

แนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย
THE PRESCRIPTION DECISION OF THAI HEALTH CARE PROVIDER



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต
วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร.ศิริสุข รักถิ่น อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ สั่งสอน ช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณ บริษัท แอ็บบอต ลาบอแรตอริส จำกัด เป็นอย่างยิ่งสำหรับทุนการศึกษา รวมทั้งความรู้ ประสบการณ์ การอำนวยความสะดวกในการศึกษาด้านต่างๆ เป็นอย่างดี ซึ่งผู้ใหญ่หลายท่านในบริษัท ได้อนุเคราะห์ข้าพเจ้าอย่างดียิ่ง อาทิ Mr.Beucher, Francois ญญ.อมรรัตน์ ฉ่ำแสง ญญ.นภสร อภิชน บัญชา ญญ.อัญชลี ศรีทิพไกว้ลพร และคุณศิริไฉ พิทักษ์สมบัติ ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้ความรักและ กำลังใจเป็นอย่างดียิ่ง และสุดท้ายขอขอบคุณแพทย์และเภสัชกรทุกท่านที่ได้อนุเคราะห์ตอบ แบบสอบถาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยชิ้นนี้จะเกิดประโยชน์ต่อสังคม

ภาณุวัฒน์ หอไทย



แนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย

THE PRESCRIPTION DECISION OF THAI HEALTH CARE PROVIDER

ภาควิชา หอไทย 5850267

กจ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ดร.ศิริสุข รักถิ่น, Ph.D., ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัย วงศ์สุวรรณ,
Ph.D., ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรเกษม กันตามระ, Ed.D.

บทคัดย่อ

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยศึกษาการเลือกสั่งจ่ายยาต้านอาการระว่ง การศึกษานี้ได้ครอบคลุมกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งกลุ่มแพทย์และเภสัชกรประจำร้านขายยา ทำการศึกษาโดยอาศัยแบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลัก จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา 401 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยอาศัยการแบ่งโควตาและความสะดวก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows

ผลจากการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ผลต่อการสั่งจ่ายยากลุ่มยาต้านอาการระว่งได้แก่ ความเอื้อเชิงนโยบาย บรรจุกันชนที่มีผลต่อพฤติกรรมตัดสินใจจ่ายยา ขนาดและความสะดวกในการให้ยา ความเอื้อเชิงนโยบาย ความสัมพันธ์กับบริษัทฯ และการตอกย้ำตราสินค้า มีผลต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย ข้อมูลเชิงวิชาการ การสร้างการรับรู้ ความสัมพันธ์กับบริษัทฯ และความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีผลต่อความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา ข้อมูลเชิงวิชาการ การสร้างการรับรู้ และความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีผลต่อความถี่ในการจ่ายยา รูปแบบการให้ยา การสร้างการรับรู้ การตอกย้ำตราสินค้า ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ และความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์มีผลต่อการบอกต่อ

ข้อสรุปจากงานวิจัยพิสูจน์ว่า ปัจจัยต่างๆ ทั้งในแง่คุณสมบัติของผลิตภัณฑ์และกิจกรรมทางการตลาดของบริษัทฯมีผลต่อพฤติกรรมรูปแบบต่างๆ ในการสั่งจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุข

คำสำคัญ : Health care / Perception / Anti-diarrheal / Thai HCPs / Physician decision making

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.3 ขอบเขตงานวิจัย	6
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	7
1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 ยา, โรคอุจจาระร่วง, ยาต้านอุจจาระร่วง	11
2.2 ทฤษฎีส่วนประสมทางการตลาด	16
2.3 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล	18
2.4 แนวคิดการรับรู้ค่า	20
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารแบบปากต่อปาก	20
2.6 ทฤษฎีความเชื่อมั่นของผู้บริโภค	22
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
ระเบียบวิธีวิจัย	36
3.1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
3.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
3.3 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ	42
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
3.5 การจัดทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	45
3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการทดสอบสมมติฐาน	45
บทที่ 4	
ผลการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล	47
4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	48
4.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ กับตัวแปรตาม	51
4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน	82
บทที่ 5	
สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	101
5.1 สรุปผลการวิจัย	102
5.2 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	107
5.3 ข้อเสนอแนะ	113
5.4 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป	117
บรรณานุกรม	118
ภาคผนวก	123
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	124
ประวัติผู้วิจัย	134

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
2.1	เชื้อก่อโรคหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคท้องเสียหรือท้องร่วง	12
2.2	ยาที่แนะนำโดย European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases (2014) และ NICE guideline (2009) สำหรับรักษาโรคท้องเสียในเด็ก	13
2.3	ผลของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับส่วนผสมทางการตลาด (Marketing-Mix) ต่าง ๆ	17
2.4	ตัวอย่างกิจกรรมที่ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และอุตสาหกรรมยา	31
3.1	ตารางแสดงผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability)	43
4.1	แสดงจำนวน (ความถี่) และค่าร้อยละจำแนกตามลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง	48
4.2	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศที่ 51แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	
4.3	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศ 52	52
	แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	
4.4	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศ 53	53
	ที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	
4.5	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศ 54	54
	ที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา	
4.6	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศ 55	55
	ที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ	
4.7	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุ 56	56
	ที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.8	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย	57
4.9	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	59
4.10	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อความบอຍในการจ่ายยา	60
4.11	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ	61
4.12	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	62
4.13	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างที่ประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย	63
4.14	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	64
4.15	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความบอຍในการจ่ายยา	65
4.16	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ	66
4.17	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	67

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.18	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง ภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูก แรงต้านจากผู้ป่วย	68
4.19	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง ภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	69
4.20	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง ภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความบอຍในการจ่ายยา	70
4.21	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง ภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ	71
4.22	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง รายได้ที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	72
4.23	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง รายได้ที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูก แรงต้านจากผู้ป่วย	73
4.24	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง รายได้ที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	74
4.25	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง รายได้ที่แตกต่างกันต่อความบอຍในการจ่ายยา	75
4.26	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง รายได้ที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ	76
4.27	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่าง จำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาคือต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.28	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	78
4.29	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	79
4.30	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา	80
4.31	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ	81
4.32	แสดงตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยพร้อมอักษรย่อ	82
4.33	แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	85
4.34	แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	86
4.35	แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	88
4.36	แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	89
4.37	แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา	91
4.38	แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา	92

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.39	แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและความถี่ในการจ่ายยา	95
4.40	แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและความถี่ในการจ่ายยา	96
4.41	แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและการบอกต่อ	98
4.42	แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและการบอกต่อ	99
4.43	แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยแบ่งตามกลุ่มย่อย	100
5.1	สรุปกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมหรือมีแนวโน้มในการแสดงออกในพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มอื่น	106

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1 แสดงมูลค่าตลาดยาปี พ.ศ.2559	2
1.2 แสดงอุบัติการณ์การเกิดท้องเสียในประเทศไทยปี พ.ศ.2553 สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี	3
1.3 แสดงมูลค่าตลาดยาต้านจุลชีพประจำปี พ.ศ.2559	5
1.4 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	10
2.1 แบบทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล	19
2.2 แสดงความเชื่อมั่นของผู้บริโภคในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ต่อรูปแบบการสื่อสารต่างๆ	21
2.3 โมเดลความสัมพันธ์ของ Morgan และ Hunt (1994)	23
2.4 forest plot แสดงผลกระทบของการโปรโมททางการตลาดต่อการสั่งจ่ายยาของแพทย์	27
2.5 Model of Relationship Quality ของ Crosby, Evans and Cowles (1990)	29
2.6 Model ของการศึกษาความสัมพันธ์ของ Clark, Vorhies, and Bentley (2011)	30
2.7 ของขวัญที่แพทย์นิยม	32
2.8 Model ของ Rizwan, Vveinhardt, Streimikiene, and Awais (2016)	35
4.1 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อ พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	52
4.2 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อ ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	53
4.3 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อ ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	54
4.4 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อ ความบ่อยในการจ่ายยา	55

สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

รูปภาพ		หน้า
4.5	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ	56
4.6	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกัน ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	57
4.7	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกัน ต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	58
4.8	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกัน ต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	59
4.9	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกัน ต่อความบ่อยในการจ่ายยา	60
4.10	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกัน ต่อการบอกต่อ	61
4.11	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	62
4.12	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	63
4.13	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	64
4.14	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา	65
4.15	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ	66
4.16	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกัน ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	67

สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

รูปภาพ		หน้า
4.17	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกัน ต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	68
4.18	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกัน ต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	69
4.19	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกัน ต่อความบ่อยในการจ่ายยา	70
4.20	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกัน ต่อการบอกต่อ	71
4.21	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรายได้ที่แตกต่างกัน ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	72
4.22	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรายได้ที่แตกต่างกัน ต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	73
4.23	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรายได้ที่แตกต่างกัน ต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	74
4.24	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรายได้ที่แตกต่างกัน ต่อความบ่อยในการจ่ายยา	75
4.25	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรายได้ที่แตกต่างกัน ต่อการบอกต่อ	76
4.26	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษา ต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	78
4.27	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษา ต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรง ดันจากผู้ป่วย	79

สารบัญรูปรภาพ (ต่อ)

รูปรภาพ		หน้า
4.28	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์	80
4.29	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา	81
4.30	กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ	82
4.31	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	84
4.32	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย	87
4.33	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา	90
4.34	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความถี่ในการจ่ายยา	94
4.35	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและการบอกต่อ	97
5.1	กราฟแสดงมูลค่าตลาดกลุ่มยาต้านจุจาะรั่ว ระหว่างปี พ.ศ.2556-2558	103

บทที่ 1

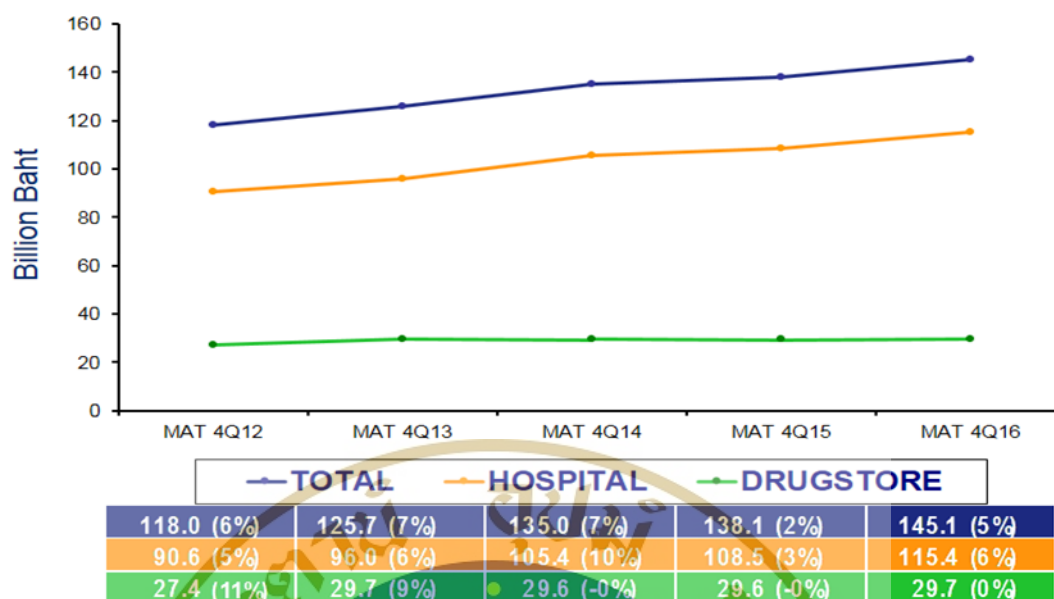
บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยถูกพัฒนาให้มีความก้าวหน้าขึ้นเป็นอย่างมาก ซึ่งทำให้ช่วยแก้ปัญหาด้านสุขภาพพลานามัยของคนในชาติได้มากขึ้น ส่งผลให้กำลังแรงงานและคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศดีขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งการปรับปรุงระบบการเข้าถึงการรักษาให้มากขึ้นซึ่งปัจจุบันประชาชนร้อยละ 99 ได้รับสิทธิการรักษาฟรีซึ่งต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของภาครัฐเป็นหลัก แต่สำหรับประชาชนที่มีรายได้พอสมควรก็สามารถเลือกที่จะเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชน คลินิก หรือแม้กระทั่งการเลือกซื้อยาจากร้านยาต่างๆ ซึ่งมีกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ

ยานับเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งปัจจุบันปริมาณการใช้ยาของประเทศไทยหรือทั่วโลกนับวันมีแต่จะสูงมากขึ้น ซึ่งสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิเช่น รูปแบบสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมผู้สูงอายุซึ่งมักเป็นกลุ่มประชากรที่มีโรคเรื้อรังค่อนข้างสูง หรือการที่วิวัฒนาการด้านการสาธารณสุขที่ดีขึ้นทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น รวมทั้งปัจจัยด้านการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงระบบสาธารณสุขของรัฐบาลซึ่งส่งผลให้มีการใช้ยามากขึ้นตามมา

ข้อมูลจาก IMS (International calculations based IMS Health data) พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยามูลค่ารวมสูงถึง 145,100,000,000 บาท เติบโต 15.43% เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า โดยช่องทางโรงพยาบาลยังเป็นช่องทางหลักที่มีการใช้จ่ายด้านยาซึ่งมีมูลค่าสูงถึง 115,400,000,000 บาท คิดเป็น 79.53% ของมูลค่าทั้งหมด เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนมูลค่ายาจะพบว่าผลิตภัณฑ์นำเข้า (Multinational) มีสัดส่วนราว 70% และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศ (Local made) มีสัดส่วนราว 30% และเมื่อพิจารณาตามพื้นที่จะพบว่ากรุงเทพฯจะมีมูลค่าราว 40% และต่างจังหวัดราว 60%

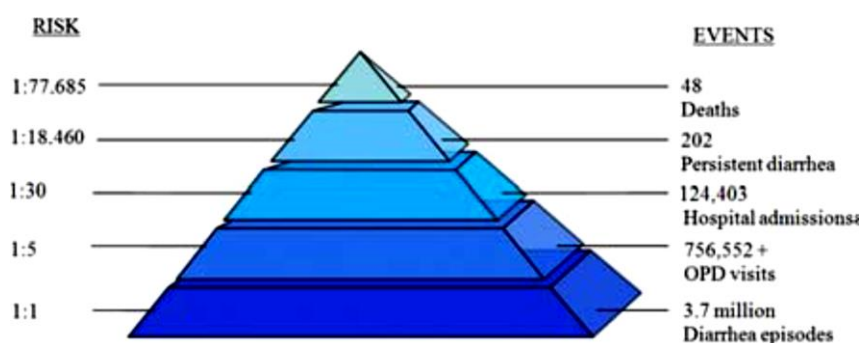


รูปภาพ 1.1 แสดงมูลค่าตลาดยาปี พ.ศ.2559

ที่มา: International calculations based IMS Health data, 2016

หนึ่งในโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยได้แก่โรคท้องเสีย หรืออุจจาระร่วง เป็นโรคซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กหรือผู้สูงอายุ ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในกลุ่มเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปีเป็นลำดับต้นๆ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของกลุ่มโรคติดเชื้อที่เฝ้าระวังทั้งหมด จากการสำรวจพฤติกรรมป้องกันและการรักษาโรคท้องเสีย ของกองโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในชุมชนเมื่อปี พ.ศ.2538 รายงานว่าพบอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 1.33 ครั้ง/ปี และในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีอัตราป่วย 2.23 ครั้ง/คน/ปี และเมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วโลกจะพบว่าโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

จากการศึกษาของ Sutra, Kosuwon, Chirawatkul, and Thepsuthammarat (2012) พบอุบัติการณ์การเกิดท้องเสียในประเทศไทย ปี พ.ศ.2553 สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี พบว่าเมื่ออัตรา การเสียชีวิตจะเกิดขึ้นต่ำลง แต่อุบัติการณ์การเกิดโรคดังกล่าวค่อนข้างสูงมาก คือ 1:1 ของประชากร เด็ก หรือคิดเป็น 3.7 ล้านครั้ง ต่อปี ดังรูปภาพ 1.2



รูปภาพ 1.2 แสดงอุบัติการณ์การเกิดท้องเสียในประเทศไทย ปี พ.ศ.2553 สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี

ที่มา : Sutra, S., Kosuwon, P., Chirawatkul, A., & Thepsuthammarat, K. (2012). Burden of acute, persistent and chronic diarrhea, thailand, 2010. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 95(7), 97-107.

จากข้อมูลแสดงให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรักษาโรคดังกล่าว อาทิ เช่น ค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าห้องพักรวมทั้งค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น การที่ผู้ปกครองต้องลาทำงานมาเพื่อพบุตรหลานที่ป่วยมาพบแพทย์ ค่าเดินทาง เป็นต้น ดังนั้น แม้ว่าการเสียชีวิตจากโรคจะลดลงแต่หากอุบัติการณ์การเกิดยังสูงอยู่ก็ยังคงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายสูงอยู่

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ แม้อัตราการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวจะไม่สูงแต่อุบัติการณ์ในการเกิดโรคก็สูงเช่นที่พบในเด็ก ข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 รายงานว่าพบผู้ป่วยโรคท้องเสีย 1,097,751 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,685.61 ต่อแสนประชากร โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มที่เกิดการเสียชีวิตจากโรคท้องเสียสูงที่สุดในประชากรกลุ่มผู้ใหญ่โดยพบว่าอัตราการตายสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ในอัตรา 1.4 ต่อแสนประชากร

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคท้องเสียเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ และเป็นโรคที่มีอัตราการป่วยสูงในทุกๆ กลุ่มประชากร ผลที่ตามมาคืออัตราการใช้จ่ายในการรักษาโรคดังกล่าวย่อมสูงตามไปด้วย โดยจากแนวปฏิบัติการรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย รวมทั้ง Guideline ระดับนานาชาติ เช่น European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious

Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014 ต่างก็รายงานว่า แนะนำให้เริ่มรักษาด้วยการให้เกลือแร่ ORS เพื่อลดอัตราหรือโอกาสการเสียชีวิตจากโรคท้องเสียอันเนื่องจากการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ และอาจให้ยาต้านอุจจาระร่วง (Anti-Diarrhea drug) ร่วมเพื่อให้หายจากอาการป่วยเร็วขึ้นหรือเพื่อบรรเทาให้อาการของโรคลดลงซึ่งเป็นทางเลือกที่เพิ่มเข้ามา ซึ่งหากสามารถลดระยะเวลาป่วยลงได้นั้นย่อมหมายถึงการที่จะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านอื่นลงตามไปด้วย อาทิเช่น ใช้จ่ายค่าห้องพัก ใช้จ่ายค่าเครื่องมือแพทย์ที่ต้องดูแลและหว่าอยู่โรงพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น การที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลต้องลาพักงานมาเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย หรือผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถกลับไปทำงานได้เร็วมากขึ้น เหล่านี้จึงเป็นแรงผลักดันให้หลายๆ ผลิตภัณฑ์ยาทำการศึกษาเรื่อง Cost effectiveness ในการใช้ผลิตภัณฑ์ยานั้นๆ

เมื่อพิจารณาตลาดยาต้านอุจจาระร่วง (Anti-Diarrhea drug) ซึ่งรายงานโดย IMS พบว่าตลาดยา กลุ่มนี้ในปี 2559 มีมูลค่าสูงถึง 211,000,000 บาท เติบโต 12% สาเหตุที่ทำให้มูลค่าการตลาด ณ ปัจจุบันยังไม่สูงมากนักเกิดจากผลิตภัณฑ์ที่เป็นยาต้นแบบซึ่งมักมีราคาสูงต่างตั้งเป้าหมายหลักเป็นผู้ป่วยเด็ก ในขณะที่เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจะพบว่ากลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่จะมีจำนวนมากกว่า นอกจากนี้ยังมีการใช้ยา Generic ซึ่งมีราคาต่ำกว่าค่อนข้างมากโดยเฉพาะการใช้ยาในโรงพยาบาลรัฐ แต่อย่างไรก็ดีคาดว่าอัตราการเติบโตของยาในกลุ่มนี้จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคตจากเหตุปัจจัยด้านการยอมรับทางวิชาการของบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งจากการทำการตลาดของบริษัทยาโดยเฉพาะกลุ่มบริษัทนำเข้าหรือยาต้นแบบ โดยยาที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุดในปี 2559 ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยา Bioflor ผลิตภัณฑ์ยา Hidrasec และ ผลิตภัณฑ์ยา Smecta ตามลำดับ ดังรูปภาพที่ 1.3

Ranking	MAT 4Q			%	%	Evol.	
'16	'15			Share	Growth	Index	
1	1	BIOFLOR	BCX	64.0	30.3	30	116
2	2	HIDRASEC	ABT	46.4	22.0	24	111
3	4	SMECTA	IPS	21.7	10.3	33	119
4	3	IMODIUM	J-C	21.0	10.0	-2	87
5	6	CA-R-BON	GET	11.4	5.4	6	95
6	8	ULTRACARBON X	MCK	9.4	4.4	13	101
7	7	NOXZY	KDP	7.7	3.6	-12	79
8	5	INFLORAN BERNA	BER	6.9	3.3	-53	42
9	9	DEHECTA	DWN	6.3	3.0	30	116
10	11	DELTACARBON	SR6	3.7	1.8	10	99

