลักษณะสีของยาก่อนใช้ทุกครั้งและไม่ใช้ยาที่มีลักษณะสีเปลี่ยนไป ( $\bar{X} = 1.07$ , S.D.= 0.98) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังจากใช้ยา เช่น ผื่นคันตามผิวหนัง บวม คลื่นไส้ อาเจียน ( $\bar{X} = 0.92$ , S.D. = 0.99) อธิบายได้ว่าวัยแรงงานมีการสังเกตลักษณะสีของยาก่อนใช้ทุกครั้งและไม่ใช้ยาที่มีลักษณะสีเปลี่ยนไป แสดงว่าปัญหาจากการใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพหรือยาหมดอายุแล้ว (Reiss and Evans, 1993:4) วัยแรงงานทราบดีว่ายาที่เปลี่ยนสีจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายขึ้นได้

**วัตถุประสงค์ที่ 2** ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน

**สมมติฐานที่ 1** ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง และเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาในประชาชนวัยแรงงาน

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มีความสัมพันธ์เชิงเส้นทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ( $r = 0.761$ ) ( ตารางที่ 9 ) ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ที่ว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นไปในลักษณะคล้ายตามกันหรือมีทิศทางเดียวกัน นั่นคือหากวัยแรงงาน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในระดับมาก จะมีพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในระดับมากด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Schwartz(1975:28) ที่กล่าวว่าความรู้เป็นพื้นฐานในการแปลผลการรับรู้สิ่งเร้าต่างๆ ความรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ความเข้าใจ การคิด การไตร่ตรอง ตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง และความรู้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลได้รับรู้และจดจำเอาไว้ อีกทั้งบลูมและคณะยังกล่าวไว้ว่า ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการระลึกเรื่องราวเฉพาะหรือทั่วไปออกมาได้ถูกต้อง ความรู้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลได้รับรู้ และจดจำเอาไว้ (Bloom, 1975:62-82) สอดคล้องกับ การศึกษาของ กัญญา บุตรจันทร์ (2542) ได้ทำการศึกษา ความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้

สตรีรอยด์ในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมีความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ( $r = 0.156$ ) และทั้ง จักรภพ ชันทะวงศ์ (2542:102) พบว่า ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก และสมศรี เจริญพิชิตนันท์ (2543:94) พบว่าความรู้กับการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กันทางบวก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ยศชาติ ณ นคร (2545:87) ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของนักเรียน รวมถึงปรีชา วงศ์ทิพย์และทิพรัตน์ มณีเลิศ (2542) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรค พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนจึงชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ( $r = 0.48$ ) จากความสัมพันธ์ที่พบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบด้านความรู้ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ นั่นหมายความว่า ความรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยนำ ในกรอบแนวคิดของกรีนและ ครูเทอร์ (Green and Kreuter, 1991:24) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างด้วย

จากการศึกษาพบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง ( $r = 0.566$ ) (ตารางที่ 9) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ที่ว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อธิบายได้ว่า เจตคติเป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นในสังคมอีกลักษณะหนึ่ง ที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสังคม เจตคติเป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของบุคคล (Bloom, 1975: 62-82) และวัฒนธรรมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเจตคติของบุคคล แต่ละสังคมจะมีวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดแบบแผน เพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตของคนในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ พรทิพย์ เจริญสุขน (2543) พบว่า เจตคติในการใช้ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบันของประชาชนมีผลต่อการปฏิบัติ กระณิกา สัมฤทธิ์ (2548) พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 สมศรี เจริญพิชิตนันท์ (2543) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดในระดับดี นักเรียนหญิงนักเรียนชายมีเจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดแตกต่างกัน ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะลดหรือเพิ่มขึ้น เจตคติเป็นส่วนสำคัญ ยิ่งในการส่งเสริม ให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งเกิดจากความรู้สึภายในก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Shaw and Wright, 1967 : 6 - 9)

## สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเสริมได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ในประชาชนวัยแรงงาน

จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา  
ด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง ( $r = 0.745$ ) (ตารางที่ 9) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตาม  
สมมติฐานของการวิจัย ที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อธิบาย  
ได้ว่า ครอบครัวมีส่วนและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของกลุ่ม  
ตัวอย่าง ในการให้การสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีซึ่ง  
สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วลิดา สักดิ์บัณฑิตสกุล(2541) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มี  
ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการ  
สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก พิจารณารายด้าน  
พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ด้านการยอมรับ  
และเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงานและบริการทางการแพทย์อยู่ใน  
ระดับค่อนข้างมาก และด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง น้ำทิพย์ มะลิ (2544)  
พบว่า การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพของผู้สูงอายุ นวพรรษ วุฒิชัยธรรม (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วม  
ทางด้านร่างกาย วัตถุ ด้านจิตใจ/อารมณ์และสังคม จะได้จากครอบครัว เครือข่ายทางสังคมที่  
ผู้สูงอายุใกล้ชิดมากที่สุด คือ ครอบครัว บุศยรา นาคลำภา (2546) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุน  
ทางสังคมจากบุคคลภายในและภายนอกครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของ  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้าน  
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้ร้อยละ 5.30 , 21.70 ,  
39.10 และ 30.30 วาสนา เมืองครุฑ (2547) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนาย  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 59.7 วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล (2547) พบว่า แรง  
สนับสนุนทางสังคมและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนาย  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 47.40 อรชร โวทวี (2548) พบว่า ความรู้สึกมี  
คุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจาก  
บุคคลในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ  
โดยรวมของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 33.5 ชิดชนก ไชยกุล (2549)พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมี  
ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.515$ ) และจากรายงาน  
การวิจัยจำนวนหนึ่งมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม

ใช้ยา โดยสนใจ วินิจกุลและชื่นจิตร โพธิ์พิสุทธิ์ (2540) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาเบาหวานของผู้สูงอายุ และสามารถร่วมกันกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทำนายพฤติกรรมการใช้ยารักษาเบาหวานของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เซเยอร์และคณะ (Sayers et al. 2006) พบว่า ประมาณครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุมีครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องกับ การใช้ยาของเขา โดยเฉพาะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมากที่สุด คือ คู่สมรส ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การตัดสินใจใช้ยา การเตือนให้รับประทานยา การพาไปพบแพทย์ การจัดหายามาไว้ให้ ซึ่งเซเยอร์และคณะ กล่าวว่า ครอบครัวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาจนเป็นเสมือนงานในหน้าที่ที่ต้องทำโดยปกติ (Routine) ไม่มีหลักฐานใดที่แสดงให้เห็นว่า การมีสุขภาพดีจากการใช้ยา ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว คนทุกคนไม่ว่าจะสุขภาพดีหรือไม่ดีล้วนต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์จะช่วยให้คนเห็นคุณค่าในตัวเอง ช่วยลดความเครียด ถ้าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากจะเครียดน้อยและมีสุขภาพดีกว่าคนที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ดังนั้นพฤติกรรมใช้ยาต้านอึกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์จะลดหรือเพิ่มนั้น แรงสนับสนุนเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันจะมีอิทธิพลต่อกัน การรณรงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง จึงต้องอาศัยกลไกที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวเป็นแรงผลักดัน

**สมมติฐานที่ 3** ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอึกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมใช้ยาต้านอึกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอึกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง ( $r = 0.704$ ) (ตารางที่ 9) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ที่ว่ากลุ่มปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะสามารถเข้าถึงแหล่งของยาได้โดยง่าย จะทำให้มีผลกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอึกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์ นั้นแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการใช้ยาต้านอึกเสบที่ไม่ใช่สตีรอยด์จะลดหรือเพิ่มนั้น กลุ่มปัจจัยเอื้อ เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยา แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะสามารถเข้ารับบริการได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และไม่ต้องแบกรับภาระในการเข้ารับบริการและขั้นตอนในการรับยาจากสถานบริการสุขภาพไม่ยุ่งยากซับซ้อนตาม นโยบายการสร้าง

หลักประกันสุขภาพของรัฐบาลที่ต้องการให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา, 2550) และการศึกษาของ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์(2540) พบว่าระยะทางในการเดินทางไปสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ แต่การซื้อยาจากร้านค้าในหมู่บ้าน สะดวก ง่ายกว่าและสามารถบอกความต้องการตัวยาได้ตามความต้องการ เนื่อง จากการที่ไม่ต้องยื่นบัตรและต้องตอบข้อซักถามอาการจากเจ้าหน้าที่ทำให้เสียเวลาและรอตรวจนาน ซึ่งสอดคล้องกับ สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2540) ที่ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองจะนิยมซื้อยามารับประทานเอง ร้อยละ 28.2 และ สุรเดช วงอุปปา (2546) ศึกษาพบว่า การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล พบว่า ผู้สูงอายุใช้บริการร้านขายยาถึง ร้อยละ 36.0

**วัตถุประสงค์ที่ 3** ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน

**สมมติฐานที่ 4** ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในประชาชนวัยแรงงาน

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มปัจจัยเอื้อ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 79.1 โดยที่ตัวปัจจัยเกี่ยวกับความรู้เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ ทำนายเป็นตัวแรก และสามารถอธิบาย ความแปรปรวนได้ ร้อยละ 57.9 ( $R^2 = 0.579$ ) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ 2 ที่เข้าสมการ คือ กลุ่มปัจจัยเสริม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเพิ่มขึ้น สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 71.5 ( $R^2 = 0.715$ ) ปัจจัยที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 3 คือ ปัจจัยเอื้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 4.7 อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 76.2 ( $R^2 = 0.762$ ) และปัจจัยสุดท้ายที่เข้าสมการทำนาย คือ เจตคติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 อธิบายความแปรปรวน ได้ร้อยละ 79.1 ( $R^2 = 0.791$ ) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความรู้ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ของกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุดในการศึกษาครั้งนี้



ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามแบบจำลอง PRECEDE - PROCEED ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า สมมติฐานการวิจัยได้รับการสนับสนุน กล่าวคือ ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชากรวัยแรงงาน อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และ เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยา โดยกลุ่มตัวแปรดังกล่าว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชากรวัยแรงงาน อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ได้ร้อยละ 79.1