รูปภาพ 1.3 แสดงมูลค่าตลาดยาต้านอาการระร่วง ปี พ.ศ.2559

ที่มา : International calculations based IMS Health data, Year 2016

ยาในกลุ่มนี้มีช่องทางการจำหน่าย 2 ช่องทางหลักเหมือนเช่นยากกลุ่มทั่ว ๆ ไป คือ ช่องทางโรงพยาบาลและร้านขายยา ซึ่งช่องทางโรงพยาบาลก็สามารถแบ่งออกเป็น 2 ช่องทางหลัก คือ โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โดยในปี 2558 มีสัดส่วนส่วนแบ่งการตลาดของยากกลุ่มนี้ ในช่องทางโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 7 โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 53 และร้านขายยาร้อยละ 40 โดยในแต่ละช่องทางก็มีการเลือกใช้ยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน โดยพิจารณาได้จากส่วนแบ่งการตลาดที่แตกต่างกันในแต่ละช่องทาง เช่น ในช่องทางร้านขายยาผลิตภัณฑ์ยาที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุดในปี 2558 กลับเปลี่ยนเป็น ผลิตภัณฑ์ยา Imodium ผลิตภัณฑ์ยา CA-R-BON ผลิตภัณฑ์ยา NOXZY ตามลำดับ ซึ่งความแตกต่างนี้มีปัจจัยหลักจากแนวทางการเลือกจ่ายยาบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ซึ่งได้แก่ แพทย์ (สำหรับช่องทางโรงพยาบาล) และเภสัชกร (สำหรับร้านยา) โดยจะเป็นผู้หน้าทีในการเลือกจ่ายยาให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข ดังนั้น เพื่อให้เกิดองค์ความรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบยาของประเทศไทย เราจึงจำเป็นต้องทราบแนวทางการตัดสินใจของผู้ให้บริการสาธารณสุขในแต่ละประเภทหรือแต่ละช่องทาง ซึ่งจะทำให้เกิดการสนับสนุนเพื่อยกระดับการรักษาผู้ป่วยและใช้เป็นแนวทางในการวางนโยบายเพื่อให้เกิดการสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในประเทศได้ จึงควรมีการศึกษานี้ขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาในกลุ่มยาต้านอุจจาระร่วง (Anti-Diarrhea drug) ของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยาในกลุ่มยาต้านอุจจาระร่วง (Anti-Diarrhea drug) ของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย
3. เพื่อเปรียบเทียบแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาในกลุ่มยาต้านอุจจาระร่วง (Anti-Diarrhea drug) ของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มประชากรศาสตร์ เช่น ประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข ภูมิภาค อายุ เพศ รายได้ เป็นต้น

1.3 ขอบเขตงานวิจัย

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาในกลุ่มยาต้านอุจจาระร่วง (Anti-Diarrhea drug) โดยมีตัวแปรดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านสินค้า ราคา ความสะดวกในการจ่ายยา และปัจจัยด้านกิจกรรมทางการตลาด

ตัวแปรตาม ได้แก่ แนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุข

1.3.2 ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษา

ประชากร ได้แก่ ผู้ให้บริการสาธารณสุขอัน ได้แก่ แพทย์ หรือเภสัชกรที่ประจำร้านขายยา และอาศัยอยู่ในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ให้บริการสาธารณสุขอัน ได้แก่ แพทย์ หรือเภสัชกรที่ประจำร้านขายยา และอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ตัวอย่าง

1.3.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

1.3.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

งานวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่ ธันวาคม 2559 – มิถุนายน 2560

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและเอกชนผู้มีหน้าที่สร้างกลไกควบคุมและสนับสนุนการจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อสร้างกลไกการควบคุมดูแลและสนับสนุนให้เกิดการจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผล
2. เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขเพื่อทำให้เกิดการจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผล
3. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบริษัทผู้จัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยา เพื่อให้สามารถพัฒนาการดำเนินการให้บริการได้ตอบสนองตรงต่อความต้องการของผู้ให้บริการสาธารณสุข และสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในประเทศไทยได้

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ให้บริการสาธารณสุข หมายถึง สมาชิกของวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม พยาบาล หรือบุคคลใดที่มีหน้าที่ตามสาขาอาชีพในการสั่งใช้ แนะนำ สั่งซื้อ จัดหาหรือ จัดการ เภสัชกรรม และบุคลากรผู้ให้การพยาบาลอื่น ๆ ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติยา ปี พ.ศ. 2510 2522 และ 2530 และที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลัง
2. ช่องทางการให้บริการ หมายถึง สถานพยาบาลที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขนั้น ให้บริการอยู่ ซึ่งผู้รับบริการสามารถเข้าไปขอรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานที่นั้นๆ ได้ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาล (ซึ่งหมายรวมถึง โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน) คลินิก และร้านขายยา
3. ยา หรือเภสัชภัณฑ์ หมายถึง เภสัชเคมีภัณฑ์ หรือชีววัตถุใดๆ ที่ใช้เพื่อการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยของมนุษย์ หรือที่มีผลกระทบต่อโครงสร้าง หรือการทำงานใดๆ ของร่างกายมนุษย์
4. โรคท้องเสีย หรือโรคอุจจาระร่วง หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้ง ต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน ซึ่งโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากการติดเชื้อนั้นสาเหตุมาจากแบคทีเรีย

ไวรัส โปรโตซัว และปรสิต ซึ่งมีผลกระทบของโรคที่สำคัญ คือ การเกิดภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ในช่วงแรก และภาวะขาดสารอาหารในช่วงหลัง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

5. ยาด้านอุจจาระ หมายถึง ยาที่ออกฤทธิ์ลดการหลั่งอุจจาระ ซึ่งมีหลายกลุ่มโดยในแต่ละกลุ่มก็มีกลไกการออกฤทธิ์และประสิทธิผลแตกต่างกันออกไป เช่น ยาที่ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ยาในกลุ่มนี้ไม่แนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก เนื่องจากมีพิษต่อระบบประสาทถ้าให้เกินขนาด และในกรณี *invasive diarrhea* ทำให้เชื้อเข้าผนังลำไส้ได้มากขึ้น นอกจากนี้ในเด็กอาจมีความไวต่อยาที่สูงมากจนเกิดภาวะพิษได้ จึงไม่สมควรใช้ในเด็ก ประโยชน์ที่จำกัดของยากลุ่มนี้คือ อาจใช้ในรายที่มีอาการปวดท้องเป็นอาการเด่นร่วมด้วย ซึ่งถ้าใช้ต้องระมัดระวังให้ขนาดที่ถูกต้อง ยาที่ฤทธิ์ดูดซับ (Adsorbents) แนวคิดของการใช้ยากลุ่มนี้ คือ ยาจะดูดซับเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส สารพิษต่าง ๆ รวมทั้งกรดน้ำดี บางคนเชื่อว่ายานี้เข้าไปเคลือบเยื่อลำไส้เป็นการป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อลำไส้ หรือ ยาที่ช่วยลดการหลั่งของน้ำและเกลือแร่จากลำไส้ (antisecretory drug) ได้แก่ ยาที่มีคุณสมบัติต้านฤทธิ์กับ prostaglandin เช่น aspirin และ indomethacin, encephalinase inhibitor กลไกการออกฤทธิ์อาจเกี่ยวกับ cyclic AMP หรือ protein kinase ในเยื่อลำไส้ เป็นต้น

6. บริษัทยา หมายถึง บริษัท หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการผลิต นำเข้าและจัดจำหน่ายยา ทั้งในและต่างประเทศ

7. ผู้แทนเวชภัณฑ์ หรือผู้แทนยา หมายถึง ตัวแทนของบริษัทที่มีหน้าที่ในการเข้าพบผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมเพื่อเสนอข้อมูลและ/หรือเพื่อจุดประสงค์อื่นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท

8. แนวทางการตัดสินใจจ่ายยา หมายถึง แนวทางซึ่งผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสีย รวมทั้งความเหมาะสมในการตัดสินใจสั่งจ่ายยา หรือเวชภัณฑ์อื่นใด เพื่อจุดประสงค์ในการรักษา บรรเทา อาการป่วยของผู้รับบริการสาธารณสุข ทั้งนี้แนวทางในการเลือกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ในการรักษาผู้ป่วยครั้งหนึ่งๆ อาจไม่เหมือนกัน ทั้งนี้สืบเนื่องจากปัจจัยหลายด้าน เช่น ลักษณะและความรุนแรงของโรค ลักษณะผู้ป่วย เช่น อายุ น้ำหนัก สิทธิการรักษารวมทั้งความสามารถในการรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลทางวิชาการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคสมัย ซึ่งทำให้แนวทางในการตัดสินใจจ่ายยามีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

9. แรงต้านจากผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยตัดท้วงหรือปฏิเสธการรักษาอื่นๆ ซึ่ง เป็นไปตามสิทธิที่กฎหมายรองรับว่าผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลการรักษาจากผู้ให้บริการสาธารณสุข อย่างเต็มที่ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธไม่รับการรักษาอื่นๆ ได้

10. การบอกต่อ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขพบว่าเมื่อจ่ายยาหนึ่งๆ แล้ว พบว่ายาดังกล่าวมีประสิทธิภาพที่ดีในการรักษาโรคลักษณะหนึ่งๆ จึงมีการบอกต่อประสบการณ์ ความเชื่อ และข้อมูลทางวิชาการ เพื่อให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขคนอื่นได้รับทราบข้อมูลดังกล่าว และทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่รับฟังเกิดความเชื่อมั่นในการใช้ยานั้นๆ

1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

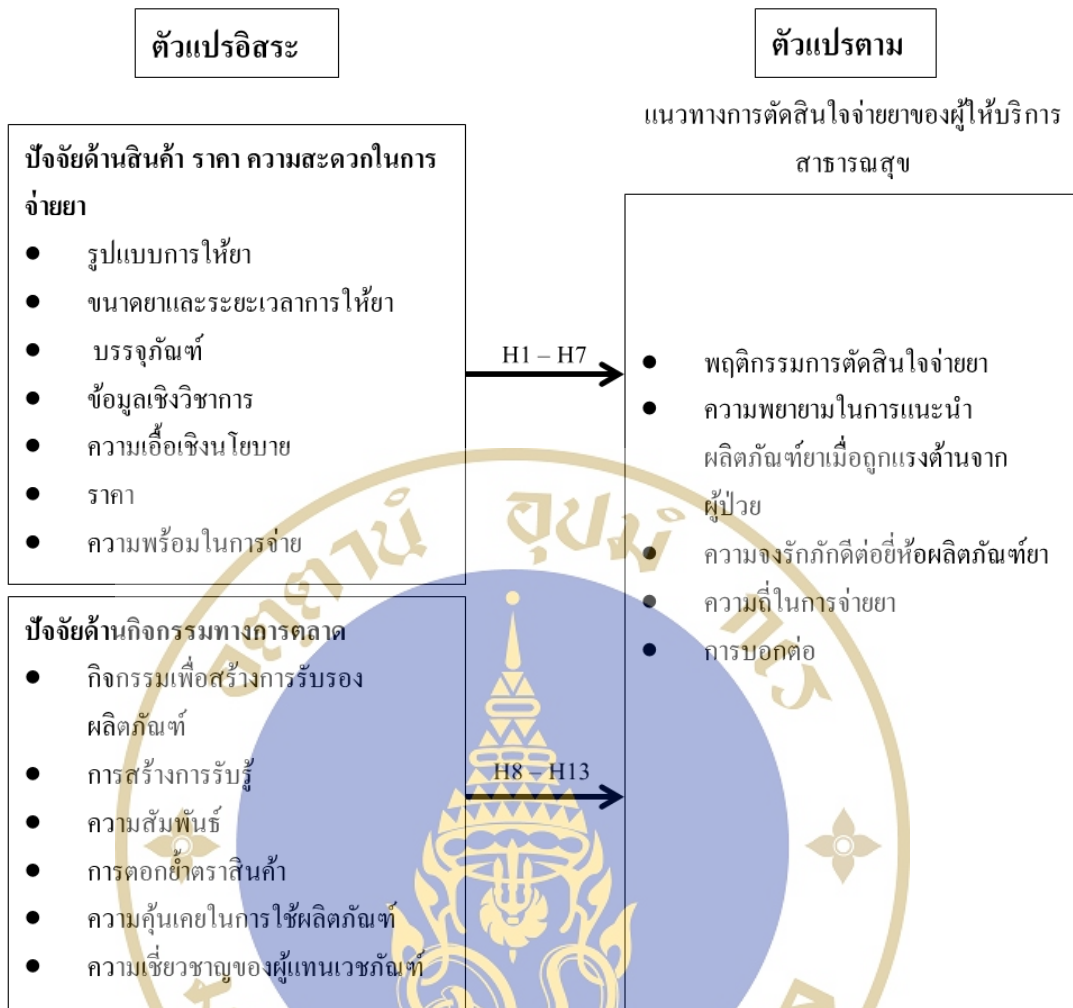
สมมติฐานที่ 1-7 : รูปแบบการให้ยา ขนาดและระยะเวลาการให้ยา บรรจุภัณฑ์ ข้อมูลเชิงวิชาการ ความเอื้อเชิงนโยบาย ราคา ความพร้อมในการจ่าย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตัดสินใจจ่ายยา ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา ความถี่ในการจ่ายยา และการบอกต่อ

สมมติฐานที่ 8-13 : กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ การสร้างการรับรู้ ความสัมพันธ์ การตอบย้่าตราสินค้า ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ และความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตัดสินใจจ่ายยา ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา ความถี่ในการจ่ายยา และการบอกต่อ

กรอบความคิดในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านสินค้า ราคา ความสะดวกในการจ่ายยา เช่นรูปแบบการให้ยา ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา บรรจุภัณฑ์ ข้อมูลเชิงวิชาการ เป็นต้น และปัจจัยด้านกิจกรรมทางการตลาด เช่น กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ การสร้างการรับรู้ ความสัมพันธ์ การตอบย้่าตราสินค้า เป็นต้น

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมตัดสินใจจ่ายยา ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา ความถี่ในการจ่ายยา และพฤติกรรมบอกต่อ



รูปภาพ 1.4 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- 2.1 ยา โรคอุจจาระร่วง และยาต้านอุจจาระร่วง
- 2.2 ทฤษฎีส่วนประสมทางการตลาด
- 2.3 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล
- 2.4 แนวคิดการรับรู้ค่า
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารแบบปากต่อปาก
- 2.6 ทฤษฎีความเชื่อมั่นของผู้บริโภค
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ยา โรคท้องเสียหรือโรคอุจจาระร่วง และยาต้านอุจจาระร่วง

ยา มีความหมายตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ว่า วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์

ยาแผนปัจจุบัน หมายความว่า ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน หรือการบำบัดโรคสัตว์

ยาแผนโบราณ หมายความว่า ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณหรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรายาเป็นยาแผนโบราณ

ยาอันตราย หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาอันตราย

ยาสามัญประจำบ้าน หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาสามัญประจำบ้าน

โรคท้องเสีย หรือโรคอุจจาระร่วง หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมงหรือมากกว่า หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน (คู่มือการรักษาโรคท้องร่วงและหลักเกณฑ์การใช้ยารักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กสำหรับเภสัชกรและบุคลากรสาธารณสุข, 2540)

โดยพบว่าเป็นโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตกว่า 2.5 ล้านคนต่อปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาในแต่ละปีจะพบการเกิดท้องเสียอันเนื่องจากอาหารเป็นพิษกว่า 48 ล้านครั้ง เป็นสาเหตุให้เกิดความต้องการในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกว่า 128,000 วัน และเกิดการเสียชีวิตกว่า 3,000 คน สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา (Developing world) พบว่าโรคท้องเสียส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อซึ่งเจือปนมากับอาหารและน้ำดื่ม การติดเชื้อดังกล่าวเกิดจากการติดเชื้อได้หลายชนิด ทั้งไวรัส แบคทีเรีย หรือพยาธิ ในขณะที่สาเหตุสำหรับโรคท้องเสียที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อมีสาเหตุจากผลข้างเคียงของยา อาการของโรคที่เกิดจากความผิดปกติในช่องท้อง หรือโรคจากต่อมไร้ท่อ เป็นต้น โดยไวรัสนับว่าเป็นสาเหตุที่พบได้ค่อนข้างบ่อย ในขณะที่สาเหตุจากแบคทีเรียมักสัมพันธ์กับการเดินทาง อาหารเป็นพิษ ซึ่งเชื้อก่อโรคหลักมักเป็น *Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella*, และ Shiga toxin-producing *Escherichia coli* (enterohemorrhagic *E. coli*) (Barr & Smith, 2014)

ตาราง 2.1 เชื้อก่อโรคหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคท้องเสียหรือท้องร่วง

Bacteria	Viruses	Parasites
<ul style="list-style-type: none"> ● Diarrheagenic <i>Escherichia coli</i> ● <i>Campylobacter jejuni</i> ● <i>Vibrio cholerae</i> O1 ● <i>V. cholerae</i> O139* ● <i>Shigella</i> species ● <i>V. parahaemolyticus</i> ● <i>Bacteroides fragilis</i> ● <i>C. coli</i> ● <i>C. upsaliensis</i> ● Nontyphoidal <i>Salmonellae</i> ● <i>Clostridium difficile</i> ● <i>Yersinia enterocolitica</i> ● <i>Y. pseudotuberculosis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rotavirus ● Norovirus (calicivirus) ● Adenovirus (serotype 40/41) ● Astrovirus ● Cytomegalovirus* 	<p>Protozoan</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Cryptosporidium parvum</i> ● <i>Giardia intestinalis</i> ● <i>Microsporidia</i>* ● <i>Entamoeba histolytica</i> ● <i>Isospora belli</i>* ● <i>Cyclospora cayetanensis</i> ● <i>Dientamoeba fragilis</i> ● <i>Blastocystis hominis</i> <p>Helminths</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Strongyloides stercoralis</i> ● <i>Angiostrongylus costaricensis</i> ● <i>Schistosoma mansoni</i>, <i>S. japonicum</i>

ที่มา: Farthing, M., Salam, MA., Lindberg, G., Dite, P., Khalif, I., Salazar-Lindo E., ... LeMair, A. (2013). Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. *Journal of Clinical Gastroenterology*, (1)47, .20-12

การตรวจรักษาจำเป็นต้องสังเกตทั้งความรุนแรง ระยะเวลาดำเนินโรค ความบ่อยของการถ่ายอุจจาระ และลักษณะของอุจจาระ เช่น ถ่ายเป็นน้ำ ถ่ายมีเลือดปน ถ่ายมีเมือก เป็นต้น โดยสิ่งที่จะต้องระมัดระวังเป็นสำคัญคือภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ (Dehydration) ซึ่งจะมีอาการเช่น ปัสสาวะลดลง กระหายน้ำ วิงเวียน หรือภาวะทางจิตที่เปลี่ยนไป สำหรับผู้ที่มีอาการอาเจียนร่วมด้วยมักเกิดจากสารพิษของแบคทีเรีย โดยอาการที่จะบ่งชี้ว่าเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียคือ ท้องเสียร่วมกับการมีไข้ ปวดเบ่ง หรือถ่ายเป็นเลือด (DuPont, 1997)

สำหรับการให้การรักษาส่วส่วนใหญ่จะยึดตามแนวทางการรักษาซึ่งแนะนำโดย European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases (2014) และ NICE guideline (2009) ซึ่งแนะนำการให้ยาสำหรับรักษาโรคท้องเสียในเด็ก ดังตาราง 2.2

ตาราง 2.2 ยาที่แนะนำโดย European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases (2014) และ NICE guideline (2009) สำหรับรักษาโรคท้องเสียในเด็ก

	ESPGHAN/ESPID (2014)	NICE (2009)
Rehydration	Reduced osmolarity ORS	Reduced osmolarity ORS
Antibiotics	Not needed in most cases	Not routinely give
Racecadotril	Can be considered (IIB)	Evidence of antidiarrheal effect
Smectite	Can be considered (IIB)	Evidence of antidiarrheal effect
Probiotics	Selected probiotics can be used in children with AGE (I,A)	Specific strains
Kaolin	Not recommended	No evidence to support
Activated charcoal	Not recommended	Some evidence of possible benefit

ตาราง 2.2 ยาที่แนะนำโดย European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases (2014) และ NICE

Loperamide	Not recommended	More total adverse events
Zinc	Children age >6 months in developing countries may benefit from use of zinc	Insufficient evidence to recommend Zn supplementation for well nourished children
Breast feeding	Continue breastfeeding	Continue breastfeeding
Nutritional management	Continue to be fed. Not withdraw food longer than 4-6 hr after the onset of rehydration	After rehydration, reintroduce the child's usual food
Antiemetics	Ondansetron may be effective but a clearance on safety is needed (IIB)	Not currently recommended

guideline (2009) สำหรับรักษาโรคท้องเสียในเด็ก (ต่อ)

ที่มา: Guarino, A., Ahkenazi, S., Gendrel, D., Lo, V. A., Shamir, R., & Szajewska, H. (2014). European society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/european society for pediatric infectious diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014 *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 59, .52-132

The National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2009). Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5 diagnosis and management in children younger than 9years. *Clinical guideline*, 1-163.

ยาด้านอุจจาระร่วง หมายถึง ยาที่ลดการเกิดการถ่ายท้อง ลดระยะเวลาการป่วย ลดปริมาณอุจจาระ หรือทำให้อุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงการใช้ยากลุ่มดังกล่าวอาจไม่มีความจำเป็น การให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผสมเกลือแร่ (ORS) เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ (Dehydrate) เพียงอย่างเดียวก็เพียงพอแล้ว แต่ในรายที่มีอาการรุนแรง หรือผู้ที่ไม่สามารถหยุดงานหรือต้องเดินทางไกลก็มีการศึกษาว่ามีประโยชน์ ยาในกลุ่มนี้อาจแบ่งได้ตามกลไกการออกฤทธิ์ของยาดังนี้

1. ยาที่ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Antiperistaltic) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ทำให้ถ่ายอุจจาระน้อยครั้งลง และมีปริมาณอุจจาระลดลงด้วย แต่ไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยเด็ก หรือผู้สูงอายุเนื่องจากยาอาจออกฤทธิ์กดการหายใจ การให้ยากลุ่มนี้มากเกินไปอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น ท้องอืด แน่นท้อง ปวดมวนท้อง และปวดเมื่อยเนื้อตัวได้ ยากลุ่มนี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นมูกเลือดหรือมีภาวะติดเชื้อ ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Loperamide, dufhenoxylate, codeine เป็นต้น

2. ยาต้านฤทธิ์ Cholinergic (Anti-Cholinergic) ยากลุ่มนี้ไม่ค่อยมีผลให้เกิดการถ่ายที่ลดลง แต่จะมีผลทำให้อาการปวดท้องลดลงมากกว่า เมื่อใช้อาจมีอาการแทรกซ้อน เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น ปัสสาวะไม่ออก และต้องระมัดระวังเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต หรือต่อหีน ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น hyoscine, hyosyamine, dicyclomine เป็นต้น

3. ยาออกฤทธิ์ดูดซับสารพิษ (Absorbents) ออกฤทธิ์ในการดูดซับ Endotoxin ที่สร้างจากแบคทีเรีย ไม่ให้เกาะกับผนังลำไส้ และทำให้ Bile acid ไม่สามารถออกฤทธิ์ต่อเยื่อบุลำไส้ โดยจะออกฤทธิ์หรือทำงานได้ดีในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังติดเชื้อ การศึกษาพบว่าไม่ทำให้อาการท้องเสียหายเร็วขึ้น แต่มีผลทำให้อุจจาระเป็นก้อนมากขึ้น เป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยเนื่องจากไม่มีการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ยกเว้นกลุ่ม Bismuth salts ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดอุจจาระสีดำ ลิ้นดำ และมีอาการซึมได้ โดยตัวอย่างยาในกลุ่มนี้แบ่งเป็น ยาที่มีประสิทธิภาพดูดซึมค่อนข้างต่ำ เช่น activated charcoal, aluminium hydroxide, kaolin, pectin เป็นต้น และยาที่มีประสิทธิภาพดูดซับสูง เช่น dioctahedral smectite, attapulgit, bismuth salts เป็นต้น ซึ่งยากลุ่มหลังนี้มักจะมีราคาค่อนข้างแพง

4. Probiotic ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยการเมื่อสู่ร่างกายแล้วจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในลำไส้ จากนั้นจะสร้าง metabolites ที่สามารถลด pH ลงทำให้เป็นกรดมากขึ้น ยับยั้งการเจริญเติบโตของ enteropathogens ป้องกันการ colonize ของแบคทีเรียก่อโรคที่ผนังลำไส้ และสามารถสร้าง short chain fatty acid ซึ่งช่วยซ่อมแซมผนังลำไส้ทำให้การดูดซึมน้ำและเกลือแร่กลับมาทำงานได้ดีมากขึ้น แต่ข้อเสียคือการออกฤทธิ์ที่ค่อนข้างช้า ได้รับการแนะนำให้ใช้ในเด็ก การติดเชื้อ rotavirus หรือการเกิดท้องเสียจากการได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน ยากลุ่มนี้เป็นยาที่ปลอดภัยและไม่มีคุณสมบัติรบกวนยาอื่น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น *Lactobacillus acidophilus*, *Saccharomyces boulardii* เป็นต้น

5. Antisecretory drug เป็นยาที่ออกฤทธิ์ antiprostaglandin หรือออกฤทธิ์ต่อ cyclic AMP หรือ protein kinase ในเยื่อบุผนังลำไส้ มีผลให้เกิดการหลั่งน้ำหรือเกลือแร่ลดลง ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น racecadotril เป็นต้น

ปัจจุบันยาต้านออกจาระร่วงที่มีจำหน่ายในประเทศมีหลายยี่ห้อผลิตภัณฑ์ และยาแต่ละชนิดก็ได้รับการขึ้นทะเบียนแตกต่างกัน เช่น บางตัวจัดเป็นยาอันตราย บางตัวถูกจัดเป็นยาสามัญประจำบ้าน เป็นต้น

2.2 ทฤษฎีส่วประสมทางการตลาด

สำหรับแนวทางการขายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขนั้น Murshid, Halim, and Osman (2014) ได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ให้บริการสาธารณสุข (Physician Satisfaction) ซึ่งเกิดหลังจากผู้ให้บริการสาธารณสุขได้เห็นคุณค่าของยา หรือสินค้านั้นๆ (Perceived Value) ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวพบว่า ราคา (Price) สถานที่จำหน่าย (Place) และการสนับสนุนทางการตลาด (Promotion) เป็นตัวชี้วัดสำคัญต่อการรับรู้คุณค่า และการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ให้บริการสาธารณสุข

เช่นเดียวกับอุตสาหกรรมต่างๆ อุตสาหกรรมยาหรือเวชภัณฑ์เป็นหนึ่งในธุรกิจที่มุ่งในการทำการตลาดเพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจของบริษัทหรือองค์กร โดยการมุ่งสร้างความพึงพอใจสูงสุดด้วยการตอบสนองความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า (Sattar & Maqsood, 2003) กลยุทธ์ส่วนประสมทางการตลาด (Marketing mix strategies) จึงถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้เกิดการสร้างหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ให้บริการสาธารณสุข (Sultana & Khosru, 2011) ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจที่เห็นว่าบริษัทหรือองค์กรในอุตสาหกรรมยาและเวชภัณฑ์ต่างทุ่มงบประมาณในงบทางการตลาดเพื่อสร้างการรับรู้และทำให้เกิดความพึงพอใจในสินค้าหรือบริการขององค์กร (Handa, Vohra & Srivastava, 2013) ซึ่งกลยุทธ์พื้นฐานที่ถูกนำมาใช้ได้แก่ กลยุทธ์ส่วนประสมทางการตลาด 4Ps ดังเช่นการศึกษาของ Ling and Chen (2013) ซึ่งทำการศึกษากลยุทธ์ที่ใช้ในการทำการตลาดยาในประเทศจีน จำนวน 44 บริษัทที่พบว่า ต่างก็ใช้กลยุทธ์ส่วนประสมทางการตลาด 4Ps ในการดำเนินธุรกิจเพื่อสร้างให้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงคุณค่าของสินค้า และก่อให้เกิดความพึงพอใจในสินค้าหรือยานั้น ๆ

การศึกษาของ Narayanan, Desiraju, and Chintagunta (2004) แสดงให้เห็นว่าเริ่มมีการใช้รูปแบบการโฆษณาตรงถึงผู้บริโภค (Direct-to-Consumer Advertisement (DTC)) แต่อย่างไรก็ดี บริษัทยาต่าง ๆ ยังคงทำการตลาดหลักผ่านผู้แทนเวชภัณฑ์ (ดีเทลยา) เนื่องจากข้อจำกัดด้านการควบคุมการโฆษณาขององค์กรอาหารและยาประเทศต่าง ๆ ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่หลักในการควบคุม

คุณค่าของการทำการตลาดและการโฆษณาทั้งการโฆษณาตรงถึงผู้บริโภคและการโฆษณาแบบอ้อม
 เกสเซอร์ หรือผู้ให้บริการสาธารณสุขต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมทางการตลาดที่เป็นส่วนประสมทาง
 การตลาดในธุรกิจยาประกอบไปด้วยส่วนหรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ราคา การให้ข้อมูลยา การ
 โฆษณาทางตรง การลงบทความในวารสารทางการแพทย์ การจัดประชุมวิชาการ เป็นต้น โดยมี
 หลายการศึกษาที่พยายามศึกษาถึงผลที่เกิดจากการใช้กลยุทธ์ด้านต่าง ๆ ดังในตาราง 2.1

ตาราง 2.3 ผลของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับส่วนประสมทางการตลาด (Marketing-Mix) ต่าง ๆ

Article	Interactions Examined	Effect
Lemon and Nowlis (2002)	Feature advertising × price cut Display × price cut	Depends on price tier
Azoulay (2001)	Advertising × sales force	Negative
Rizzo (1999)	Advertising × price	Negative
Mela, Gupta, and Lehmann (1997)	Advertising × nonprice promotions	Positive
Gatignon and Hanssens (1987)	Advertising × sales force	Positive
Parsons and Vanden Abeele (1981)	Sales force × samples	Positive
Swinyard and Ray (1977)	Advertising × sales force	Positive
Kuehn (1962)	Advertising × product quality	Positive

ที่มา: Narayanan, S., Desiraju, R., & Chintagunta, P.K. (2004). Return on investment implications
 for pharmaceutical promotional expenditures: the role of marketing-mix interactions. *Journal of
 Marketing*, 68, 90-105.

ซึ่งจากตารางจะเห็นว่าไม่ใช่ทุกกลยุทธ์จะให้แต่ผลด้านบวก ในบางกรณีก็อาจให้ผล
 ด้านลบได้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นการศึกษาเพื่อวางกลยุทธ์ทางการตลาดด้วยส่วนประสมทางการตลาดที่
 เหมาะสมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากในอุตสาหกรรมนี้

กลยุทธ์ส่วนประสมทางการตลาด (Marketing Mix) 4 อย่างได้แก่

1. ด้านผลิตภัณฑ์ (product) ซึ่งจะต้องตอบสนองความต้องการซึ่งได้แก่ มี
 ประสิทธิภาพจริงทางการรักษา ปลอดภัย ผลข้างเคียงไม่สูงเกินไปหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อ
 ผู้ป่วยได้ การให้ยาที่ไม่ยุ่งยากจนเกินไป เนื่องจากหากมีการให้ยาที่ยุ่งยากก็จะส่งผลกระทบต่อความร่วมมือ
 ของผู้ป่วยหรือผู้ให้การพยาบาลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จทางการรักษา เช่น ยาที่
 ต้องให้วันละ 4 ครั้ง ย่อมมีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่ายาที่ให้เพียงวันละครั้ง
 เนื่องจากผู้ป่วยอาจลืมรับประทานยาได้ง่าย หรือขาดความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นต้น

2. ด้านราคา (Price) ซึ่งเป็นคุณค่าของผลิตภัณฑ์ (ยา) ในรูปตัวเงิน โดยลูกค้าจะรับรู้
 เปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของสินค้าหรือบริการนั้น ๆ กับราคา ถ้าคุณค่าสูงกว่าราคาลูกค้าจะ
 ตัดสินใจซื้อ ซึ่งในทำนองเดียวกัน หากผู้ให้บริการสาธารณสุขรับรู้คุณค่าของยานั้นสูงกว่าราคาก็
 มักจะตั้งจ่ายยานั้นให้แก่ผู้ป่วย

3. ช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) ซึ่งหมายรวมถึงความสะดวกในการส่งจ่ายยาเพื่อรักษาผู้ป่วย โดยหากยารายการดังกล่าวไม่ได้อยู่ในบัญชีโรงพยาบาลก็ย่อมทำให้การส่งจ่ายยาดังกล่าวเป็นไปได้ยากลำบาก ซึ่งอาจไม่ทันกับความต้องการในการรักษา ดังนั้นแม้ว่ายาอีกชนิดหนึ่งอาจมีประสิทธิภาพน้อยกว่าแต่หากไม่มีทางเลือก แพทย์หรือเภสัชกรอาจจำเป็นต้องตัดสินใจจ่ายยาอีกชนิดหนึ่งแทนไปก่อนได้ นอกจากนี้ช่องทางการจัดจำหน่ายยังหมายถึงตัวแทนจำหน่าย (Distributor) เนื่องจากบริษัทยาส่วนใหญ่ไม่ได้จัดจำหน่ายด้วยตนเอง แต่จะแต่งตั้งตัวแทนจำหน่าย เช่น บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด เป็นตัวแทนในการจำหน่ายและบริการจัดส่งสินค้าให้แก่ลูกค้า

ดังนั้นการบริการต่างๆ ของบริษัทตัวแทนจำหน่ายย่อมรวมเป็นบริการของช่องทางการจำหน่ายของบริษัทยานั้น ๆ ด้วย

4. การส่งเสริมการตลาด (Promotions) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ฟังพอใจ ในผลิตภัณฑ์ยานั้น ๆ โดยกิจกรรมส่งเสริมการขายหรือการโฆษณาอันถูกควบคุมดูแลโดยสำนักงานอาหารและยา (อย.) โดยการอนุญาตให้ดำเนินกิจกรรมหนึ่ง ๆ จะขึ้นอยู่กับประเภทของยาที่ถูกขึ้นทะเบียนเอาไว้

รูปแบบกิจกรรมทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการขายในอุตสาหกรรมยามีหลายหลายรูปแบบกิจกรรม อาทิเช่น การจัดประชุมวิชาการ การโฆษณาทั้งทางตรงด้วยภาพโฆษณาทางวารสารทางการแพทย์หรือการโฆษณาผ่านบทความวิชาการซึ่งจะถูกตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่าง ๆ การส่งผู้แทนยาไปเข้าพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อให้ข้อมูลทางตรง การให้สิ่งของเพื่อเป็นการตอกย้ำตราสินค้า (Gimmick) และรูปแบบการสนับสนุนต่างๆ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า กลยุทธ์ส่วนประสมทางการตลาด (Marketing Mix) เป็นเครื่องมือหรือตัวแปรทางการตลาดที่บริษัทหรือองค์กรสามารถเข้าไปควบคุมดูแล จัดการ เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงคุณค่าของสินค้าและทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือผู้บริโภค

2.3 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

จากการศึกษา Ajzen and Fishbein (1977) เป็นทฤษฎีที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบายว่าบุคคลต่างๆ จะกระทำให้สิ่งใดขึ้นมานั้นเกิดจากความเชื่อ (Beliefs) ทักษะคติ (Attitudes) และความตั้งใจในการกระทำ (Intention) โดยการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) และทักษะคติ

(Attitude) ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์โดยปกติจะเป็นผู้มีเหตุผลและจะใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองอย่างเป็นระบบเพื่อให้บรรลุการตัดสินใจ

พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ไม่ได้ถูกทำโดยปราศจากการพิจารณามาก่อน โดยการตัดสินใจจะมีตัวกำหนดสำคัญ 2 ประการ คือ ทศนคติต่อพฤติกรรม และการคล้อยตามสิ่งอ้างอิงในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งพฤติกรรมความตั้งใจทำนายได้โดยสมการ

$$B \sim BI = W_1 (A) + W_2 (SN)$$

โดย B หมายถึง พฤติกรรม (Behavior)

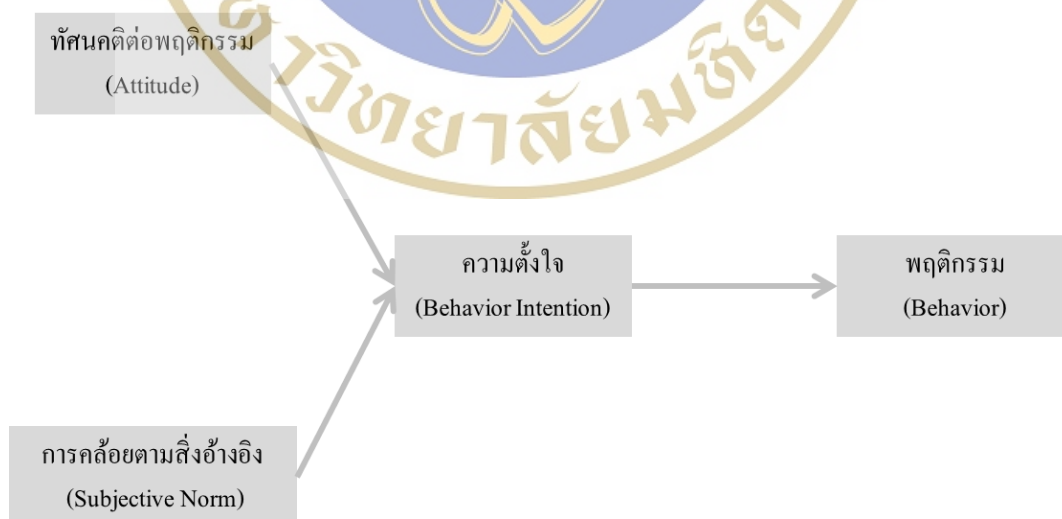
BI หมายถึง ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral Intention)

A หมายถึง ทศนคติต่อการกระทำในพฤติกรรม (Attitude toward performing the behavior)

SN หมายถึง การคล้อยตามสิ่งอ้างอิง (Subjective norm)

W_1 และ W_2 หมายถึง น้ำหนักความสำคัญของทศนคติ กับการคล้อยตามสิ่งอ้างอิง

ทฤษฎีนี้มีเป้าหมายที่จะทำนายและทำความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล โดยข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีนี้คือเกณฑ์ของพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดความตั้งใจของมนุษย์ที่จะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวได้เสนอปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจของมนุษย์คือ ทศนคติ และการคล้อยตามสิ่งอ้างอิง ดังภาพ



รูปภาพ 2.1 แบบทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา: Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitude and predicting social behavior. New Jersey: Prentce-Hall.

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นการสะท้อนออกมาในรูปแบบการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการโน้มน้าวคล้อยตามสิ่งอ้างอิง เช่น การจัดประชุมวิชาการซึ่งจะมีวิทยากรที่มีชื่อเสียงและน่าเชื่อถือในแขนงสาขาต่าง ๆ มาให้ข้อมูล ซึ่งมีส่วนอย่างยิ่งในการชี้แนะให้เกิดพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ของแพทย์ในการสั่งใช้ยาชนิดต่าง ๆ นอกจากนี้แนวทางการรักษาโรค (Guideline) นับเป็นอีกหนึ่งสิ่งที่สำคัญ ที่จะชี้แนะให้เกิดพฤติกรรมการสั่งจ่ายยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการรักษาโรคที่ได้รับความเชื่อถือเช่น European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases guideline หรือ The National Institute of Health and Care Excellence (NICE) guideline เป็นต้น

2.4 แนวคิดการรับรู้ค่า (perceived value)

แนวคิดการรับรู้ค่า (perceived value) ของ Murshid et al. (2014) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการที่เกิดก่อนที่จะเกิดความพึงพอใจของแพทย์ ซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านราคา สถานที่จำหน่าย และการสื่อสารทางการตลาดหรือ โปรโมชัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะชี้วัดการรับรู้คุณค่า และการรับรู้คุณค่านี้เองที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจของแพทย์ ส่งผลให้มีการออกแบบการตลาดที่เรียกว่า Marketing Mix ซึ่งมีขึ้นเพื่อสร้างหรือก่อให้เกิดความพึงพอใจของแพทย์

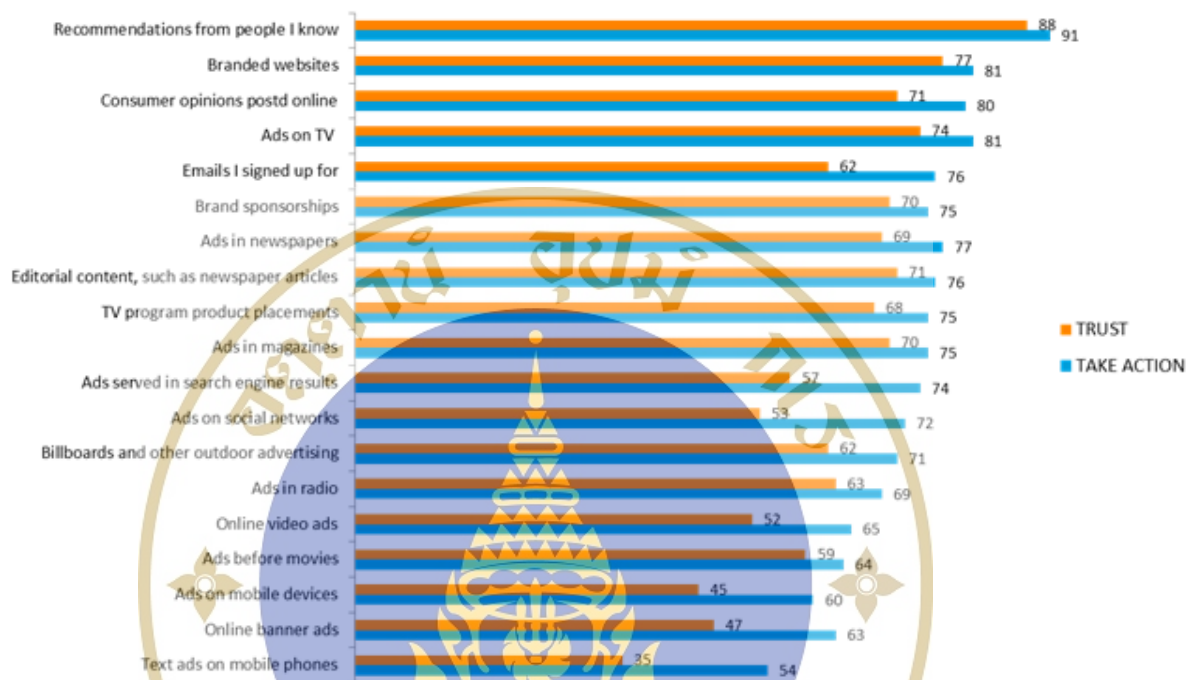
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารแบบปากต่อปาก (Word-of-Mouth)

การสื่อสารแบบปากต่อปาก เป็นการสื่อสารกันเองระหว่างผู้บริโภค ซึ่งผู้ที่บอกต่อไปยังผู้อื่นเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้อื่น (Influencer)

อาภา เอร่าวัฒน์ (2545) อ่างโน รมย์นลิน นิบุญญอนันต์ (2558) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารแบบปากต่อปากว่า เป็นพฤติกรรมของคนในสังคมที่จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อเท็จจริง ทศนะคติ ความเห็น และประสบการณ์ต่าง ๆ ระหว่างบุคคล ทำให้เกิดปฏิกริยาสัมพันธ์ที่ีระหว่างกัน