*Christian University of Thailand*

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการใช้ยา เจตคติต่อการใช้ยา กลุ่มปัจจัยเสริม และกลุ่มปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของวัยแรงงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยแรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 200 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) และวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามในกลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการใช้ยา เจตคติต่อการใช้ยา แบบสอบถามกลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามกลุ่มปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มปัจจัยนำ กลุ่มปัจจัยเสริม กลุ่มปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของวัยแรงงาน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ พร้อมทั้งเลือกตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.0) ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 78.0) ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา/ทำสวน/ทำไร่ (ร้อยละ 46.0) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 26.0) คนส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรค

ประจำตัว (ร้อยละ 63.0) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 16.0)

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เจตคติต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์โดยรวม และมีเจตคติต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3. กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

4. กลุ่มปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่ากลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เจตคติต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ของกลุ่มตัวอย่าง

6. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่เข้าสมการถดถอยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ได้ถึงร้อยละ 79.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เจตคติต่อการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แสดงว่า การส่งเสริมให้วัยแรงงาน มีความรู้และเจตคติ เรื่องยาที่ตนเองรับประทาน โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการเข้าถึงยาเป็นส่วนช่วยสนับสนุน จะมีผลต่อพฤติกรรมในการรับประทานยาของตนเอง ในทางที่ถูกต้องและปลอดภัยเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรนำประโยชน์ส่วนนี้มาเป็นหลักในการดำเนินการ โครงการด้านต่างๆดังต่อไปนี้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสุขภาพในชุมชน เร่งรณรงค์เผยแพร่ให้ความรู้ เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จัดตั้งกลุ่มจิตอาสาในการปลูกจิตสำนึกและเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่ถูกต้อง ให้กับประชาชนให้ครอบคลุมพื้นที่ ส่งเสริมหรือสนับสนุน ให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รวมทั้งเป็นแหล่ง พึ่งพาให้กับประชาชนวัยแรงงาน จัดหาช่องทางการเข้าถึงยาที่ถูกต้อง เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิด พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ในประชาชนวัยแรงงาน ได้ดียิ่งขึ้น พร้อมทั้งจัดทำโครงการพัฒนา สักยภาพผู้บริโภค ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน

### ด้านการบริหาร

จากการศึกษาที่พบว่าวัยแรงงานมีความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคมความสามารถ ในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ อยู่ ในระดับปานกลาง แต่ก็พบว่า การใช้ยาในบางเรื่องยังพร่องอยู่ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการให้ความรู้ และคำแนะนำ สร้างเจตคติที่ดีต่อการใช้ยา พร้อมทั้งส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว มีส่วน สนับสนุนวัยแรงงานในการปฏิบัติ ด้วยการจัดทำหรือกำหนดนโยบายส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ โดยมีการร่วมมือกันของบุคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน โครงการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องของวัยแรงงาน

### ด้านการวิจัย

ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องวิถีชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยมและพฤติกรรมการแสวงหา การรักษาของประชาชนวัยแรงงาน โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่อาจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยแรงงาน โดยการเข้าไปสังเกตและสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทาง ให้ประชาชนมีความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาที่ ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวของประชาชนมีประสิทธิภาพมาก ยิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กาญจนา บุตรจันทร์. (2542). ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านอหิสเบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรรณิกา สัมฤทธิ์. (2548). พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของพนักงานโรงงานเย็บผ้าเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กำพล ศรีวัฒนกุลและอำนวยการ ธิฐาพันธ์. (2545). คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สกายบุ๊ก.
- โกมาตร จึงเสถียรและประชาติ ปกะทา. (2550). สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ: จากปรัชญาสู่ปฏิบัติกาสุขภาพมิติใหม่. นนทบุรี. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- งานเวชสถิติ. (2551). รายงานข้อมูลพื้นฐาน แพ้มชุมชน อำเภอท่ามะขามเตี้ย.
- จักรภพ ชันทะวงศ์. (2542). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนในชุมชนแออัดเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จันทนา มหามงคล. (2547). การทำกิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุใน อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์และจุฬารณ์ สมรูป. (2542). คู่มือการใช้ยา และการจัดการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทบพิชการพิมพ์.
- ชิตชนก ไชยกุล. (2549). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. พยาบาลสาร, 33(3), 94-104.