บทความเรื่อง Word-of-mouth recommendations remain the most credible (Nielsen, n.d.) ได้ระบุเกี่ยวกับอิทธิพลของการทำการตลาดแบบปากต่อปาก (Word-of-Mouth) ในตลาดเอเชียว่า ผู้บริโภคกว่าร้อยละ 88 เชื่อมั่นในข้อมูลที่ได้รับจากการสื่อสารแบบปากต่อปาก (Word-of-

Mouth) โดยเฉพาะประเทศฟิลิปปินส์ที่ความเชื่อมั่นสูงถึงร้อยละ 91 และสำหรับประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 82 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2013 ถึงร้อยละ 3 และเมื่อพิจารณาจากรูปแบบการสื่อสารอื่น ๆ จะพบว่า การสื่อสารแบบปากต่อปาก (Word-of-Mouth) มีแนวโน้มได้รับความนิยมและเชื่อมั่นสูงสุด โดยเฉพาะในยุคที่อินเทอร์เน็ตเริ่มมีบทบาทมากขึ้นในปัจจุบัน ดังรูปที่ 2.4



รูปภาพ 2.2 แสดงความเชื่อมั่นของผู้บริโภคในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ต่อรูปแบบการสื่อสารต่างๆ ที่มา: Nielsen Co.Ltd, *Word-of-mouth recommendations remain the most credible*. Retrieved May 20, 2017, from <http://www.nielsen.com/id/en/press-room/2015/WORD-OF-MOUTH-RECOMMENDATIONS-REMAIN-THE-MOST-CREDIBLE.html>

Richin and Root-Shaffer (1988) ได้แบ่งรูปแบบของการสื่อสารแบบปากต่อปาก (Word-of-Mouth) ออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

1. เกี่ยวกับตัวผลิตภัณฑ์ (Product news) เช่น รูปลักษณ์ รูปร่าง หรือคุณสมบัติต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์
2. การให้คำแนะนำ (Advice giving) เช่น การให้ความคิดเห็นต่าง ๆ ของตนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์นั้น ๆ
3. ประสบการณ์ส่วนตัว (Personal experience) เช่น ข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการใช้งานของตนเอง ซึ่งจะให้ข้อมูลว่าตนชอบหรือไม่ชอบผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ด้วยเหตุผลใด

ซึ่งการสื่อสารแบบปากต่อปาก (Word-of-Mouth) นี้จะให้ผลทั้งเชิงบวกและลบก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข่าวสารนั้นเป็นไปในเชิงใด โดยเมื่อพิจารณารูปแบบทั้ง 3 ของ Word-of-Mouth ก็จะสามารถทำหน้าที่ได้ทั้งการให้ข้อมูล (to Inform) หรือเพื่อสร้างอิทธิพล (to Influence) โดยข่าวสารที่เกี่ยวกับตัวผลิตภัณฑ์ (Product news) จะเป็นการให้ข้อมูล (to Inform) ส่วนการให้คำแนะนำ (Advice giving) และประสบการณ์ส่วนตัว (Personal experience) เป็นการสร้างอิทธิพล (to Influence) ต่อการตัดสินใจซื้อหรือไม่ซื้อของผู้บริโภคอื่น

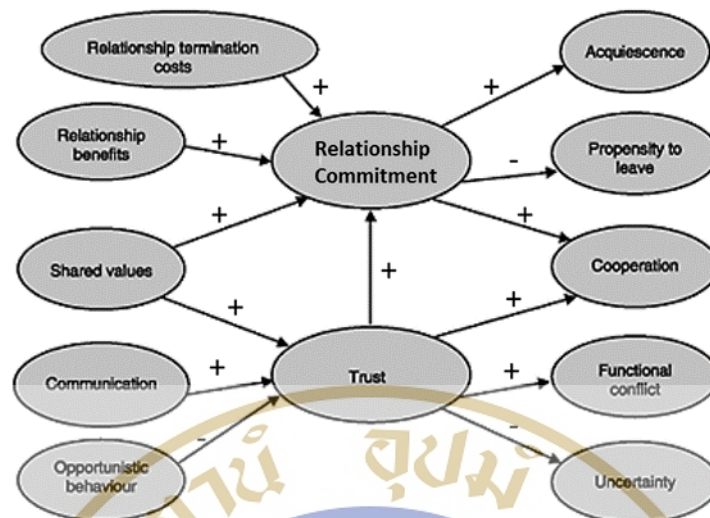
2.6 ทฤษฎีความเชื่อมั่นของผู้บริโภค (Customer Confidence)

Morgan and Hunt (1994) กล่าวว่าเมื่อผู้รับบริการได้รับบริการจากผู้ให้บริการเรียบร้อยแล้ว จะเกิดการประเมินความเชื่อมั่นของผู้รับบริการขึ้น ซึ่งระดับความเชื่อมั่นอาจแตกต่างกันในแต่ละองค์กรของผู้ให้บริการ โดยจะเกิดจากการเปรียบเทียบกับข้อตกลงหรือวัตถุประสงค์ก่อนการเข้ารับบริการ หากบรรลุผลสำเร็จตามข้อตกลงหรือวัตถุประสงค์ก็จะเกิดความเชื่อมั่นขึ้น ซึ่งสิ่งที่ตามมาจะเกิดเป็นความไว้วางใจ (Reliability) และความซื่อสัตย์ (Integrity) นอกจากนี้ความเชื่อมั่นยังมีสัมพันธกับแนวคิดเรื่องบุคลิกภาพและจิตวิทยาด้วย

ความเชื่อมั่นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความเชื่อถือ โดยเกิดจากความไว้วางใจในอีกฝ่ายหนึ่งว่าจะสามารถเชื่อว่าจะสามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้และมีความซื่อสัตย์ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจขึ้น โดยความซื่อสัตย์และมีจริยธรรมนี้ประกอบไปด้วย การมีสินค้าหรือบริการที่ดี การมีความความจริงใจต่อกัน การมีความรับผิดชอบต่อกัน การมีความยุติธรรม มีน้ำใจ มีจิตอาสาหรือการกุศลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ของความน่าเชื่อถือ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกรวมทั้งผลลัพธ์เชิงบวกให้แก่องค์กร โดยความเชื่อถือนั้นเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงการสร้างความสัมพันธ์ในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลตอบแทนระยะยาวเช่นกัน ความเชื่อมั่นนี้จะป็นศูนย์กลางของการแลกเปลี่ยนภายใต้รูปแบบความสัมพันธ์ พันธะสัญญา และความเชื่อมั่น ซึ่งวิธีที่จะใช้วัดความเชื่อมั่นมี 4 ด้านคือ

- ความเชื่อถือของบริษัท
- สินค้าและบริการที่มีคุณภาพ
- การทำให้เกิดความสนใจของลูกค้าก่อนจะซื้อสินค้ามาครอบครอง
- การรักษาพันธะสัญญาของคำพูดต่าง ๆ

ซึ่งมีโมเดลความสัมพันธ์ดังรูปที่ 2.3



รูปภาพ 2.3 โมเดลความสัมพันธ์ของ Morgan และ Hunt (1994)

ที่มา: Morgan, M.A., Dana, J., Loewenstein, G., Zinberg, S., & Schulkin, J. (2006). Interactions of doctors with the pharmaceutical industry. *Journal of Medical Ethics*, 32, 559–563.

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Steele, Blumer, and Kalish (2002) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในการใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์ ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่พยาบาล โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก 12,102 คน ซึ่งได้รับการรักษาโรคติดเชื้อใน 661 สถานพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อของยาปฏิชีวนะทั้ง 10 ชนิดที่ทำการศึกษานั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อ 82%-92.9% แต่สิ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจของทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยคือ ราคายา, ระยะเวลาการให้ยา, ขนาดปริมาณยาที่ต้องให้, และความจำเป็นในการเก็บรักษายาไว้ในตู้เย็น โดยจะเห็นว่ายาที่มีคุณสมบัติดังกล่าว เช่น ยา Azithromycin หรือ Cefdimir ซึ่งเป็นยาที่ให้ระยะเวลาสั้นคือ 5 วัน เมื่อเทียบกับยาอื่นที่ต้องให้ 10 วัน หรือยาที่มีรสชาติคืออย่างยาในกลุ่ม cefarosporin ก็จะได้รับคามนิยมนมากกว่า สร้างความพึงพอใจได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม สำหรับยาบางชนิดที่มีรสชาติไม่ดีแต่ก็อาจมีการสั่งใช้มาได้ อันเนื่องจากทัศนคติของแพทย์ที่เชื่อว่ายาดังกล่าวมีประสิทธิภาพสูงกว่าตัวอื่น

Theodorou1 et al. (2009) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์ในประเทศกรีซและประเทศไซปรัส ซึ่งเป็นการศึกษาโดนสำรวจผ่านแบบสอบถามโดยส่ง

แบบสอบถามถึงแพทย์จำนวน 1,703 คน จากการศึกษาพบว่า Clinical efficacy ของยาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเลือกจ่ายยา นอกจากนี้แพทย์จากประเทศกรีซมีแนวโน้มที่จะพิจารณาปัจจัยด้านรูปแบบยา ขนาดยาต่อวัน และความชอบของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อมูลซึ่งแพทย์ใช้ในการพิจารณาด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของยาส่วนใหญ่มาจากวารสารทางการแพทย์ ตำรา บันทึกการประชุมวิชาการ (Proceeding of conference) และจากคู่มือยาของบริษัทยาต่าง ๆ

จากข้อมูลที่ได้ทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน ดังนี้

- สมมติฐาน 1.1 รูปแบบการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 1.2 รูปแบบการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย
- สมมติฐาน 1.3 รูปแบบการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา
- สมมติฐาน 1.4 รูปแบบการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา
- สมมติฐาน 1.5 รูปแบบการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ
- สมมติฐาน 2.1 ขนาดและระยะเวลาการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 2.2 ขนาดและระยะเวลาการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย
- สมมติฐาน 2.3 ขนาดและระยะเวลาการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา
- สมมติฐาน 2.4 ขนาดและระยะเวลาการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา
- สมมติฐาน 2.5 ขนาดและระยะเวลาการให้ยาที่มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ
- สมมติฐาน 3.1 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 3.2 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย
- สมมติฐาน 3.3 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา
- สมมติฐาน 3.4 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา
- สมมติฐาน 3.5 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ
- สมมติฐาน 4.1 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 4.2 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำ
ผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 4.3 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์
ยา

สมมติฐาน 4.4 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 4.5 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

Buusman, Andersen, Merrild, and Elverdam (2007) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อการเลือกจ่ายยาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศเดนมาร์กจำนวน 15 คน ซึ่งเป็น
การศึกษาแบบ Qualitative จากการศึกษาพบว่าราคาของยาเป็นปัจจัยซึ่งมีความสำคัญมากที่สุด โดย
พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะเปลี่ยนยาให้ผู้ป่วยเมื่อพบว่ายามีราคาแพงขึ้น สำหรับปัจจัยภายนอกซึ่งเข้า
มา มีผลต่อการจ่ายยาได้แก่ นโยบายของรัฐ ซึ่งรวมถึงการออกแนวทางการรักษาโรคซึ่งแพทย์มัก
ปฏิบัติตาม แต่อย่างไรก็ดีแพทย์ส่วนใหญ่ต้องการยาที่ใช้สะดวกและมีคุณภาพยาสูง

Theodorou1 et al. (2009) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจ่ายยาของ
แพทย์ในประเทศกรีซและประเทศไซปรัส ซึ่งเป็นการศึกษาโค่นสำรวจผ่านแบบสอบถามโดยส่ง
แบบสอบถามถึงแพทย์จำนวน 1,703 คน จากการศึกษาพบว่า มีเพียงครึ่งหนึ่งของแพทย์ที่พิจารณา
เรื่องราคา

จากข้อมูลที่ได้ทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐาน 5.1 ความเอื้อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 5.2 ความเอื้อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำ
ผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 5.3 ความเอื้อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อ
ผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 5.4 ความเอื้อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 5.5 ความเอื้อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 6.1 ราคามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 6.2 ราคามีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูก
แรงต้านจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 6.3 ราคามีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 6.4 ราคามีความสัมพันธ์กับความความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 6.5 ราคามีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในอุตสาหกรรมยา รวมทั้งจากการสัมภาษณ์จากทั้งแพทย์เภสัชกร และนักการตลาดในธุรกิจยา พบว่า การที่มียาบรรจุในรายการบัญชียาของสถานพยาบาลเอื้อประโยชน์ให้เกิดความสะดวกในการจ่ายยารายการนั้นมากขึ้น ดังนั้นจากข้อมูลที่ได้ทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐาน 7.1 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 7.2 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 7.3 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 7.4 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

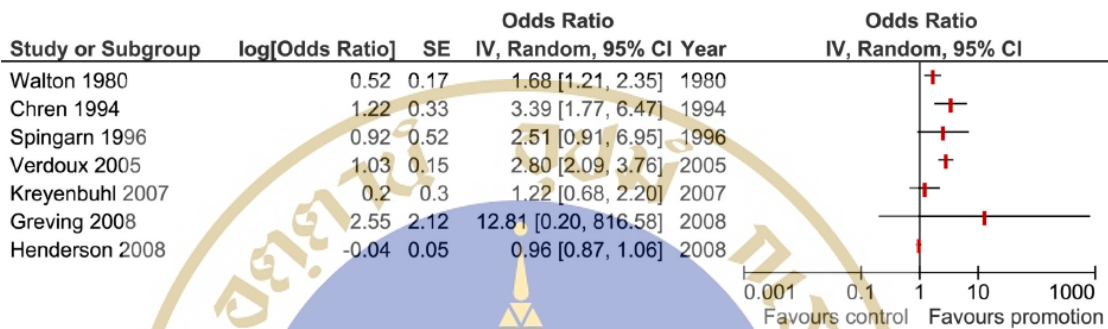
สมมติฐาน 7.5 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

Bulte and Gary (2001) ได้ทำการศึกษาถึงผลการใช้ยา Tetracycline ว่าอิทธิพลต่อการใช้ที่มากขึ้นเกิดจากปัจจัยใดมากกว่ากันระหว่างการแพร่กระจายของเชื้อที่มากขึ้นหรือแรงทางการตลาดที่มากขึ้น จากการศึกษาพบว่า รูปแบบของการแพร่กระจายเชื้อไม่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้นแต่การทำตลาดส่งผลต่อการจ่ายยา Tetracycline มากขึ้น

McKinney et al. (1990) ได้ศึกษาสำรวจความคิดเห็นของอาจารย์แพทย์และแพทย์นักเรียนแพทย์จาก 7 โรงพยาบาล เกี่ยวกับทัศนคติต่อประโยชน์ของข้อมูลและบริการของบริษัทยาเมื่อเทียบกับความเสี่ยงด้านจริยธรรมในการติดต่อผู้สัมพันธ์กับผู้แทนยาจากบริษัทยาต่าง ๆ ซึ่งการศึกษานี้มีแพทย์เข้าร่วมการศึกษา 575 คน จากการศึกษาพบว่าอาจารย์แพทย์และแพทย์นักเรียนแพทย์มีทัศนคติด้านลบต่อข้อมูลและผู้แทนยานำเสนอ แต่เห็นว่าการสนับสนุนด้านการจัดประชุมวิชาการและสนับสนุนวิทยากรของบริษัทยานั้นมีความสำคัญและมีคุณค่าอย่างมาก

Buusman et al. (2007) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกจ่ายยาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศเดนมาร์กจำนวน 15 คน ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ Qualitative จากการศึกษาพบว่าราคาของยาเป็นปัจจัยซึ่งมีความสำคัญมากที่สุด แพทย์ส่วนใหญ่ก็ยอมรับที่จะเข้าร่วมการสัมมนาวิชาการรวมทั้งการจัดคอร์สการสอนซึ่งจัดโดยบริษัทยา ดังนั้นบริษัทยาจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยซึ่งส่งอิทธิพลต่อการเลือกจ่ายยาอย่างมีนัยสำคัญ

Spurling et al. (2010) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาผลกระทบซึ่งเป็นปัจจัยจากบริษัทยาซึ่งรวมถึง การตีพิมพ์บทความหรือโฆษณาในวารสารทางการแพทย์ และการสนับสนุนการจัดกิจกรรมการประชุมทางการแพทย์ ซึ่งการศึกษานี้รวบรวมข้อมูลจากทั้งบทความต่าง ๆ และการสัมภาษณ์แพทย์และบริษัทยา จากการศึกษาพบว่าบริษัทยามีความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดความถี่ในการสั่งจ่ายยาที่มากขึ้น ค่าการรักษาที่สูงขึ้น และคุณภาพของการสั่งจ่ายยา แต่ทั้งนี้หลายบทความก็ยังให้ข้อมูลที่ขัดแย้งโดยไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว



รูปภาพ 2.4 forest plot แสดงผลกระทบของการโปรโมททางการตลาดต่อการสั่งจ่ายยาของแพทย์ที่มาจาก Spurling, G.K., Mansfield, P.R., Montgomery, B.D., Lexchin, J., Doust, J., Othman, N., & Vitry, A.I. (2010). Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: A systematic review. *Journal of PLoS Medicine*, 7(10), 1-22.

Rizwan, Vveinhardt, Streimikicene, and Awais (2016) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาตัวกลางและปัจจัยซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์ โดยทำการศึกษาในแพทย์ประเทศปากีสถานจำนวน 350 คน จากการศึกษาพบว่า พบความสัมพันธ์ระหว่าง Scientific literatures และการจัดประชุมวิชาการ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งจ่ายยาของแพทย์ จากข้อมูลที่ได้ทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐาน 8.1 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 8.2 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยามื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 8.3 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 8.4 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 8.5 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 9.1 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

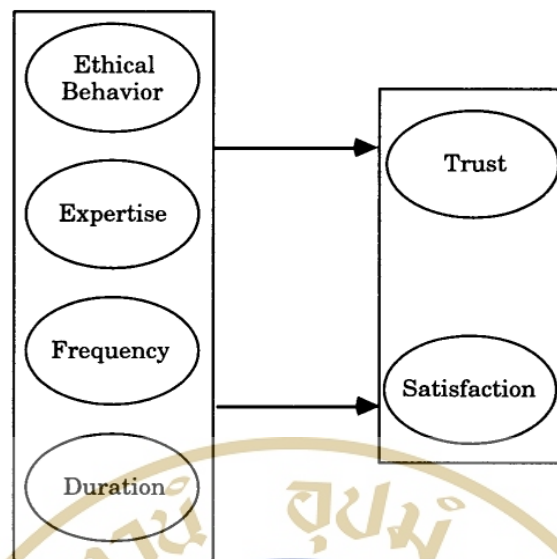
สมมติฐาน 9.2 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 9.3 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 9.4 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 9.5 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

Lagace, Dahltrom, and Jule (1991) ได้ทำการศึกษาเพื่อพิสูจน์ Model ของ Crosby, Evans, and Cowles (1990) ซึ่งได้เสนอ Model of Relationship Quality เอาไว้ โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ 90 คนที่ได้ติดต่อกับผู้แทนยา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ที่มีอายุเฉลี่ย 43.8 ปี และทำงานในวิชาชีพนี้มาเฉลี่ย 16.5 ปี เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 4 เรื่องได้แก่ จริยธรรม (Ethical behavior), ความชำนาญ (Expertise), ความถี่ในการเข้าพบ (Frequency) และระยะเวลาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้แทนยา (Duration) ต่อความเชื่อมั่นของแพทย์ (Trust) และความพึงพอใจ (Satisfaction) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า จริยธรรม (Ethical behavior) และความชำนาญ (Expertise) เป็นปัจจัยหลักที่จะก่อให้เกิดทั้งเชื่อมั่นของแพทย์ (Trust) และความพึงพอใจ (Satisfaction) ในขณะที่ระยะเวลาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้แทนยา (Duration) ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งสอง ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความเห็นว่าเกิดเนื่องจากแพทย์จะให้น้ำหนักกับผลสัมฤทธิ์ทางการรักษามากกว่าระยะเวลาความสัมพันธ์ดังกล่าว ในขณะที่ความถี่ในการเข้าพบ (Frequency) ให้ผลเชิงลบกับเชื่อมั่นของแพทย์ (Trust) ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะให้บริษัทมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพของการเข้าพบเพื่อให้ข้อมูลแก่แพทย์มากกว่าการมุ่งเน้นที่ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ และได้อ้างอิงข้อความของ Hunt, Chonko, and Wilcox (1984) ที่ว่า “ปัญหาทางจริยธรรมมักเกิดขึ้นเมื่อมีการพบประเพณีสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล” ดังนั้น หากมีการเข้าพบถี่ก็จะมีผลต่อระดับความเชื่อถือนี้อาจเกิดจากปัญหาด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นได้

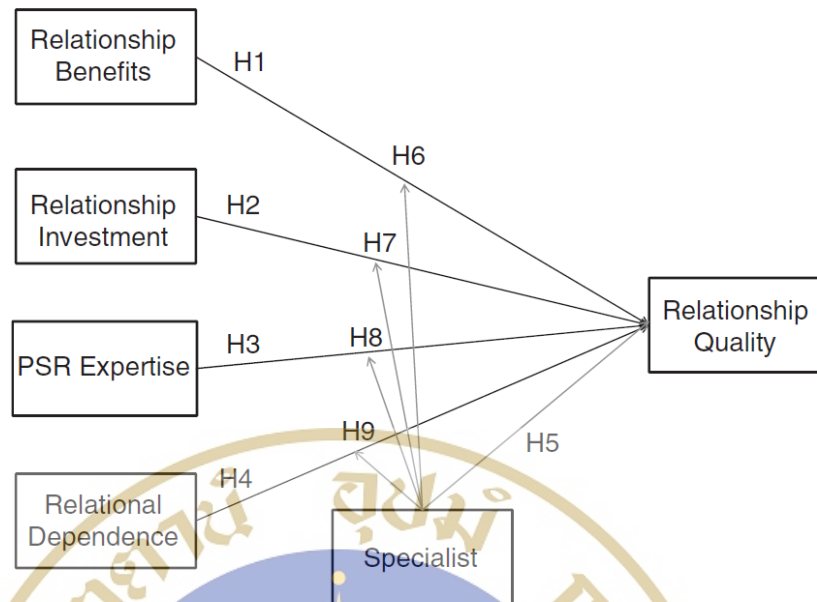


รูปภาพ 2.5 Model of Relationship Quality ของ Crosby, Evans and Cowles (1990)

ที่มา: Lagace, R.R., Dahltrom, R., & Jule B.G. (1991). The relevance of ethical salesperson behavior on relationship quality: the pharmaceutical industry. *The Journal of Personal Selling & Sale Management*, 11(4), 39-47.