- ดรัลรัตน์ สุขสำราญ. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อขายจากร้านขายของชำของประชาชน  
ในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. บทความย่อยผลงานวิจัยสาธารณสุขประจำปี 2544:  
โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- เต็มศักดิ์ กทวนิช. (2548). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดเคชั่น.
- นวพรรษ วุฒิชิธรรม. (2545). การสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา  
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านลาด อำเภอบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- นิธินาด เอื้อบัณฑิต และคณะ. (2543). โรคปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และการใช้ยาของประชาชน  
อำเภอหน้าพอง จังหวัดขอนแก่น. บทความย่อยผลงานวิจัยสาธารณสุข ประจำปี 2544:  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- นิภาภรณ์ จัยวัฒน์และไพบุลย์ ดาวสดใส. (2547). การศึกษาประเมินการรับรู้ของประชาชน  
เกี่ยวกับยารักษาและป้องกันโรค : กรณีศึกษา 5 อำเภอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.  
กรุงเทพฯ: กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคร่วม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
กระทรวงสาธารณสุข.
- น้ำทิพย์ มะลิ. ( 2544 ). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต  
อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษา  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร . (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ . กรุงเทพฯ: บริษัทยูเอนด์  
ไออินเตอร์มีเดียจำกัด.
- บุตษรา นาคคำภา. (2545). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบล  
โตนด จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาคหกรรมศาสตร์  
เพื่อพัฒนาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- บุปผา ศิริรัศมี. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในเขตจังหวัดนครปฐม.  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 207. นครปฐม.
- ปราณี อิ่มสมบัติ. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมชมรม  
ผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาบริหาร-  
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ปรีชา วงศ์ทิพย์ และทิพย์รัตน์ มณีเลิศ. (2542). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันขาดสารไอโอดีนของชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่. เอกสารการประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 17 ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปานจันทร์ จ่างแก้ว. (2545). การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. (2530). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- พรทิพย์ เจียมสุชน. (2543). การใช้ยาสามัญประจำบ้านของประชาชน อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรพิมล กิจชัยเจริญ. (2542). การใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อดูแลสุขภาพในครอบครัวของแม่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิไล.
- พิสิฐ วงศ์วัฒนะ. (2551). ยา 2. กรุงเทพฯ: หมอมวลชน.
- เพ็ญศรี แก้วเวฬุ. (2544). ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชน อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ไพโรจน์ พรหมพันใจ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภักดี โพธิศิริ. (2549). 6 สิงหาคม 2549. สัปดาห์เภสัชกรรมครั้งที่ 7. คมชัดลึก.
- ขงยุทธ ประมวลสุข. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังชายเรือนจำจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ยศพงศ์สิทธิ์ แก่นจันทร์. (2551). การใช้ยาที่อยู่ประจำบ้านของประชาชนในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ยศวดี ณ นคร. (2545). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของนักเรียน:  
กรณีศึกษาโรงเรียนวัฒนาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ลือชัย ศรีเงินขวง. (2542). มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาในชุมชน : การพัฒนาองค์ความรู้  
จากทฤษฎีและการวิจัย. โครงการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวง  
สาธารณสุข.
- วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น  
เรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วลิดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล. (2540). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ  
สตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอของจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาล-  
ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ. (2542). การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพทฤษฎีและการ  
ปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา เมืองครุฑ. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2550). สารประชากร, 16 (มกราคม).
- สมใจ วินิจกุล และ ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรง  
สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวกับพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุที่คลินิก  
เบาหวานวชิรพยาบาล. *พยาบาลสาธารณสุข*, 12(1),32-40.
- สมลักษณ์ สิทธิพรหม. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ  
อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิทยาการ  
ระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศรี เจริญพิชิตนันท์. (2543). พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่3ใน  
โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สรารัตน์ สุขสมสิน. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนลำลูกบัว  
จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ  
ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.



- สาตี พิภูลทอง. (2539). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุตา ถือมัน. (2547). ปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลย่านยาว อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาบริหารสาธาณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- สุปรียา ดันสกุล. (2544). กระบวนการเรียนรู้กับการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม( ตุลาคม-ธันวาคม) : 41-49 .
- สุรัชย์ อัญเชิญ. (2546). ยามีบทบาทกับชีวิตประจำวันอย่างไร. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2553. จาก <http://www.pharm.chula.ac.th>.
- สุรเดช วงอุปปา. (2546). การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตร์ สาขาสาธาณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์. (2541). โครงการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาจากการบริจายาเพื่อผู้ป่วยอนาถา. วารสารวิจัยระบบสาธาณสุข, 6(1), 15-24
- สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ. (2540). รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ(พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง). กรุงเทพฯ: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. (2545). การสาธาณสุขไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2548). จดหมายข่าว เรื่อง COX-2 inhibitor: ระวังการใช้และจำหน่ายยา Valdecoxib. 11 เมษายน.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2550). จดหมายข่าว เรื่องการเพิกถอนทะเบียนตำรับยา Lumiracoxib . มีนาคม.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2550).จดหมายข่าว เรื่อง ความเป็นพิษต่อดับของยา Lumiracoxib . 18 กันยายน.
- อนงค์นารถ ชาญเชิงคำ. (2534). การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับยาชุดของผู้ขับชีสามล้อรับจ้างในอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี. ภาคนิพนธ์สาธาณสุขศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรชร โวทวิ. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อรรรรณ พุ่มพวง. (2551). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อักษร สวัสดิ์. (2542). ความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย: กรณีศึกษาในเขตบางกะปิ. ภาคนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัยสถาบัน บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