Hilliard and Chambers (2006) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกุมารแพทย์และภาคธุรกิจเวชภัณฑ์พบว่า ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับภาคธุรกิจเวชภัณฑ์ ซึ่งบริษัทยาส่งอิทธิพลอย่างนัยสำคัญต่อแพทย์และกุมารแพทย์ ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา

Clark, Vorhies, and Bentley (2011) ได้ทำการศึกษาผลกระทบต่อแพทย์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาคุณภาพของรูปแบบความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างผู้แทนยาและแพทย์ โดยมุ่งประเด็นการศึกษาไปที่การทำความเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ซึ่งสร้างขึ้นโดยบริษัทยา ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ การลงทุน ความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้แทนยา การพึ่งพาอาศัยกัน และคุณภาพของความสัมพันธ์ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพระหว่างผู้แทนยาและแพทย์ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังศึกษาถึงผลของตัวกลางคือความเชี่ยวชาญของผู้แทนยา(Specialist) และพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อระดับความสัมพันธ์ต่อแพทย์ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทุกปัจจัยมีอิทธิพลเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพระหว่างบริษัทยาและแพทย์



รูปที่ 2.6 Model ของการศึกษาความสัมพันธ์ของ Clark, Vorhies, and Bentley (2011)

ที่มา: Clark, M., Vorhies, D., & Bentley, J. (2011). Relationship quality in the pharmaceutical industry: An empirical analysis. *Journal of Medical Marketing*, 11, 144 – 155.

Shamim-ul-Haq, Ahmed, Ahmad, Khoso, and Parmar (2014) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสั่งจ่ายของแพทย์ในประเทศปากีสถานซึ่งจากการศึกษาพบว่า กลยุทธ์ทางการตลาดซึ่งรวมถึง ผลิตภัณฑ์ ราคา โปรโมชัน และบริษัทผู้จำหน่าย ซึ่งแต่ละบริษัทได้ใช้ในการพัฒนาเป็นเครื่องมือทางการตลาดเพื่อให้เกิดการสั่งจ่ายของแพทย์ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสั่งจ่ายของแพทย์ในประเทศปากีสถานได้แก่ เป็นยาชนิดใหม่ (New drug) ในตลาดและเครื่องมือทางการตลาด อาทิเช่น การสนับสนุนแพทย์เข้าร่วมการประชุมวิชาการ อุปกรณ์เครื่องมือทางการตลาดเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบริษัท หรือการให้ตัวอย่างยา จากข้อมูลที่ได้ทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐาน 10.1 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 10.2 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 10.3 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 10.4 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 10.5 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

Morgan, Dana, Loewenstein, Zinberg, and Schulkin (2006) ได้ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับสูติ-นรีแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ได้มีการรับตัวอย่างยา ข้อมูลยา หุ่นจำลอง และค่าที่ปรึกษาจากบริษัท ซึ่งกิจกรรมทางการตลาดเหล่านี้ส่งผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ โดย 33% ของแพทย์ยอมรับว่าการรับตัวอย่างยามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจจ่ายยานั้นมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์มีการสั่งจ่ายยาอันเนื่องจากอิทธิพลของสิ่งของที่ได้รับจากบริษัทมากกว่าความจำเป็นในการได้รับยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แพทย์ส่วนใหญ่ที่จ่ายตัวอย่างยาให้กับผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ความสะดวก มากกว่าการต้องการจ่ายเพื่อองค์ความรู้ด้านประสิทธิภาพยา ดังนั้นการควบคุมเรื่องตัวอย่างยาจึงควรมีการควบคุมการจ่ายแจกให้แก่แพทย์อย่างเหมาะสม

Hilliard and Chambers (2006) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกุมารแพทย์และภาคธุรกิจเวชภัณฑ์พบว่า ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับภาคธุรกิจเวชภัณฑ์ ผ่านกิจกรรมและการให้สิ่งของดังรายการในตารางที่ 2.4

ตาราง 2.4 ตัวอย่างกิจกรรมที่ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และอุตสาหกรรมยา

Product-related stationery
Practice-related gifts
Sponsorship of textbooks
Drug samples
Sponsorship of prizes
Lunch meetings with free food
Hospitality at meetings
Travel to meetings
Sponsorship of educational meetings
Authorship of clinical guidelines
Consulting to companies
Sponsorship of professional bodies
Sponsorship, authorship and publication of research
Funding of patient support groups

ที่มา: Hilliard, T., & Chambers, T. (2006). The relationship between paediatricians and commerce. *Pediatric Respiratory Reviews*, 7, 54–59.

Sultana and Khosru (2011) ทำการศึกษาเรื่องการให้ของขวัญแก่แพทย์เพื่อทำการไปโมทผลิตภัณฑ์ยาแก่แพทย์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจ่ายยานั้น ๆ ในประเทศบังกลาเทศ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า บริษัทยาส่วนใหญ่นิยมที่จะให้ของขวัญแก่แพทย์เพื่อหวังผลที่จะไปโมทคุณภาพของผลิตภัณฑ์ของตน โดย 84.62% จากบริษัทที่สำรวจมีความเชื่อว่าการให้ของขวัญดังกล่าวจะกระตุ้นการใช้ยาของแพทย์ได้ ในขณะที่ 87% ของแพทย์กลับพิจารณาภาพลักษณ์ของบริษัทที่ผลิตและคุณภาพของยาเมื่อต้องพิจารณาจ่ายยา นอกจากนี้ยังพบว่า 50.5% ของแพทย์ต้องการข้อมูลยา



มากกว่าของขวัญ แต่มีเพียง 11.77% ของบริษัทยาเท่านั้นที่เห็นด้วย

รูปภาพ 2.7 ของขวัญที่แพทย์นิยม

ที่มา: Sultana, S., & Khosru, K.H. (2011). Practice of using gifts as promotional materials for marketing of pharmaceutical products in Bangladesh: A survey conducted on general physicians and representatives from pharmaceutical companies. *Stamford Journal of Pharmaceutical Sciences*, 4(2), 13-18.

Gupta, Nayak and Sivaranjani (2016) ได้ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ในโรงเรียนแพทย์กับผู้แทนยาจากบริษัทยา พบว่าแพทย์มากกว่า 60% มีการพบปะกับผู้แทนยาทุกเดือน แต่แพทย์ 69.1% เชื่อว่าผู้แทนยามีการโฆษณาเกินจริงและบิดเบ่งข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาซึ่งเป็นอันตราย ในขณะที่แพทย์ 61.7% คิดว่าผู้แทนยามีผลต่อการตัดสินใจจ่ายยาของแพทย์ และแพทย์ 63% มีการรับอุปกรณ์ทางการตลาด (Promotional tools) จากบริษัทยา เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ในสำนักงาน ตัวอย่างยา ตำรา และวารสารทางการแพทย์ ในช่วง 12 เดือน

จากข้อมูลที่ได้ทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐาน 11.1 การตอกย้ำตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 11.2 การตอกย้ำตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำ

ผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 11.3 การตอกย้ำตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อ

ผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 11.4 การตอกย้ำตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 11.5 การตอกย้ำตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 12.1 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 12.2 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความพยายามใน

การแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 12.3 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อ

ยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 12.4 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่าย

ยา

สมมติฐาน 12.5 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

McKinney et al. (1990) ได้ศึกษาสำรวจความคิดเห็นของอาจารย์แพทย์และแพทย์นักเรียนแพทย์จาก 7 โรงพยาบาล เกี่ยวกับทัศนคติต่อประโยชน์ของข้อมูลและบริการของบริษัทยาเมื่อเทียบกับความเสี่ยงด้านจริยธรรมในการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับผู้แทนยาจากบริษัทต่าง ๆ ซึ่งการศึกษานี้มีแพทย์เข้าร่วมการศึกษา 575 คน จากการศึกษาพบว่า นักเรียนแพทย์มีความเห็นว่าการติดต่อกับผู้แทนยามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจจ่ายยา มากกว่า 67% ของอาจารย์แพทย์ และ 77% ของนักเรียนแพทย์เห็นว่าแพทย์ควรรับสิ่งของจากบริษัทยาได้ โดยมากกว่าครึ่งเห็นว่าควรรับของได้ แม้ว่าของนั้นจะมีมูลค่ามากกว่า 100 เหรียญสหรัฐฯ ก็ตาม แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าควรลดการจัดการนำเสนอข้อมูลยาของผู้แทนยาในโรงพยาบาล

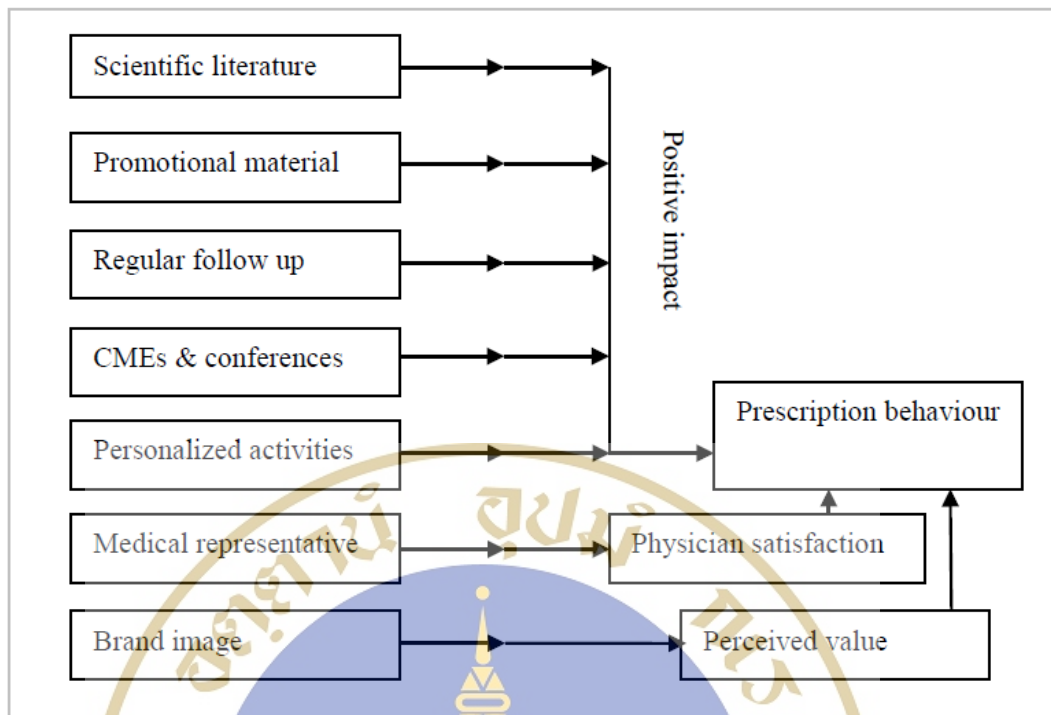
Lagace et al. (1991) ได้ทำการศึกษาเพื่อพิสูจน์ Model ของ Crosby et al. (1990) ซึ่งได้เสนอ Model of Relationship Quality เอาไว้ โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ 90 คนที่ได้ติดต่อกับผู้แทนยา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ที่มีอายุเฉลี่ย 43.8 ปี และทำงานในวิชาชีพนี้มาเฉลี่ย 16.5 ปี เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 4 เรื่องได้แก่ จริยธรรม (Ethical behavior), ความ

ชำนาญ (Expertise), ความถี่ในการเข้าพบ (Frequency) และระยะเวลาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้แทนยา (Duration) ต่อความเชื่อมั่นของแพทย์ (Trust) และความพึงพอใจ (Satisfaction) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า จริยธรรม (Ethical behavior) และความชำนาญ (Expertise) เป็นปัจจัยหลักที่จะก่อให้เกิดทั้งเชื่อมั่นของแพทย์ (Trust) และความพึงพอใจ (Satisfaction) ในขณะที่ระยะเวลาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้แทนยา (Duration) ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งสอง ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความเห็นว่าเกิดเนื่องจากแพทย์จะให้คำแนะนำกับผลสัมฤทธิ์ทางการรักษามากกว่าระยะเวลาความสัมพันธ์ดังกล่าว ในขณะที่ความถี่ในการเข้าพบ (Frequency) ให้ผลเชิงลบกับเชื่อมั่นของแพทย์ (Trust) ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะให้บริษัทมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพของการเข้าพบเพื่อให้ข้อมูลแก่แพทย์มากกว่าการมุ่งเน้นที่ความถี่ในการเข้าพบแพทย์

Harris (2009) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของผู้แทนยาต่อพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์พบว่า จากการศึกษาพบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำการตลาดแบบ one-on-one ของบริษัทยาด้วยการส่งผู้แทนยาเข้าไปพบปะกับแพทย์เพื่อนำเสนอข้อมูลรวมทั้ง Promotion ส่งผลต่อการตัดสินใจจ่ายยาของแพทย์ ซึ่งได้ยกรการศึกษาในประเทศเคนมาร์กซึ่งพบว่า ด้วยการส่งผู้แทนยาเข้าพบแพทย์เพื่อให้ข้อมูลช่วยเพิ่มสัดส่วนทางการตลาดของยา fixed dose combination inhaled corticosteroid and long-acting b2-agonist (LABA) ซึ่งเป็นยารักษาโรคหืดได้ จากการศึกษาของ Harris G. สรุปได้ว่า ผู้แทนยามีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์ได้

Clark et al. (2011) ได้ทำการศึกษาผลกระทบต่อแพทย์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาคุณภาพของรูปแบบความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างผู้แทนยาและแพทย์ โดยการศึกษานี้ยังศึกษาถึงผลของตัวกลางคือความเชี่ยวชาญของผู้แทนยา (Specialist) และพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อระดับความสัมพันธ์ต่อแพทย์ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทุกปัจจัยมีอิทธิพลเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพระหว่างบริษัทยาและแพทย์ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าความเชี่ยวชาญของผู้แทนยาเป็นตัวกลางสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดการรับรู้และความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์อีกด้วย

Rizwan, Vveinhardt, Streimikiene, and Awais (2016) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาตัวกลางและปัจจัยซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์ จากการศึกษาพบว่า พบความสัมพันธ์ระหว่าง Scientific literatures, promotional material, การเข้าพบแพทย์ของผู้แทนยา, การจัดประชุมวิชาการ และกิจกรรมส่วนตัวของแพทย์ร่วมกับบริษัทยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งจ่ายยาของแพทย์โดยเกิดผ่านผู้แทนยา และภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมการสั่งจ่ายยาของแพทย์



รูปภาพ 2.8 Model ของ Rizwan, Vveinhardt, Streimikiene, and Awais (2016)

ที่มา: Rizwan, R.A., Vveinhardt, J., Streimikiene, D., & Awais, M. (2016). Mediating and marketing factors influence the prescription behavior of physicians: An empirical investigation. *Economic Interferences*, 18(41), 153-167.

จากข้อมูลที่ได้ทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐาน 13.1 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 13.2 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 13.3 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 13.4 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 13.5 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของกลุ่มยาของบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบกระดาษเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามลำดับขั้นตอนดังนี้

- 3.1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5. การจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

3.1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ บุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ (สำหรับช่องทางโรงพยาบาล) และเภสัชกร (สำหรับช่องทางร้านยา) ทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดภูมิภาคต่าง ๆ ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน สาเหตุที่เลือกกลุ่มประชากรเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยแพทย์และเภสัชกรก็เนื่องจากยาในกลุ่มยาต้านจุลชีพส่วนใหญ่มักขึ้นทะเบียนเป็นยาอันตราย ซึ่งจะต้องถูกสั่งจ่ายโดยแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น นอกจากนี้เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคท้องเสียซึ่งมีทั้งกลุ่มผู้ป่วยเด็ก และผู้ใหญ่รวมทั้งผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อเป็นโรคดังกล่าวมักจะรักษาโดย กุมารแพทย์สำหรับผู้ป่วยเด็ก และอายุรแพทย์สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษานี้จึงถูกออกแบบให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรดังกล่าวด้วย และเนื่องจากจำนวนผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ยังทำงานให้บริการอยู่แท้จริงมี

จำนวนไม่แน่นอน ดังนั้นการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Infinite Population) ด้วยสูตรของ W.G. Cochran (Cochran, 1997 อ้างอิงในธีรวิฑู เอกะกุล, 2543 ธานีินทร์ ศิลป์จารุ, 2550) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 และกำหนดร้อยละ 50 เป็นค่าที่ต้องการสุ่มจากประชากรทั้งหมด โดยมีสูตรคำนวณดังนี้

สูตร $n = Z^2 * P * (1-P) / e^2$, เมื่อ n แทนขนาดของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

P แทน ค่าร้อยละที่ต้องการสุ่มจากจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งกำหนดเท่ากับร้อยละ 50 หรือ .50 จากประชากรทั้งหมด ทั้งนี้กำหนดค่า P ไม่ต่ำกว่า 50% ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จึงจะอยู่ที่ระดับความเชื่อถือได้ (ธานีินทร์ ศิลป์จารุ, 2550 อ้างใน วิฑูยาภรณ์ ธีรานูวรรณ์, 2554)

Z แทน ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติมาตรฐานกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 (เมื่อเปิดตารางสถิติได้ค่า Z = 1.96)

e แทน ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งกำหนดเท่ากับร้อยละ 5 หรือ .05 (e = 0.05)

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = (1.96)^2 * (0.05) * (0.05) / (0.05)^2$$

$$n = (3.8416) * (0.25) / (0.0025)$$

$$n = (0.9604) / (0.0025)$$

$$n = 384.16 \text{ หรือประมาณ } 384 \text{ ตัวอย่าง}$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษารั้งนี้ เป็นจำนวน 384 คน และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่จะได้คือกลับมาอีกทั้งเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน

การสุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

1. วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) โดยกำหนดโควตาแบ่งตามประเภทของผู้ให้บริการสาธารณสุข คือ แพทย์ 50% และเภสัชกรประจำร้านขายยา 50% จากนั้นแบ่งตามภูมิภาค โดยแบ่งเป็น กรุงเทพฯ และปริมณฑล 50% และต่างจังหวัด 50% โดยอาศัยการแบ่งตามเขตของผู้แทนยาของบริษัท แอ็บบอด ลาบอแรตอรีส จำกัด ซึ่งจะมีทั้งผู้แทนทีมขายแผนก

โรงพยาบาล และผู้แทนขายแผนกร้านขายยา กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดอย่างละเท่าเทียมกัน รวมเป็นแบบสอบถาม 500 ชุด

2. วิธีสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) โดยผู้แทนขายแต่ละคน หลังจากได้รับแบบสอบถามแล้ว ได้แจกทำกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยสะดวกให้ครบตามจำนวนแบบสอบถาม 500 ชุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. 2016/11-132) ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการให้ผู้ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้การเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นไปด้วยความสมัครใจเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่เสียประโยชน์หรือได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น หากผู้ร่วมตอบแบบสอบถามไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ การรายงานผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวมและดำเนินการด้วยความระมัดระวังรัดกุม ไม่มีการอ้างชื่อของผู้ให้ข้อมูลหรือเผยแพร่ข้อมูลส่วนตัวใดๆ ก่อนได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล

3.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ที่มาของข้อคำถาม (measurement item)

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบและประสบการณ์เกี่ยวกับการตัดสินใจจ่ายยา ได้แก่ แพทย์ 3 ท่าน เกษัชกร 2 ท่าน และสัมภาษณ์ผู้จัดการแผนกการตลาดจากบริษัทฯ 2 ท่าน ซึ่งได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมรวมทั้งแนวทางในการทำการตลาดเพื่อสนับสนุนให้เกิดการสั่งจ่ายยาของแพทย์ ซึ่งการสัมภาษณ์ทั้งหมดอาศัยหลักคิดพื้นฐานจากกลยุทธ์ส่วนประสมทางการตลาด (Marketing mix strategies; 4 Ps) (Sattar & Maqsood, 2003, p.38-56)

สำหรับข้อความของตัวแปรรูปแบบการให้ยา ขนาดและระยะเวลาการให้ยา บรรจุภัณฑ์ และข้อมูลเชิงวิชาการ ดัดแปลงมาจาก Steele, Blumer & Kalish, 2002, p.208-213 และ Theodorou1, et al., 2009, p.1-9 ข้อคำถามของตัวแปรความเอื้อเชิงนโยบาย และราคา ดัดแปลงมาจาก Buusman, Andersen, Merrild & Elverdam, 2007, p.208-213 ข้อคำถามของตัวแปรความพร้อมในการจ่าย สร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์และประสบการณ์ของผู้วิจัย ข้อคำถามของตัวแปรกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ การสร้างการรับรู้ ดัดแปลงมาจาก Rizwan, Vveinhardt, Streimikiene & Awais, 2016, 153-167 ข้อคำถามของตัวแปรความสัมพันธ์ ดัดแปลงมาจาก Clark, Vorhies & Bentley, 2011, p.153-167 ข้อคำถามของตัวแปรการต่อยุ่ตราสินค้า และความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ ดัดแปลงมาจาก Hilliard & Chambers, 2006, p.54-59 ข้อคำถามของตัวแปรความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ ดัดแปลงมาจาก Rizwan, Vveinhardt, Streimikiene & Awais, 2016, 153-167