## ภาษาอังกฤษ

- Ardoin, S.P., Sundry, J.S. (2006). Update on nonsteroidal anti-inflammatory drugs. **Curr Opin Rheumatol**, 18 , 221-26.
- Browne, B.A., Holder, P.R. (1996). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and necrotizing fasciitis. **Am J Health-Syst Pharm** , 53, 265 - 269.
- Bloom, B.S. et al. (1975). **Taxonomy of Educational Objective**, Handbook I: Cognitive Domain. New york: David Macay Company. Lnc.
- Chubon, S.J., Schulz, R.M., Lingle, E.W. and Coster- Schulz, M.A. (1994). Too many medications, too little money: How do patients cope. **Public Health Nursing**, 11(6), 412-415.
- Cobb, S. (1979). Social Support as a Moderator of Life Stress. **Psychosomatic Medicine**, 38 (September – October ), 300 -314.
- Daniel, W.W.(1995). **Biostatistics : A Foundation of Analysis in the Health Sciences**. 6<sup>th</sup> ed. Singaproee : John Wilth and Sons.
- Geest. (1987). Self – care and The Informal Sale of Drugs in South Cameroon. **Social Science and Medicine**. 25(3): 293.
- \_\_\_\_\_ (1996). The Anthropology of Pharmaceuticals: A Bibliographical Approach. **Annual Review Anthropol**. 25.
- Green, L.W., Krueter , M.W. (1980). **Health Education Planning: A Diagnostic Approach**. California Mayfield Publishing Company.

- \_\_\_\_\_ (1991). **Health Promotion Planning an Educational and Environment Approach**. (2<sup>nd</sup> ed). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- \_\_\_\_\_ (1999). **Health Promotion Planning An Education and Ecological Approach**. (3<sup>rd</sup> ed). Mountain View,CA: Mayfield Publishing Company.
- \_\_\_\_\_ (2005). **Health Promotion Planning An Education and Ecological Approach**. (4<sup>th</sup> ed). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Griffin, M.R. (1998). Epidemiology of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastrointestinal injury. **The American Journal of Medicine**, 104(3A): 23-29.
- Hahn, A.B., Oestreich, S.J., and Barkin, R.L. (1986). **Pharmacology in Nursing** (17<sup>th</sup> ed.) Louis: Mosby.
- Hansen, K.E., Elliott, M.E. (2005). Osteoarthritis. In: Di-Piro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G., Posey, L.M., eds. **Pharmacotherapy: a Pathophysiologic Approach**. 6th ed. New York: Mc-Graw-Hill.
- Hinz, B., Renner B, Brune K. (2007). Drug insight: cyclo - oxygenase - 2 inhibitors - a critical appraisal. **Nat Clin Pract Rheumatol** , 3(October), 552-60.
- Hope, L.R. (1993). **The Effects of at Risk Status on a Students Knowledge, Attitudes and Behavior Concerning Drugs and Alcohol, Self – Esteem, Peer Pressure and Sensation Seeking Tendencies**, Dissertation Abstracts, International.
- House, J.S. (1981). **Work stress and Social Support**. London: Addison - wesley.
- Jankowski, S., Videka - Sherman, L., and Laquidara - Dickinson, K. (1996). Social Support Networks of Confidants to People with AIDS. **Social Work**, 41, 206-213.
- Kasl, S.V., Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior, Health and Illness Behavior. **Achieves of Environmental Health**, 12.
- Kane, C.F. (1998). Family Social Support: Toward a Conceptual Model. **Advance in Nursing Science**, 10(January), 18-25.
- Keplan, B.H., Cassel, J.C., Gore, S. (1997). Social Support and Health. **Medicine Care**, 15 (May), 47-58.
- Langlie, J.K. (1977). Social Networks, Health Beliefs and Preventive Health Behavior. **Journal of Health and Social Behavior**, 18, 244 - 260.

- Lin, S.H., and Lin, M.S. (1993). A Survey on Drug - Related Hospitalization in a Community Teaching Hospital. **International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology**, 31(2), 66-69.
- Mullen, P.D. et al. (1987). Health Behavior Models Compared. **Social Science and Medicine** 24.
- Norbeck, J.S. (1982). The Use of Social Support in Clinical Practice. *Journal Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, 20(4).
- Norbeck, J.S. (1987). Further Development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative Data and Validity Testing. **Nursing Research**, 32(January - February).
- O'Connell, M.B., and Jonhson, J.F.(1992). Evaluation of Medication Knowledge in Elderly Patients. **The Annals of pharmacotherapy**. July - August (26): 19-21.
- Ong, C.S., Lirk, P., Tan, C.H., Seymour, R.A. (2007). An Evidenced - based Update on Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. **Clinical Medicine and Research** , 5(March): 19-34.
- Orlando, A., Marrone, C., Nicoli, N., Tamburello, G., Rizzo, A., Pagliaro, L., et al. (2007). Fatal Necrotizing Fasciitis Associated with Intramuscular Injection of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs after Uncomplicated Endoscopic Polypectomy. **Journal of Infection** , 54 (March), 145 - 148.
- Pender, N.J. (1996). **Health promotion in nursing practice**. 3<sup>nd</sup> ed. Norwalk: Appleton and Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice**. (4<sup>th</sup> ed). Harrisonburg, VA: RR Donnelley.
- Quinn, B.P., Applegate, W.B., Robert, K., Collins, T., Vanderzwaag, R. (1993). Knowledge and Use of Medication in a Group of Elderly Individuals. **Journal of The Tennessee Medical Association**. 76(10), 647-649.
- Reiss,B.S., Evans, M.E. (1993). (4ed). **Pharmacology Aspect of Nursing Care**. Newyork: Delmar.
- Sandra, J., Timothy, S. (2001). **Middle Range Theories**. Application to Nursing Research.
- Sayers, S.L., White, T., Zubaritsky, C., Oslin, D.W. (2006). Family Involvement in the Care of Healthy Medical Outpatients. **Oxford Journals**, 23(3), 317-324.