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามเรื่อง แนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งประกอบด้วยการใช้คำถามปลายปิด (Closed-Ended Question) โดยแบบถามสอบแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านแนวทางการจ่ายยาโรคท้องเสีย

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 4 พฤติกรรมและแนวทางในการเลือกจ่ายยา

ตอนที่ 5 ระดับอิทธิพลหรือกิจกรรมที่มีต่อแนวทางการเลือกจ่ายยา

โครงสร้างการพัฒนาแบบสอบถาม มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎี หลักการ และแนวคิดจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) ทั้งจากหนังสือ บทความ วารสารวิชาการวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับแนวคิดงานวิจัย

2. คำถามตอนที่ 3, 4, 5 ผู้วิจัยพัฒนามาจากประสบการณ์ที่ได้ทำงานมาในธุรกิจนี้ รวมทั้งจากการสัมภาษณ์พูดคุยกับแหล่งข้อมูลซึ่งเป็นทั้งแพทย์และเภสัชกร จากนั้นได้พัฒนาชุดแบบสอบถามและได้ทำการพิสูจน์หรือ Validate ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

การวัดตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย

การวัดตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยนี้ มาตรฐานที่นำมาใช้จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละตอนของแบบสอบถาม โดยขึ้นอยู่กับลักษณะของตัววัดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข ประเภทสถานพยาบาลที่ทำงานให้บริการ ภูมิภาค รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ (Nominal Scale) และประเภทเรียงลำดับ (Ordinal Scale) โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้คำตอบเดียวในแต่ละหัวข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านแนวทางการจ่ายยารักษาโรคท้องเสีย มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่รักษาต่อสัปดาห์ สัดส่วนการให้การรักษาผู้ป่วยโรคท้องเสีย พฤติกรรมการจ่ายยาต้านอุจจาระร่วง (Anti-Diarrhea drug) จำนวนครั้งของความต้องการในการพบผู้แทนยา และราคายาที่คิดว่าเหมาะสมในการรักษาโรคท้องเสีย โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ (Nominal Scale) และประเภทเรียงลำดับ (Ordinal Scale) โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้คำตอบเดียวในแต่ละหัวข้อ

ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสินค้า (ได้แก่ รูปแบบการให้ยา ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา บรรจุภัณฑ์ ข้อมูลเชิงวิชาการ ความเอื้อเชิงนโยบาย) ด้านราคา ด้านความพร้อมในการจ่ายยา ด้านกิจกรรมทางการตลาด (ได้แก่ กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ การสร้างการรับรู้ ความสัมพันธ์ การต่อยอดตราสินค้า ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์) ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบ Interval Scale และใช้มาตราการประเมินตัววัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามแนวของลิเคิร์ต (Likert) แต่ละข้อคำถามให้เลือกตามลำดับความคิดเห็น 5 ระดับ และตามลำดับความสำคัญ โดยกำหนดค่าน้ำหนักของคะแนนการประเมินค่าดังนี้

ระดับคะแนนของข้อคำตอบตามระดับความคิดเห็น

ระดับคะแนน

5

4

3

ระดับความสำคัญที่มีต่อปัจจัย

สำคัญมากที่สุด

สำคัญมาก

สำคัญปานกลาง

2	สำคัญน้อย
1	สำคัญน้อยที่สุดหรือไม่สำคัญ

เกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยค่าความสำเร็จ กำหนดเป็นช่วงคะแนนโดยใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลตามหลักการแบ่งอันตรภาคชั้น (Interval Scale) จากสูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พิสัย} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{ช่วงคะแนน} \\ &= (5-1)/5 \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

จากสูตรข้างต้นสามารถสรุปเกณฑ์การแปลความหมายคะแนน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง ความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง ความสำคัญอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง ความสำคัญอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง ความสำคัญอยู่ในระดับน้อยที่สุดหรือไม่สำคัญ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมและแนวทางในการเลือกจ่ายยา ได้แก่ พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ ความบ่อยในการจ่ายยา การบอกต่อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามแนวทางของลิเคิร์ต (Likert) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตามลำดับความคิดเห็น 5 ระดับ โดยกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินค่าดังนี้

<u>ระดับคะแนน</u>	<u>ระดับความสำคัญที่มีต่อปัจจัย</u>
5	สำคัญมากที่สุด
4	สำคัญมาก
3	สำคัญปานกลาง
2	สำคัญน้อย
1	สำคัญน้อยที่สุดหรือไม่สำคัญ

เกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยค่าความสำเร็จ กำหนดเป็นช่วงคะแนน โดยการใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลตามหลักการแบ่งอันตรภาคชั้น (Interval Scale) จากสูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พิสัย} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{ช่วงคะแนน} \\ &= (5-1)/5 \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

จากสูตรข้างต้นสามารถสรุปเกณฑ์การแปลความหมายคะแนน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง ความเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง ความเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง ความเห็นด้วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง ความเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง ความเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 5 เป็นการให้คะแนนเป็นสัดส่วนร้อยละในอิทธิพลหรือกิจกรรมที่มีผลต่อแนวทางการตัดสินใจเลือกจ่ายยา โดยมีคะแนนเต็มร้อยละ 100

3.3 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

หลังจากการกำหนดหน่วยวัดและออกแบบแบบสอบถามสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนดำเนินการแจกแบบสอบถามจริง โดยการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากข้อมูลที่ได้ทำการศึกษาและข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งได้ตรวจสอบแก้ไข พิจารณาจัดเรียงลำดับเนื้อหาเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ รวมทั้งการใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการทดสอบความเที่ยงตรงและสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อให้ได้คำถามที่ถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้มากที่สุด

จากนั้นได้มีการนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบ (Pilot Test) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยจริง เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาอีก

ครั้งก่อนทำการแจกแบบสอบถามจริง ทั้งนี้กลุ่มผู้ทดสอบทั้ง 30 คนได้อ่านคำถามอย่างละเอียด และผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากกลุ่มผู้ทดสอบให้เสนอแนะเพิ่มเติมหากพบว่าคำถามนั้นกำกวมหรือไม่สามารถทำความเข้าใจได้โดยง่าย ทั้งนี้ความเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสามารถนำมาพัฒนาเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความชัดเจน ถูกต้อง และง่ายต่อการทำความเข้าใจมากที่สุดก่อนการนำไปแจกเพื่อทำแบบสอบถามจริงกับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ทดสอบทั้ง 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนโดยนำผลที่ได้จากแบบสอบถามไปทดสอบข้อมูลในโปรแกรม SPSS เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาของแต่ละปัจจัยมากกว่า 0.7 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Nunnally and Berntein, 1994) สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลต่อไป

ตาราง 3.1 ตารางแสดงผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability)

ตัวแปร		Cronbach's Alpha	
ตัวแปรอิสระ	รูปแบบการให้ยา	Attri	0.680
	ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose	0.701
	บรรจุภัณฑ์	Pack	0.897
	ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid	0.809
	ความเอื้อเชิงนโยบาย	Poli	0.885
	ราคา	Price	0.791
	ความพร้อมในการจ่าย	Avali	0.856
	กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor	0.808
	การสร้างการรับรู้	Awar	0.835
	ความสัมพันธ์	Relat	0.898
	การต่อยุ่ตราสินค้า	Visibi	0.944
	ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil	0.838
	ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR	0.776

ตาราง 3.1 ตารางแสดงผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) (ต่อ)

ตัวแปร		Cronbach's Alpha
ตัวแปรตาม	พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	Decis 0.808
	ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรง ต้านจากผู้ป่วย	Resist 0.831
	ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา	Loyal 0.839
	ความถี่ในการจ่ายยา	Freq 0.837
	การบอกต่อ	WOM 0.883

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยผู้วิจัยแบ่งข้อมูลในการศึกษาออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย จำนวน 400 ราย โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 ถึง เดือนมีนาคม 2560 โดยมีวิธีการดังนี้

แบบสอบถาม (Questionnaire) ถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของแพทย์ และส่วนของเภสัชกรประจำร้านยา โดยแบ่งและมอบหมายให้ผู้แทนฝ่ายขายทีมโรงพยาบาล และทีมร้านขายยาจากนั้นในแต่ละทีม แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน คือสำหรับกลุ่มตัวอย่างเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล และต่างจังหวัด จากนั้นทำการแบ่งให้ผู้แทนแต่ละคนในทีมปริมาณเท่าๆ กัน ซึ่งผู้แทนฝ่ายขายแต่ละคนจะดูแลเขตขายของตนนำแบบสอบถามนี้ไปให้กับลูกค้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถาม โดยผู้แทนขายแต่ละคนจะนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม จำนวนรวม 500 ชุด เมื่อครบกำหนดเวลาคือเดือนมีนาคม 2560 ผู้แทนแต่ละคนจะรวบรวมแบบสอบถามและนำกลับมาส่งคืนให้กับผู้วิจัย เมื่อได้รับแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้อง

สมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้อำดับต้นทีในเครื่องคอมพิวเตอร์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับคำนวณผลทางสถิติ (SPSS)

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้จากการค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากเอกสาร บทความ วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ วรสารทางวิชาการ อินเทอร์เน็ต และสิ่งพิมพ์เผยแพร่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนข้อมูลที่ปรากฏอยู่บนเว็บไซต์ต่างๆ โดยมุ่งเน้นศึกษาข้อมูลที่มาจากสถานศึกษา เนื้อหาทางวิชาการและบทความที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เพื่อให้ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สมบูรณ์ที่สุด

3.5 การจัดทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

1. การจัดทำข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 500 ชุดแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำข้อมูลโดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

- ตรวจสอบข้อมูล (Editing) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก

- ดำเนินการลงรหัส (Coding) เพื่อเปลี่ยนสภาพข้อมูล (Data) แล้วนำข้อมูลมาบันทึกลงคอมพิวเตอร์เพื่อประมวลผล

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำผลที่ได้รวบรวมจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Science) เพื่อทำการพิสูจน์สมมติฐานของงานวิจัยนี้โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Level of Significance)

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และทดสอบสมมติฐาน

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ใช้ค่าสถิติ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือการใช้สถิติเพื่ออธิบายข้อมูลที่มีอยู่ โดยไม่ได้นำไปพยากรณ์ประชากรแต่อย่างใด แต่ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของพื้นฐานส่วนบุคคล และพฤติกรรม ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบายพื้นฐาน

ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพื่อดูการกระจายของตัวแปร และนำมาเปรียบเทียบกับสภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) ใช้เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล และอธิบายตัวแปรเพื่อให้ทราบแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) การวิเคราะห์สมมติฐานที่ตั้งไว้ (Hypothesis Testing) กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 และเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมกับตัวแปรแต่ละชนิด ดังนี้ การทดสอบด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยใช้การทดสอบนี้กับสมมติฐานที่ต้องการทดสอบเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม (Dependent Variable) กับตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้



บทที่ 4

ผลการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษา แนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของกลุ่มยาของบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และมีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบกระดาษเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บแบบสอบถามจำนวน 401 ตัวอย่าง

ข้อมูลที่ได้จากการแจกแบบสอบถามได้นำมาวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

- 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์กับตัวแปรตาม
- 4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

สัญลักษณ์ที่ใช้ในงานวิจัย

N	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย
SD	หมายถึง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
SE	หมายถึง	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
R	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ
R ²	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุหรือค่าความ

แปรปรวนที่สามารถทำนายตัวแปรตามได้ด้วยตัวแปรอิสระ

B	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Coeff)
β	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน
t	หมายถึง	ค่าสถิติทดสอบคะแนนเฉลี่ย

p หมายถึง ค่าความน่าจะเป็นของการทดสอบสมมติฐาน (p-Value)

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทผู้ให้บริการ สาธารณสุข ประเภทสถานพยาบาลที่ทำงาน ภูมิภาค รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยแจกแจงค่าความถี่และค่าร้อยละ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตาราง 4.1 แสดงจำนวน (ความถี่) และค่าร้อยละจำแนกตามลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่ม

ตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม		
เพศ	จำนวน (คน)	สัดส่วนร้อยละ
1) ชาย	157	39.15%
2) หญิง	244	60.85%
รวม	401	100.00%
อายุ	จำนวน (คน)	สัดส่วนร้อยละ
1) ต่ำกว่า 30 ปี	68	16.96%
2) 31-40 ปี	187	46.63%
3) 41-50 ปี	114	28.43%
4) 51 ปีขึ้นไป	32	7.98%
รวม	401	100.00%
ประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข	จำนวน (คน)	สัดส่วนร้อยละ
1) แพทย์	145	36.16%
1.1) อายุรแพทย์	49	12.22%
1.2) ศัลยแพทย์	14	3.49%
1.3) กุมารแพทย์	52	12.97%
1.4) เวชศาสตร์ทั่วไป	11	2.74%
1.5) อื่นๆ เช่น นุ คอ จมูก, ไม่ระบุ	19	4.74%
2) เภสัชกร	256	63.84%
รวม	401	100.00%

ตาราง 4.1 แสดงจำนวน (ความถี่) และค่าร้อยละจำแนกตามลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่ม
ตัวอย่าง (ต่อ)

ประเภทสถานพยาบาลที่ทำงาน	จำนวน (คน)	สัดส่วนร้อยละ
1) สำหรับแพทย์	146	36.41%
1.1) โรงพยาบาลรัฐ	35	8.73%
1.2) โรงพยาบาลเอกชน	74	18.45%
1.3) โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	36	8.98%
1.4) คลินิก	1	0.25%
2) สำหรับเภสัชกร	255	63.59%
2.1) ร้านขายยาปลีก (Retail)	227	56.61%
2.2) ร้านขายยาเครือข่าย (Chain)	28	6.98%
รวม	401	100.00%
ภูมิภาค	จำนวน (คน)	สัดส่วนร้อยละ
1) กรุงเทพฯและปริมณฑล	224	55.86%
2) ต่างจังหวัด	177	44.14%
2.1) ภาคเหนือ	41	10.22%
2.2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	45	11.22%
2.3) ภาคกลางและตะวันออก	60	14.96%
2.4) ภาคใต้และตะวันตก	31	7.73%
รวม	401	100.00%
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน (คน)	สัดส่วนร้อยละ
1) ต่ำกว่า 50,000 บาท	79	19.70%
2) 50,001-100,000 บาท	147	36.66%
3) 100,001-250,000 บาท	106	26.43%
4) 250,001 บาทขึ้นไป	69	17.21%
รวม	401	100.00%
จำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาท่อสปีด้าห์	จำนวน (คน)	สัดส่วนร้อยละ
1) น้อยกว่า 25 คน	56	13.97%
2) 26-75 คน	105	26.18%
3) 76-100 คน	141	35.16%
4) 101 คน ขึ้นไป	99	24.69%
รวม	401	100.00%

จากตาราง 4.1 สามารถสรุปข้อมูลลักษณะด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 401 ราย จำแนกได้ดังนี้

ด้านเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 244 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.85 และเพศชายจำนวน 157 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.15 ตามลำดับ

ด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 31-40 ปี จำนวน 187 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.63 รองลงมาคือ อายุ 41-50 ปี จำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.43 อายุ ต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.96 และอายุ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.98 ตามลำดับ

ด้านประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเภสัชกร จำนวน 256 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.84 รองลงมาคือแพทย์ จำนวน 145 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.16 ซึ่งในจำนวนดังกล่าวนี้ สามารถแบ่งแต่ละสาขาได้ดังนี้ กุมารแพทย์ จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.97 อายุรแพทย์ จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.22 ศัลยแพทย์ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.49 เวชศาสตร์ทั่วไป จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.74 และสาขาอื่น ๆ เช่น แพทย์หู คอ จมูก หรือไม่ระบุ จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.74 ตามลำดับ

ด้านสถานพยาบาลที่ทำงานหรือให้บริการเป็นหลัก พบว่า สำหรับเภสัชกร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นร้านขายยาปลีก (Retail) มากที่สุด จำนวน 227 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.61 และร้านขายยาเครือข่าย (Chain) จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.98 ในขณะที่สำหรับแพทย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด จำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.45 รองลงมาคือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.98 โรงพยาบาลรัฐ จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.73 และคลินิก 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.25 ตามลำดับ

ด้านภูมิภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล มากที่สุด จำนวน 224 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.86 และต่างจังหวัด จำนวน 177 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.14 ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นแต่ละภูมิภาคได้ดังนี้ ภาคกลางและตะวันออก จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.96 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.22 ภาคเหนือ 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.22 และภาคใต้และตะวันตก จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.73 ตามลำดับ

ด้านรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 50,001-100,000 บาท จำนวน 147 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.66 รองลงมาคือ รายได้ 100,001-250,000 บาท จำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.43 รายได้ต่ำกว่า 50,000 บาท จำนวน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.70 รายได้ 250,001 ขึ้นไป จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.21 ตามลำดับ

ด้านจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้การรักษาผู้ป่วย 76-100 คน ซึ่งมีจำนวน 141 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.16 รองมาคือ ให้การรักษาผู้ป่วย 26-75 คน มีจำนวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.18 ให้การรักษาผู้ป่วย 101 คน ขึ้นไป มีจำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.69 และให้การรักษาน้อยกว่า 25 คน มีจำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.97

4.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์กับตัวแปรตาม

การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรอิสระด้านประชากรศาสตร์ คือ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข ประเภทสถานพยาบาลที่ทำงาน ภูมิภาค รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา ใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

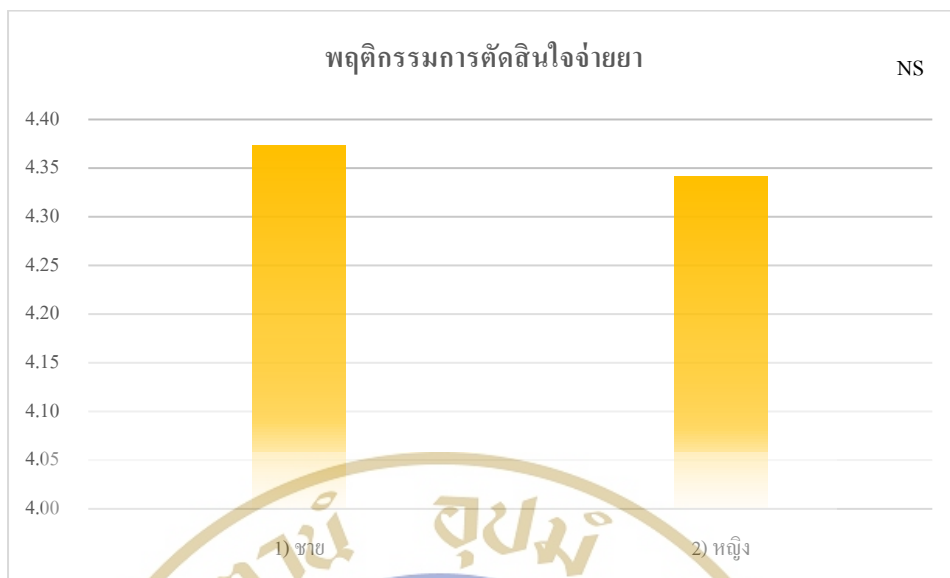
เพศ

สำหรับตัวแปรด้านเพศผู้วิจัยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ เพศชาย และเพศหญิง และหาค่าความแปรปรวนดังนี้

- พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

ตาราง 4.2 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ชาย	157	4.374	0.508	0.041	0.408	0.523
2) หญิง	244	4.342	0.481	0.031		
รวม	401	4.354	0.491	0.025		



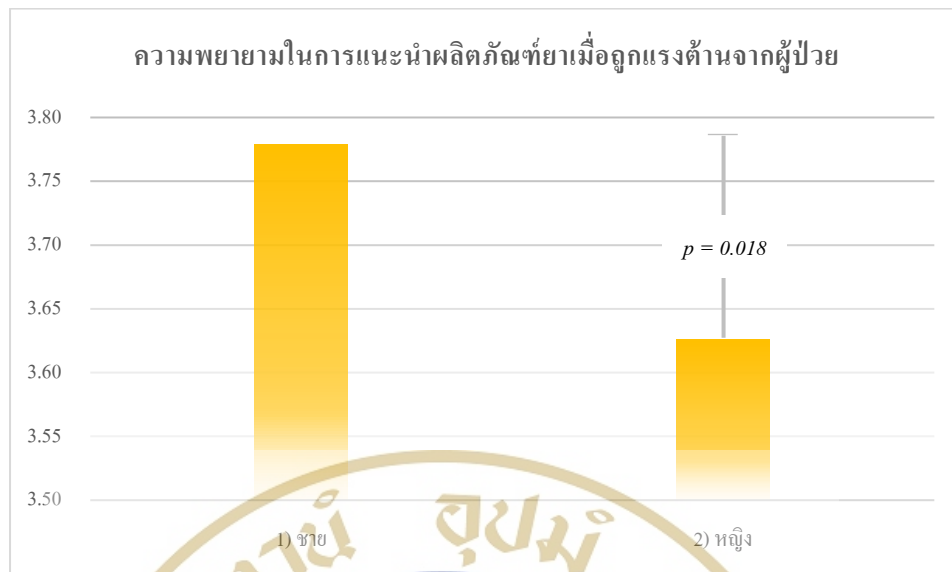
รูปภาพ 4.1 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรม การตัดสินใจจ่ายยา

จากตารางที่ 4.2 และรูปที่ 4.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านเพศ และ ระดับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับพฤติกรรม การตัดสินใจจ่ายยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .523$)

- ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

ตาราง 4.3 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศที่แตกต่าง กันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ชาย	157	3.779	0.622	0.050	5.663	0.018
2) หญิง	244	3.626	0.636	0.041		
รวม	401	3.686	0.634	0.032		



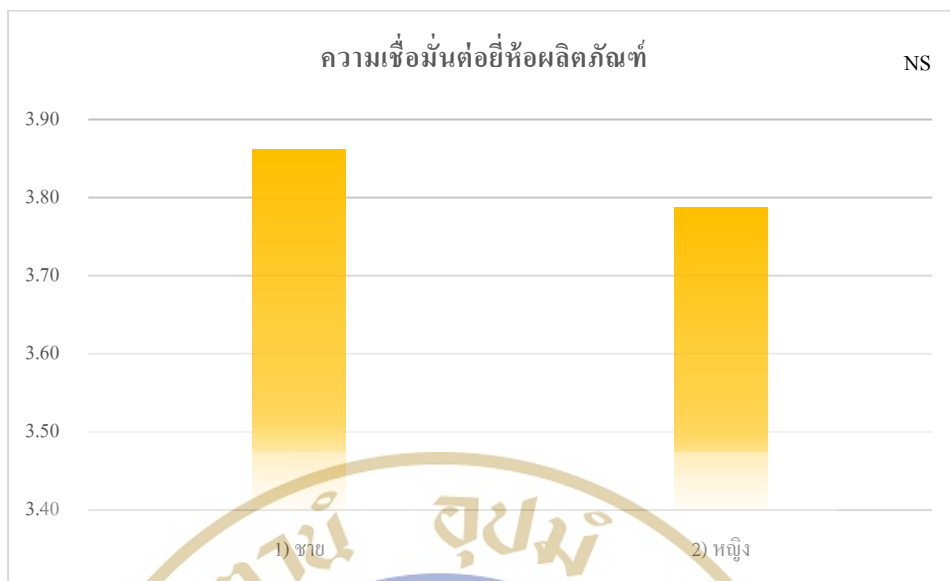
รูปภาพ 4.2 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่ต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.3 และรูปที่ 4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านเพศ และ ระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) โดยเพศหญิงมีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยน้อยกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$)

- ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

ตาราง 4.4 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศที่ต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ชาย	157	3.862	0.662	0.053	1.384	0.240
2) หญิง	244	3.787	0.598	0.038		
รวม	401	3.816	0.624	0.031		



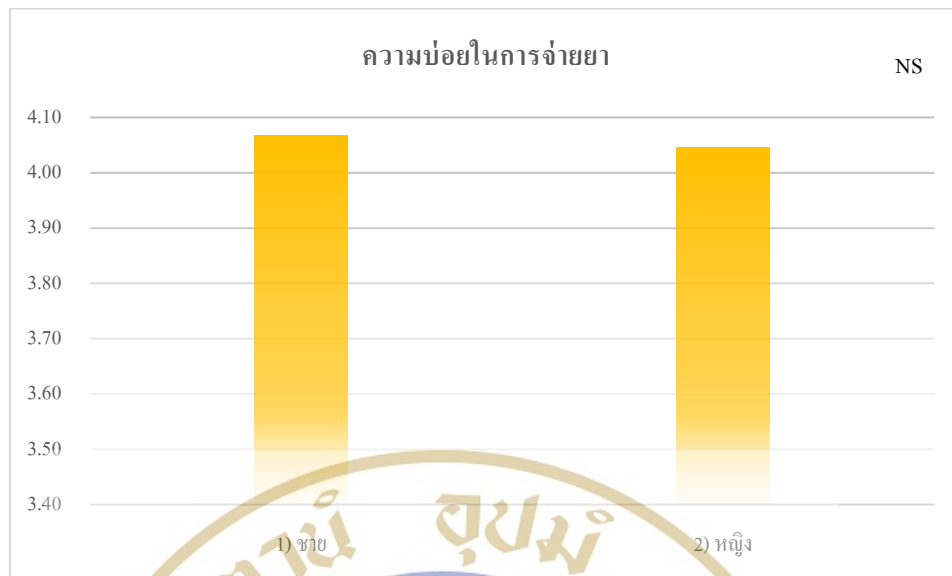
รูปภาพ 4.3 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

จากตารางที่ 4.4 และรูปที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านเพศ และ ระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .240$)

- ความบ่อยในการจ่ายยา

ตาราง 4.5 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ชาย	157	4.068	0.588	0.047	0.147	0.702
2) หญิง	244	4.046	0.521	0.033		
รวม	401	4.055	0.548	0.027		



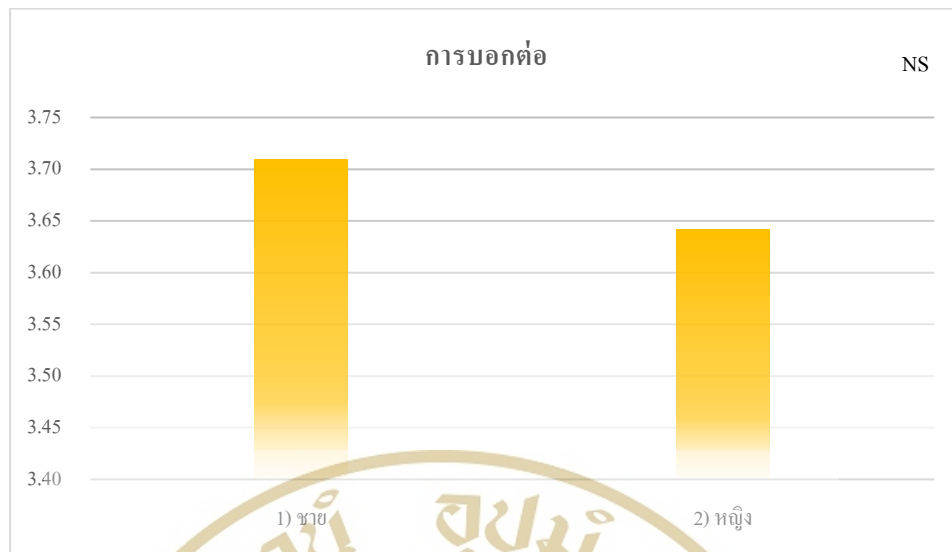
รูปภาพ 4.4 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

จากตารางที่ 4.5 และรูปที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านเพศ และ ระดับความบ่อยในการจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับความบ่อยในการจ่ายยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .702$)

- การบอกต่อ

ตาราง 4.6 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างเพศที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ชาย	157	3.709	0.670	0.053	0.969	0.326
2) หญิง	244	3.642	0.663	0.042		
รวม	401	3.668	0.666	0.033		



รูปภาพ 4.5 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศที่ต่างกันต่อการบอกต่อ

จากตารางที่ 4.6 และรูปที่ 4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านเพศ และ ระดับการบอกต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับการบอกต่อไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .326$)

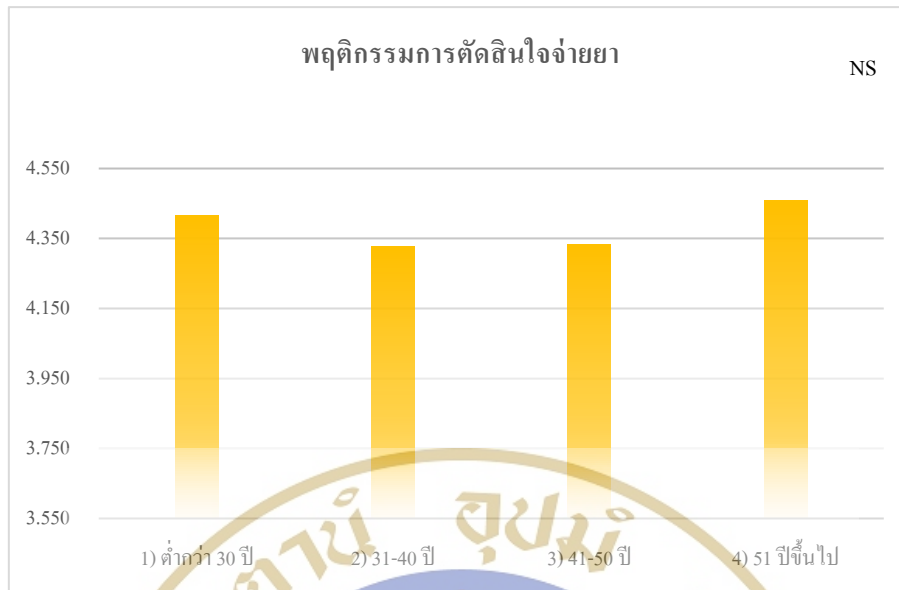
อายุ

สำหรับตัวแปรด้านระดับอายุผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ อายุต่ำกว่า 30 ปี, 31-40 ปี, 41-50 ปี, 51 ปีขึ้นไป และหาค่าความแปรปรวนดังนี้

- พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

ตาราง 4.7 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุที่ แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

กลุ่มปีจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 30 ปี	68	4.417	0.493	0.060	1.117	0.342
2) 31-40 ปี	187	4.326	0.508	0.037		
3) 41-50 ปี	114	4.333	0.457	0.043		
4) 51 ปีขึ้นไป	32	4.458	0.506	0.089		
รวม	401	4.354	0.491	0.025		



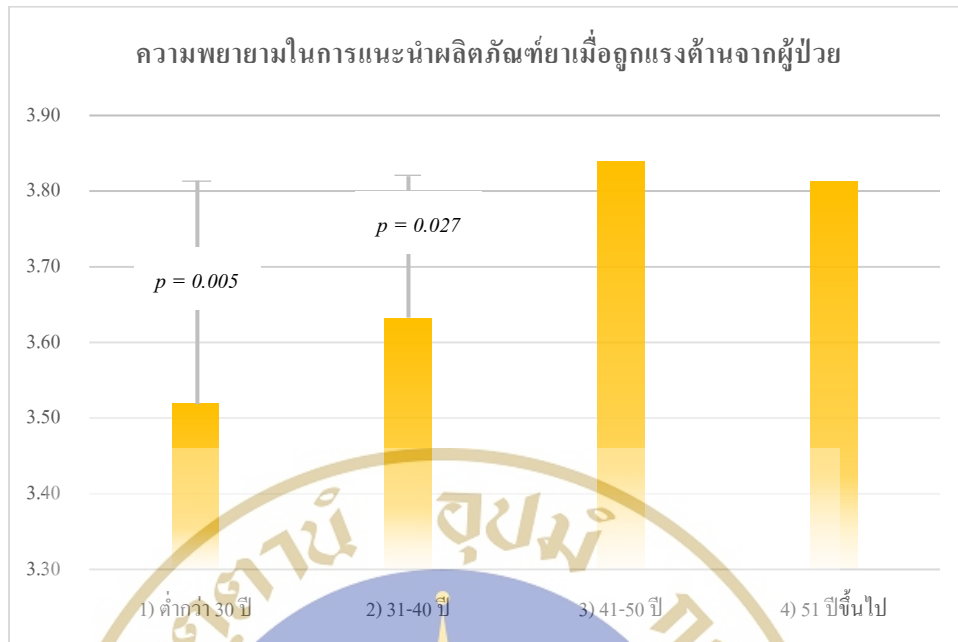
รูปภาพ 4.6 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรม การตัดสินใจง่ายยา

จากตารางที่ 4.7 และรูปที่ 4.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้าน ระดับอายุและ ระดับพฤติกรรมการตัดสินใจง่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุแตกต่างกันมี ระดับพฤติกรรมการตัดสินใจง่ายยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .342$)

- ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

ตาราง 4.8 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุที่ แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 30 ปี	68	3.520	0.597	0.072	4.804	0.003
2) 31-40 ปี	187	3.631	0.606	0.044		
3) 41-50 ปี	114	3.839	0.661	0.062		
4) 51 ปีขึ้นไป	32	3.813	0.666	0.118		
รวม	401	3.686	0.634	0.032		



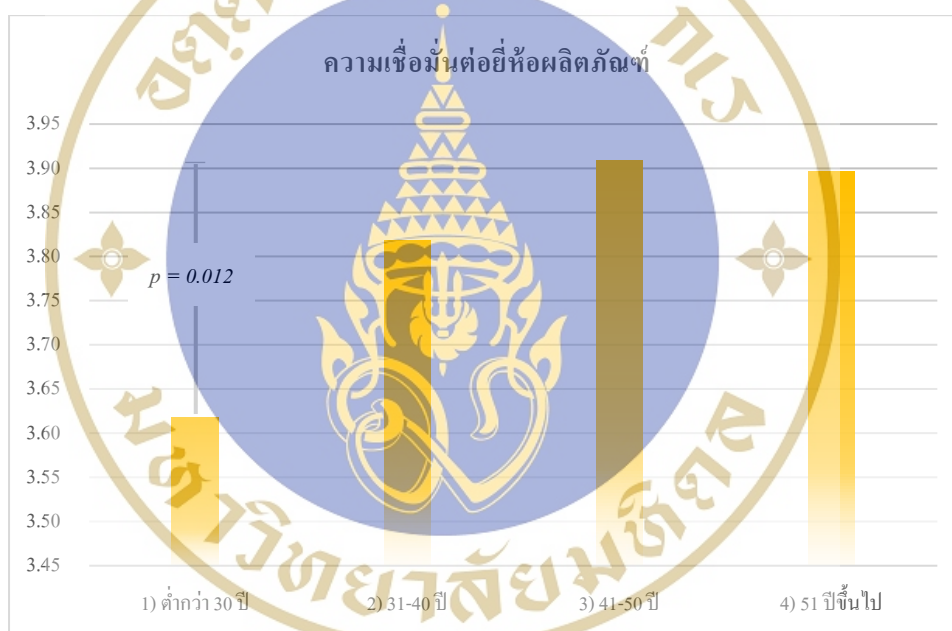
รูปภาพ 4.7 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่ต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.8 และรูปที่ 4.7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านระดับอายุและ ระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) โดยระดับอายุต่ำกว่า 30 ปี และระดับอายุ 31-40 ปี มีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุ 41-50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$ และ $.027$ ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุ 41-50 ปี และ 51 ปีขึ้นไปมีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

ตาราง 4.9 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 30 ปี	68	3.618	0.607	0.074	3.372	0.019
2) 31-40 ปี	187	3.818	0.596	0.044		
3) 41-50 ปี	114	3.909	0.623	0.058		
4) 51 ปีขึ้นไป	32	3.896	0.750	0.133		
รวม	401	3.816	0.624	0.031		



รูปภาพ 4.8 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

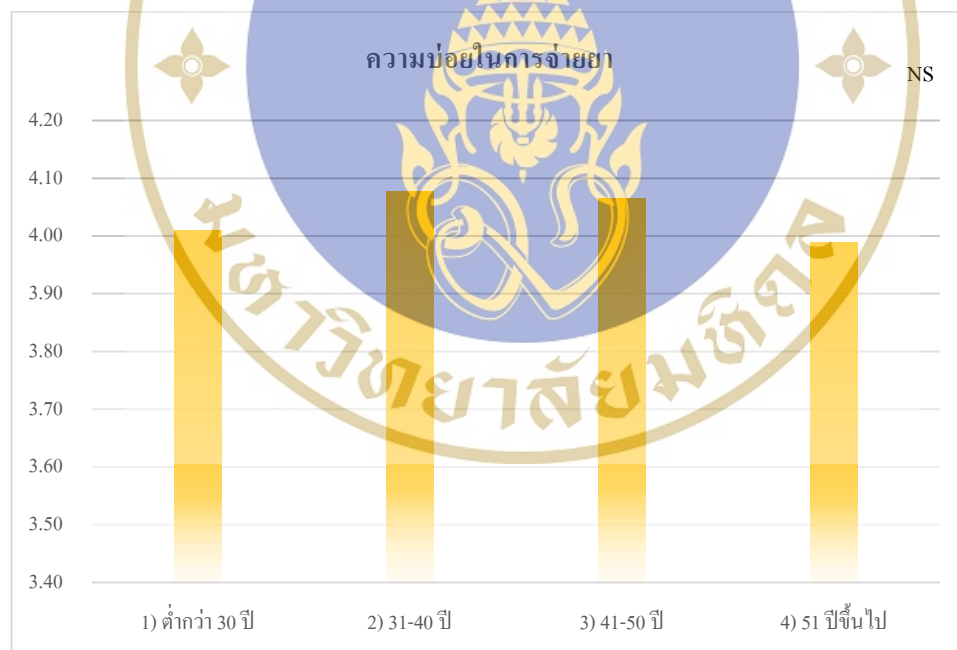
จากตารางที่ 4.9 และรูปที่ 4.8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านระดับอายุและระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .019$) โดยระดับอายุต่ำกว่า 30 ปี มีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุ 41-50 ปี อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุ 31-40 ปี, 41-50 ปี และ 51 ปีขึ้นไปมีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความบ่อยในการจ่ายยา

ตาราง 4.10 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

กลุ่มปีจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 30 ปี	68	4.010	0.457	0.055	0.413	0.743
2) 31-40 ปี	187	4.077	0.591	0.043		
3) 41-50 ปี	114	4.064	0.503	0.047		
4) 51 ปีขึ้นไป	32	3.990	0.619	0.109		
รวม	401	4.055	0.548	0.027		



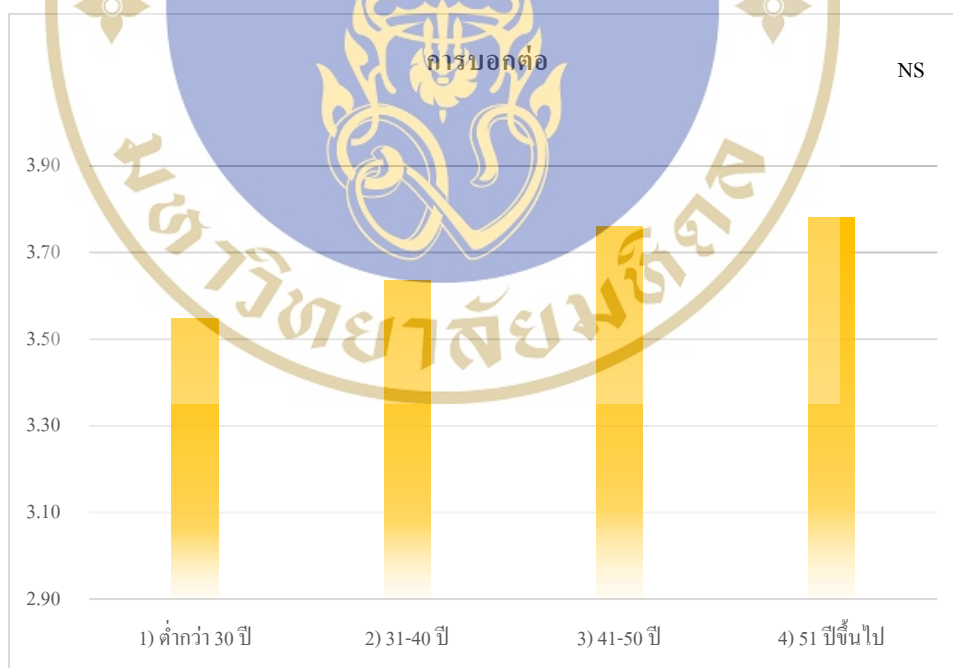
รูปภาพ 4.9 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

จากตารางที่ 4.10 และรูปที่ 4.9 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านระดับอายุและ ระดับความบ่อยในการจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีระดับความบ่อยในการจ่ายยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .743$)

- การบอกต่อ

ตาราง 4.11 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 30 ปี	68	3.549	0.641	0.078	1.915	0.126
2) 31-40 ปี	187	3.636	0.650	0.048		
3) 41-50 ปี	114	3.760	0.696	0.065		
4) 51 ปีขึ้นไป	32	3.781	0.670	0.118		
รวม	401	3.668	0.666	0.033		



รูปภาพ 4.10 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

จากตารางที่ 4.11 และรูปที่ 4.10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านระดับอายุและ ระดับการบอกต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีระดับการบอกต่อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .214$)

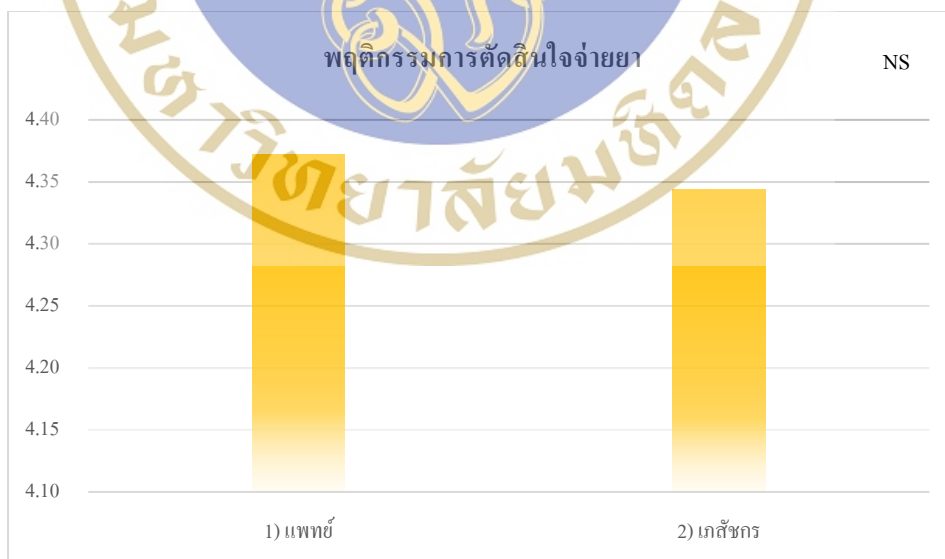
ประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข

สำหรับตัวแปรด้านประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขผู้วิจัยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ แพทย์และเภสัชกร และหาค่าความแปรปรวนดังนี้

- พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

ตาราง 4.12 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) แพทย์	145	4.372	0.429	0.036	0.890	0.470
2) เภสัชกร	256	4.344	0.524	0.033		
รวม	401	4.354	0.491	0.025		



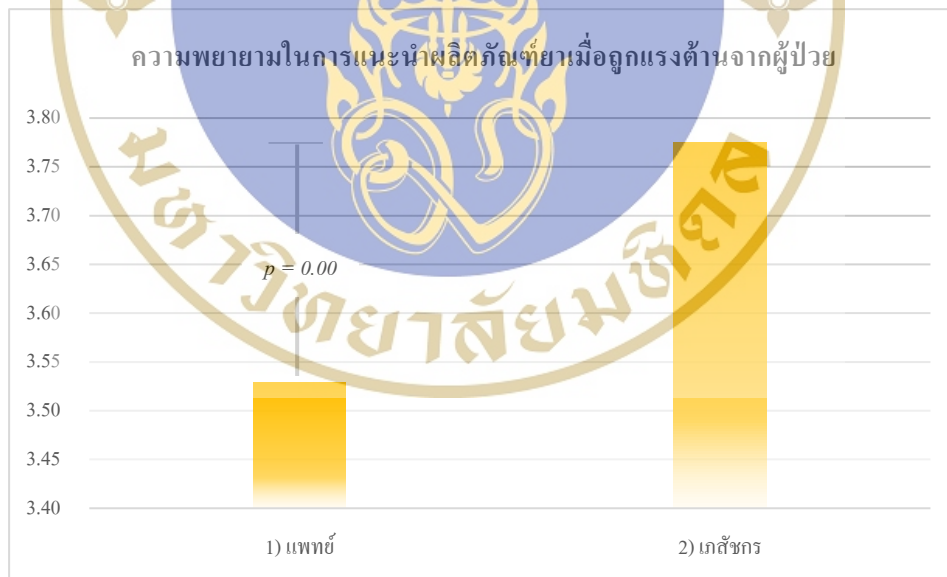
รูปภาพ 4.11 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

จากตารางที่ 4.12 และรูปที่ 4.11 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขและ ระดับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันมีระดับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .470$)

- ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

ตาราง 4.13 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) แพทย์	145	3.529	0.451	0.037	14.397	0.000
2) เกษีขกร	256	3.775	0.703	0.044		
รวม	401	3.686	0.634	0.032		



รูปภาพ 4.12 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.3 และรูปที่ 4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขและ ระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดัน

จากผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันมีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยแพทย์มีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยน้อยกว่าเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

ตาราง 4.14 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) แพทย์	145	3.517	0.448	0.037	59.770	0.000
2) เภสัชกร	256	3.986	0.647	0.040		
รวม	401	3.816	0.624	0.031		



รูปภาพ 4.13 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

จากตารางที่ 4.14 และรูปที่ 4.13 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขและ ระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันมีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยแพทย์มีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์น้อยกว่าเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความบ่อยในการจ่ายยา

ตาราง 4.15 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) แพทย์	145	3.791	0.427	0.035	60.720	0.000
2) เภสัชกร	256	4.204	0.553	0.035		
รวม	401	4.055	0.548	0.027		



รูปภาพ 4.14 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

จากตารางที่ 4.15 และรูปที่ 4.14 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขและ ระดับความบ่อยในการจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันมีระดับความบ่อยในการจ่ายยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยแพทย์มีระดับความบ่อยในการจ่ายยาน้อยกว่าเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- การบอกต่อ

ตาราง 4.16 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) แพทย์	145	3.372	0.508	0.042	50.403	0.000
2) เภสัชกร	256	3.836	0.687	0.043		
รวม	401	3.668	0.666	0.033		



รูปภาพ 4.15 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

จากตารางที่ 4.16 และรูปที่ 4.15 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขและ ระดับการบอกต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันมีระดับการบอกต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยแพทย์มีระดับการบอกต่อน้อยกว่าเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภูมิภาค

สำหรับตัวแปรด้านภูมิภาคผู้วิจัยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กรุงเทพฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัด และหาค่าความแปรปรวนดังนี้

- พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

ตาราง 4.17 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) กรุงเทพฯ และปริมณฑล	224	4.424	0.493	0.033	10.539	0.001
2) ต่างจังหวัด	177	4.266	0.476	0.036		
รวม	401	4.354	0.491	0.025		



รูปภาพ 4.16 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

จากตารางที่ 4.17 และรูปที่ 4.16 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านภูมิภาคและ ระดับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิภาคแตกต่างกันมีระดับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อยู่

ในต่างจังหวัดมีระดับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

ตาราง 4.18 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) กรุงเทพฯ และ ปริมณฑล	224	3.612	0.675	0.045	7.049	0.008
2) ต่างจังหวัด	177	3.780	0.566	0.043		
รวม	401	3.686	0.634	0.032		



รูปภาพ 4.17 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.18 และรูปที่ 4.17 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านภูมิภาคและ ระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิภาคที่แตกต่างกันมีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกรุงเทพฯ และ

ปริมาณที่มีระดับพฤติกรรมความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย น้อยกว่าผู้ที่อยู่ในต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

ตาราง 4.19 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) กรุงเทพฯ และปริมาณ	224	3.789	0.609	0.041	0.992	0.320
2) ต่างจังหวัด	177	3.851	0.643	0.048		
รวม	401	3.816	0.624	0.031		



รูปภาพ 4.18 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

จากตารางที่ 4.19 และรูปที่ 4.18 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านภูมิภาคและระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิภาคแตกต่างกันมีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .320$)

- ความบ่อยในการจ่ายยา

ตาราง 4.20 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) กรุงเทพฯ และ ปริมณฑล	224	4.077	0.534	0.036	0.858	0.355
2) ต่างจังหวัด	177	4.026	0.565	0.042		
รวม	401	4.055	0.548	0.027		



รูปภาพ 4.19 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

จากตารางที่ 4.20 และรูปที่ 4.19 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านภูมิภาคและ ระดับความบ่อยในการจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิภาคแตกต่างกันมีระดับความบ่อยในการจ่ายยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .355$)

- การบอกต่อ

ตาราง 4.21 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) กรุงเทพฯ และ ปริมณฑล	224	3.653	0.648	0.043	0.259	0.611
2) ต่างจังหวัด	177	3.687	0.689	0.052		
รวม	401	3.668	0.666	0.033		



รูปภาพ 4.20 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประเภทภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

จากตารางที่ 4.21 และรูปที่ 4.20 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านภูมิภาคและระดับการบอกต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิภาคแตกต่างกันมีระดับการบอกต่อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .611$)

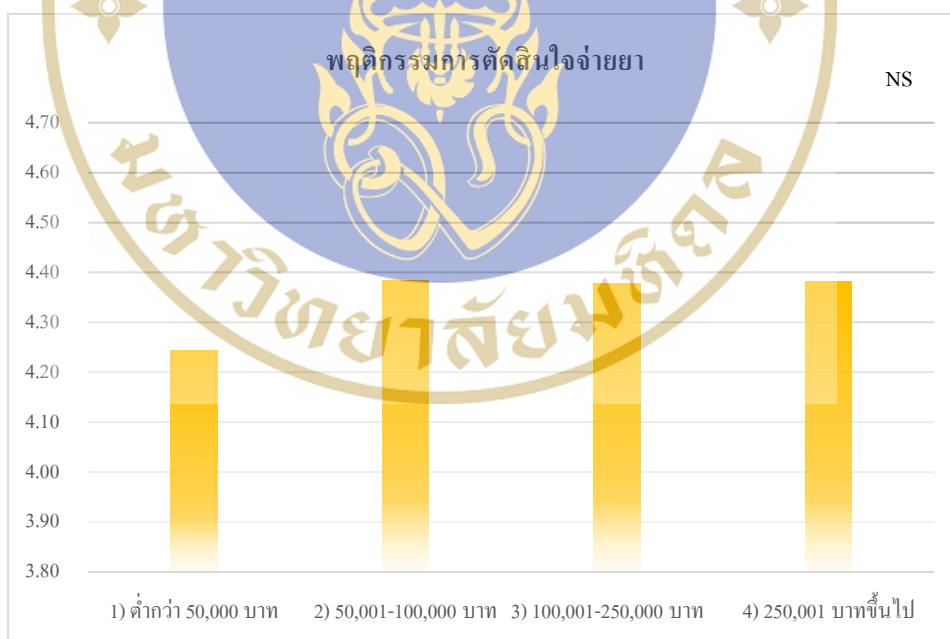
รายได้

สำหรับตัวแปรด้านรายได้ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ รายได้ต่ำกว่า 50,000 บาท, 50,001-100,000 บาท, 100,001-250,000 บาท และ 250,001 บาทขึ้นไป และหาค่าความแปรปรวนดังนี้

- พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

ตาราง 4.22 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างรายได้ที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 50,000 บาท	79	4.245	0.525	0.059	1.636	0.181
2) 50,001-100,000 บาท	147	4.383	0.488	0.040		
3) 100,001-250,000 บาท	106	4.377	0.504	0.049		
4) 250,001 บาทขึ้นไป	69	4.382	0.429	0.052		
รวม	401	4.354	0.491	0.025		



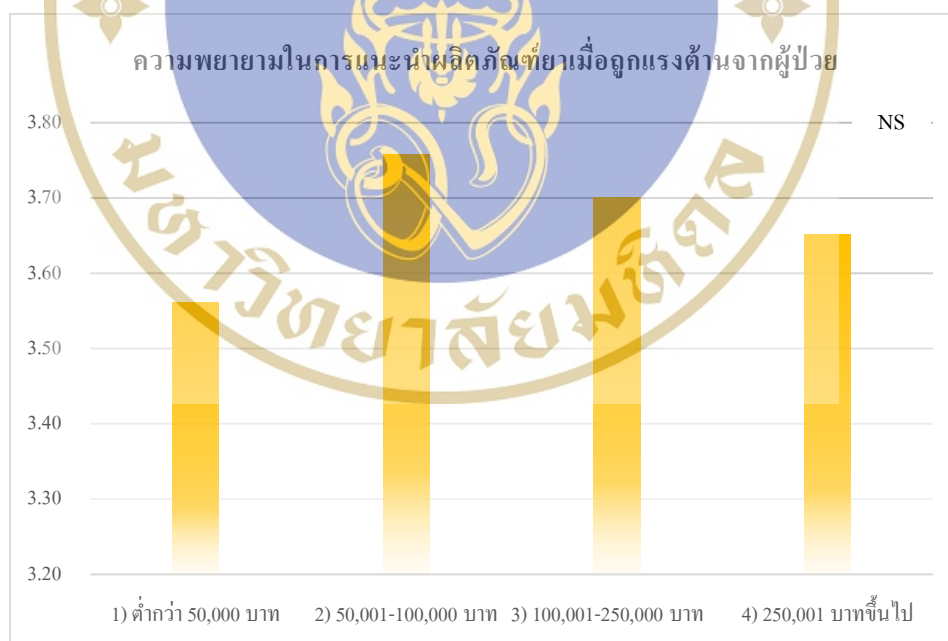
รูปภาพ 4.21 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรายได้ที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

จากตารางที่ 4.21 และรูปที่ 4.20 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้าน รายได้และ ระดับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีระดับ พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .181$)

- ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

ตาราง 4.23 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างรายได้ที่ แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 50,000 บาท	79	3.561	0.584	0.066	1.736	0.159
2) 50,001-100,000 บาท	147	3.757	0.662	0.055		
3) 100,001-250,000 บาท	106	3.701	0.719	0.070		
4) 250,001 บาทขึ้นไป	69	3.652	0.455	0.055		
รวม	401	3.686	0.634	0.032		



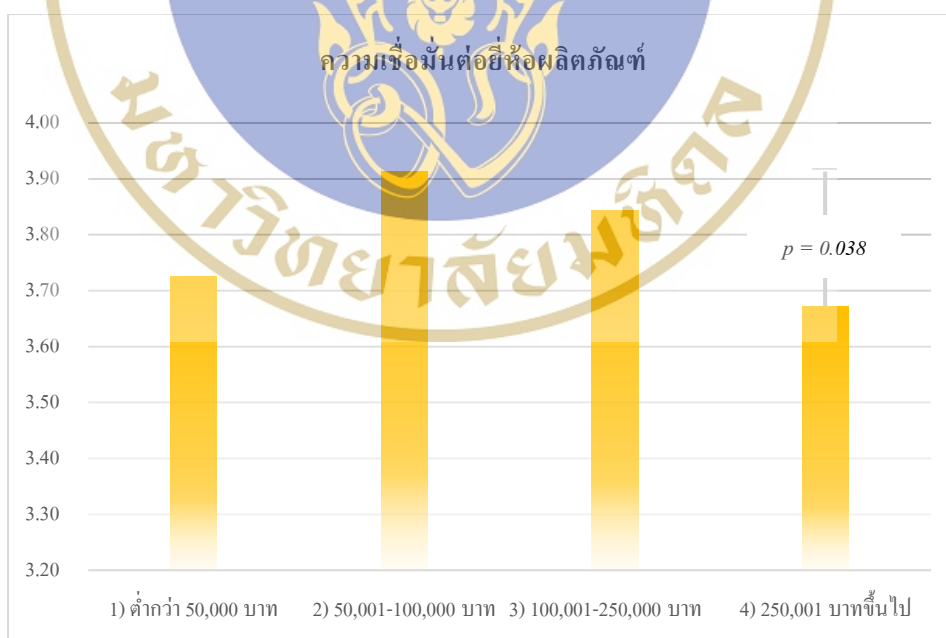
รูปภาพ 4.22 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรายได้ที่แตกต่างกันต่อความพยายาม ในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.22 และรูปที่ 4.21 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้าน รายได้และ ระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่มีรายได้ที่แตกต่างกันมีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจาก ผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .159$)

- ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

ตาราง 4.24 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างรายได้ที่ แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 50,000 บาท	79	3.726	0.594	0.067	3.099	0.027
2) 50,001-100,000 บาท	147	3.914	0.624	0.051		
3) 100,001-250,000 บาท	106	3.843	0.686	0.067		
4) 250,001 บาทขึ้นไป	69	3.671	0.522	0.063		
รวม	401	3.816	0.624	0.031		



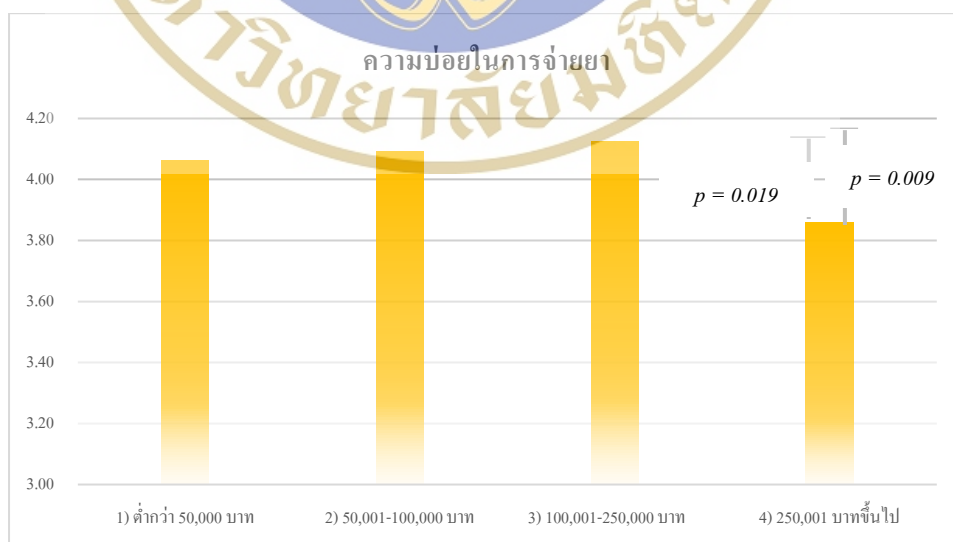
รูปภาพ 4.23 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรายได้ที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

จากตารางที่ 4.23 และรูปที่ 4.22 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้าน รายได้และระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีระดับ ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .027$) โดยพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่มีรายได้ 250,001 บาทขึ้นไป มีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ มีรายได้ 50,001-100,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .038$) สำหรับกลุ่มตัวอย่างอื่นพบว่าไม่ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความบ่อยในการจ่ายยา

ตาราง 4.25 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างรายได้ที่ แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 50,000 บาท	79	4.063	0.545	0.061	3.804	0.010
2) 50,001-100,000 บาท	147	4.091	0.581	0.048		
3) 100,001-250,000 บาท	106	4.126	0.521	0.051		
4) 250,001 บาทขึ้นไป	69	3.860	0.480	0.058		
รวม	401	4.055	0.548	0.027		



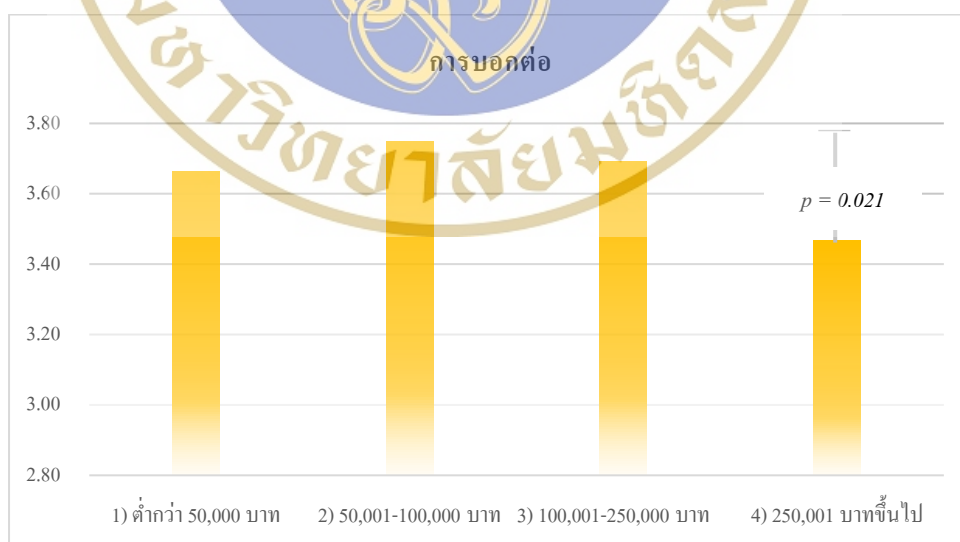
รูปภาพ 4.24 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างภูมิภาคที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

จากตารางที่ 4.24 และรูปที่ 4.23 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้าน รายได้และ ระดับความบ่อยในการจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีระดับความบ่อย ในการจ่ายยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 250,001 บาทขึ้นไป มีระดับความบ่อยในการจ่ายยา ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001-100,000 บาท และ 100,001-250,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.019, .009$ ตามลำดับ)

- การบอกต่อ

ตาราง 4.26 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างรายได้ที่ แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) ต่ำกว่า 50,000 บาท	79	3.662	0.617	0.069	2.862	0.037
2) 50,001-100,000 บาท	147	3.748	0.740	0.061		
3) 100,001-250,000 บาท	106	3.692	0.669	0.065		
4) 250,001 บาทขึ้นไป	69	3.469	0.499	0.060		
รวม	401	3.668	0.666	0.033		



รูปภาพ 4.25 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรายได้ที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

จากตารางที่ 4.25 และรูปที่ 4.24 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้าน รายได้และระดับการบอกต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีระดับการบอกต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .037$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 250,001 บาทขึ้นไป มีระดับความบ่อยในการจ่ายยา ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001-100,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.021$)

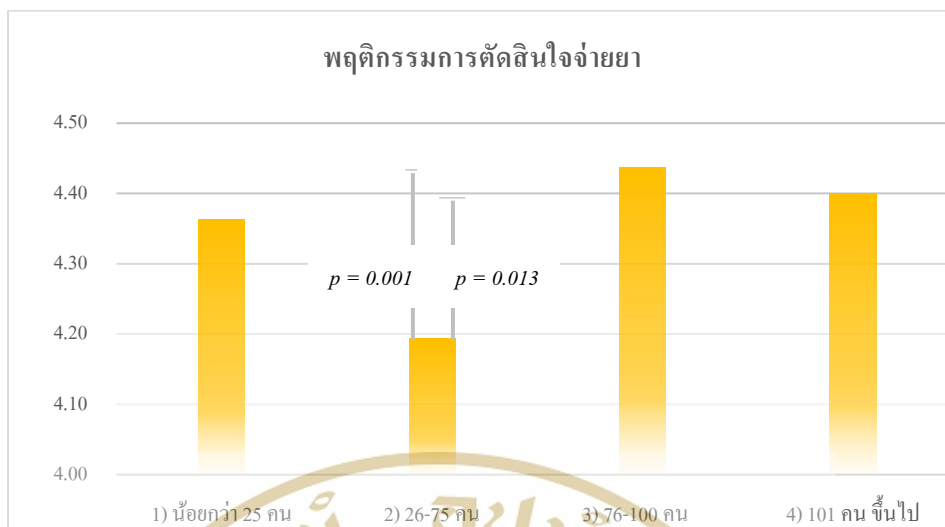
จำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษา

สำหรับตัวแปรด้านจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ น้อยกว่า 25 คน, 26-75 คน, 76-100 คน และ 101 คนขึ้นไป และหาค่าความแปรปรวนดังนี้

- พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

ตาราง 4.27 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์ที่ต่างกันต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) น้อยกว่า 25 คน	56	4.363	0.537	0.072	5.567	0.001
2) 26-75 คน	105	4.194	0.535	0.052		
3) 76-100 คน	141	4.437	0.468	0.039		
4) 101 คน ขึ้นไป	99	4.401	0.410	0.041		
รวม	401	4.354	0.491	0.025		