- Schaefer, C., Coyer, J.C., Lazarus, R.S. (1981). The Health Related Functions of Social Support. In Bomar, P.J. (Ed.), **Nurses and Family Health Promotion**. 2<sup>th</sup> ed. United State of America: W.B. Saunders company.
- Shaw, M.E., Wright, J.N. (1967). **Scale for the Measurement of Attitudes**. New York: McGraw-Hill.
- Stevenson, D.D., ( 2004). Aspirin and NSAID Sensitivity. **Immunol Allergy Clinics of North America**, 24( November), 491- 505.
- Teoh, N.C., Farrell, G.C. ( 2003). Hepatotoxicity Associated with Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs. **Clinical Liver Disease**, 7 (May), 401 - 413.
- Umberson, D. (1987). Family Status and Health Behavior: Social Control as a Dimension of Social Intergration. **Journal of Health and Social Behavior**, 28, 306-319.
- Voyer, P., Cohen, D., Sylvie, L., Collin, J. (2004). Factors Associated with Psychotropic Drug Use among Community – dwelling Older Persons: A Review of Empirical Studies. **BMC Nursing**, 3(1), 3.
- William, S.G., Dipalma, J.A. ( 1992). Medication-induced Digestive System Injury in the Elderly. **Geriatric Nursing**. Jan - Feb. 39 - 42.
- Whittemore, R., Rankin, S.H., Callahan, C.D., Leader, M.C., Carroll, D.L. (2000). The Peer Advisor Experience Proving Social Support. **Qualitative Health Research**, 10, 260-276.
- World Health Organization. (1993). **The Health of Young People a Challenge and a Promise**. Geneva.

*CTU*



ภาคผนวก

*Christian University of Thailand*

CTU



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

*Christian University of Thailand*

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามปีจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนวัยทำงาน

### 1. แพทย์หญิง บัวขาว เชี่ยววิริยะกุล

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษระบาดวิทยา

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี

### 2. นางมาลินี ถิ่นกาญจน์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง  
สาขาเวชปฏิบัติชุมชน )

แผนกงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัด

กาญจนบุรี

### 3. นางสาวสรารัตน์ สุขสมสิน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนตูม อำเภอคอนตูม

จังหวัดนครปฐม

Christian University of Thailand



CTU



ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

*Christian University of Thailand*

### เอกสารพิทักษ์สิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉันนางอณิษฐา ม่วงไหมทอง นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี” ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยดิฉันจะขอสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ขอให้ท่านกรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง ข้อมูลทั้งหมดที่ท่านตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นโดยส่วนรวม ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยในการวิจัยได้ทุกครั้งที่พบกับผู้วิจัย และมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ทันทีที่ท่านต้องการ การตัดสินใจยกเลิกหรือเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่แต่อย่างใด

Christian University of Thailand

ขอแสดงความนับถือ

.....

( นางอณิษฐา ม่วงไหมทอง )

.....

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่าน หรือได้รับการอธิบายตามรายละเอียดข้างบนนี้แล้ว มีความเข้าใจและยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

วันที่.....

CTU



ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

*Christian University of Thailand*

แบบสอบถามเลขที่.....

วันที่.....

### แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ใช้ เพื่อรวบรวมข้อมูล ในการทำวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคม แหล่งข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงแหล่งบริการ และ พฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงาน ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการ ใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของ

วัยแรงงาน

ในการตอบแบบสอบถาม โปรดทำความเข้าใจในแต่ละหัวข้อคำถามและตอบตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หากมีข้อสงสัยประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้จนกว่าจะเข้าใจ

(นาง อณิษฐา ม่วงไหมทอง)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์ วิทยากรงาน โดยการชี้เครื่องหมาย /  
หรือเติมข้อความ ลงในช่องที่ตรงกับการให้ข้อมูล

เพศ  1. ชาย  2. หญิง

อายุ.....ปี

สถานภาพสมรส  1. โสด  2. สมรส  3. หม้าย  4. หย่า

ระดับการศึกษา

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา                     | <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น    |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปกศ.ต้น | <input type="checkbox"/> 4. ปวส./อนุปริญญา/ปวท. |
| <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี                      | <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี    |
| <input type="checkbox"/> 7. ไม่ได้รับการศึกษา              |   |

อาชีพ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ทำการเกษตร               | <input type="checkbox"/> 2. รับจ้างทั่วไป              |
| <input type="checkbox"/> 3. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ  | <input type="checkbox"/> 4. ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน    |
| <input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> 6. ทำงานบ้าน / แม่บ้าน/พอบ้าน |
| <input type="checkbox"/> 7. นักเรียน / นักศึกษา      | <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....            |

โรคประจำตัว

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. โรคระบบทางเดินอาหาร    | <input type="checkbox"/> 2. โรคความดันโลหิตสูง |
| <input type="checkbox"/> 3. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> 4. โรคตับ             |
| <input type="checkbox"/> 5. โรคไต                  | <input type="checkbox"/> 6. โรคหัวใจ           |
| <input type="checkbox"/> 7. ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ    |  |

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ยาต้านฮิสทีรอยด์

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้ โดยให้ตรงกับความเป็นจริงและความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด คำตอบแต่ละคำตอบ มีความหมายดังนี้

ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องตามความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาต้านฮิสทีรอยด์ของตนเองมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นถูกต้องตามความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาต้านฮิสทีรอยด์ของตนเองหรือไม่
ไม่ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้องตามความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาต้านฮิสทีรอยด์ของตนเอง

ผู้สอบถามอธิบายความหมายของแต่ละระดับของความคิดเห็น และอ่านข้อความในแต่ละข้อให้้วย แรงงานฟัง พร้อมทั้งใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบของ้วยแรงงาน

*Christian University of Thailand*

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1.	ก่อนใช้ยาควรอ่าน.....			
2.	ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
3.	การรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
4.	เมื่อรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
5.	การรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
6.	ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
7.	การรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
8.	หลังการรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
9.	เมื่อมีการปวดเมื่อย.....			
10.	เมื่อมีอาการปวด .....			
11.	ควรเก็บรักษายาไว้ในที่แห้ง .....			
12.	ยาประเภทแคลเซียม.....			

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการใช้จ่ายด้านอสังหาริมทรัพย์ที่ไม่ใช่สตีรอยด์

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้ โดยให้ตรงกับความเป็นจริงและความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด คำตอบแต่ละคำตอบ มีความหมายดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับ การใช้จ่ายด้านอสังหาริมทรัพย์ที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของตนเองมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับ การใช้จ่ายด้านอสังหาริมทรัพย์ที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของตนเองหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับ การใช้จ่ายด้านอสังหาริมทรัพย์ที่ไม่ใช่สตีรอยด์ของตนเอง

ผู้สอบถามอธิบายความหมายของแต่ละระดับของความคิดเห็น และอ่านข้อความในแต่ละข้อให้วัยแรงงานฟัง พร้อมทั้งใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบของวัยแรงงาน



ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ยาชุดมีประสิทธิภาพ.....			
2.	ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
3.	คนที่รับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
4.	ไม่จำเป็นต้องอ่านคำแนะนำ.....			
5.	ยาตามคำบอกเล่าหรือโฆษณา .....			
6.	คนที่มีอาการปวดบริเวณเดียวกัน .....			
7.	ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			



*Christian University of Thailand*

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้ โดยให้ตรงกับความเป็นจริงและความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด คำตอบแต่ละคำตอบ มีความหมายดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจข้อความนั้นว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของตนเองหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับการมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของตนเอง

ผู้สอบถามอธิบายความหมายของแต่ละระดับของความคิดเห็น และอ่านข้อความในแต่ละข้อให้วัยแรงงานฟัง พร้อมทั้งใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบของวัยแรงงาน

*Christian University of Thailand*

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1.	<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b> ท่านได้รับคำปลอบโยน.....			
2.	ท่านได้รับคำชมเชย.....			
3.	<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b> คนในครอบครัวคอย.....			
4.	คนในครอบครัวคอย.....			
5.	คนในครอบครัวช่วย.....			
6.	คนในครอบครัวคอย.....			
7.	<b>การสนับสนุนด้านทรัพยากร</b> คนในครอบครัวท่านช่วย.....			
8.	คนในครอบครัวนำ.....			
9.	คนในครอบครัวช่วย.....			

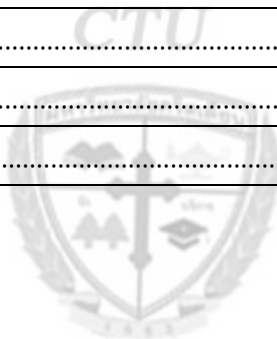
## ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีสตามีนที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้ โดยให้ตรงกับความเป็นจริงและความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด คำตอบแต่ละคำตอบ มีความหมายดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีสตามีนที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจข้อความนั้นว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีสตามีนที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านฮีสตามีนที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ผู้สอบถามอธิบายความหมายของแต่ละระดับของความคิดเห็น และอ่านข้อความในแต่ละข้อให้วัยแรงงานฟัง พร้อมทั้งใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบของวัยแรงงาน

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	การที่ร้านค้าในหมู่บ้านมียาแก้ปวด.....			
2.	ท่านสามารถซื้อยา.....			
3.	ท่านสามารถซื้อยา.....			
4.	ท่านสามารถขอรับยา.....			
5.	ท่านสามารถขอรับยา.....			
6.	การเดินทางในการรับยา.....			
7.	ขั้นตอนในการรับยา.....			
8.	ท่านสามารถขอรับยาเดิม.....			



*Christian University of Thailand*

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของวัยแรงงาน

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้ โดยให้ตรงกับความเป็นจริงและความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด คำตอบแต่ละคำตอบ มีความหมายดังนี้

ปฏิบัติบ่อยครั้ง/เป็นประจำ	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งในการใช้ยา
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้งในการใช้ยา
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เลยในการใช้ยา

CTU

ผู้สอบถามอธิบายความหมายของแต่ละระดับของความคิดเห็น และอ่านข้อความในแต่ละข้อให้วัยแรงงานฟัง พร้อมทั้งใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบของวัยแรงงาน

*Christian University of Thailand*

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	<b>หลักในการใช้ยา</b>			
1.	ท่านซื้อยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
2.	ท่านซื้อยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
3.	ก่อนใช้ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
4.	ยาที่ระบุให้รับประทานหลังอาหาร .....			
5.	ท่านจะรับประทานยา .....			
6.	ท่านเพิ่มปริมาณยาเอง .....			
7.	ท่านเพิ่มจำนวนมียาเอง .....			
8.	ท่านนำยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
9.	ท่านซื้อยารับประทานเองอย่างต่อเนื่อง.....			
10.	ท่านจะเก็บยา.....			
11.	ท่านรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....			
	<b>หลักการเก็บรักษายา</b>			
12.	ท่านเก็บรักษายา.....			
13.	ท่านวางยารับประทาน.....			
	<b>หลักการสังเกตยาและอาการแพ้ยา</b>			
14.	ท่านสังเกตลักษณะสีของยา.....			
15.	ท่านสังเกตอาการผิดปกติ.....			

CTU



ภาคผนวก ง

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective Congruence : IOC)

*Christian University of Thailand*



## ตารางคำนวณค่าดัชนี IOC

### 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ข้อความ	IOC
1. ก่อนใช้ยาควรอ่านฉลากยา.....	1
2. ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
3. การรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
4. เมื่อรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
5. การรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	0.6
6. ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
7. การรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
8. หลังการรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
9. เมื่อมีการปวดเมื่อขบริเวณเดิม.....	1
10. เมื่อมีอาการปวด .....	1
11. ควรเก็บรักษายา.....	1
12. ยาประเภทแคปซูล.....	1

## 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการใช้จ่ายด้านอสังหาริมทรัพย์ที่ไม่ใช่สตรีรอยด์

ข้อความ	IOC
1. ยาหุดมีประสิทธิภาพ.....	1
2. ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
3. คนที่รับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
4. ไม่จำเป็นต้องอ่านคำแนะนำ.....	1
5. ยาดมคำบอกเล่าหรือโฆษณา .....	1
6. คนที่มีอาการปวดบริเวณเดียวกัน .....	1
7. ควรหลีกเลี่ยงการใช้จ่ายแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1

## 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อความ	IOC
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>	
1. ท่านได้รับคำปลอบโยน.....	1
2. ท่านได้รับความชมเชย.....	0.6
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>	
3. คนในครอบครัว.....	1
4. คนในครอบครัวคอย.....	1
5. คนในครอบครัวช่วย.....	1
6. คนในครอบครัวคอย.....	1
<b>การสนับสนุนด้านทรัพยากร</b>	
7. คนในครอบครัว.....	0.6
8. คนในครอบครัวนำ.....	1
9. คนในครอบครัวช่วย.....	1

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ข้อความ	IOC
1. การที่ร้านค้าในหมู่บ้าน.....	1
2. ท่านสามารถซื้อยา.....	0.6
3. ท่านสามารถซื้อยา.....	1
4. ท่านสามารถขอรับยา.....	1
5. ท่านสามารถขอรับยา.....	1
6. การเดินทางในการรับยา.....	1
7. ขั้นตอนในการรับยา.....	1
8. ท่านสามารถขอรับยา.....	1

*Christian University of Thailand*

5. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของวัยแรงงาน

ข้อความ	IOC
<b>หลักในการใช้ยา</b>	
1. ท่านซื้อยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
2. ท่านซื้อยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
3. ก่อนใช้ยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
4. ยาที่ระบุให้รับประทานหลังอาหาร .....	1
5. ท่านจะรับประทานยา .....	1
6. ท่านเพิ่มปริมาณยาเอง .....	0.6
7. ท่านเพิ่มจำนวนมียาเอง .....	0.6
8. ท่านนำยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
9. ท่านซื้อยารับประทานเองอย่างต่อเนื่อง.....	1
10. ท่านจะเก็บยาไว้ในซอง.....	1
11. ท่านรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อ.....	1
<b>หลักการเก็บรักษา</b>	
12. ท่านเก็บรักษา.....	1
13. ท่านวางยา.....	1
<b>หลักการสังเกตยาและอาการแพ้ยา</b>	
14. ท่านสังเกตลักษณะสีของยา.....	1
15. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ.....	1

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางอณิษฐา ม่วงไหมทอง
วัน เดือน ปี เกิด	24 เมษายน 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2532 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและ ผดุงครรภ์(ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลบาราศนราดรุ พ.ศ. 2544 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลบาราศนราดรุ พ.ศ. 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสว่าง อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี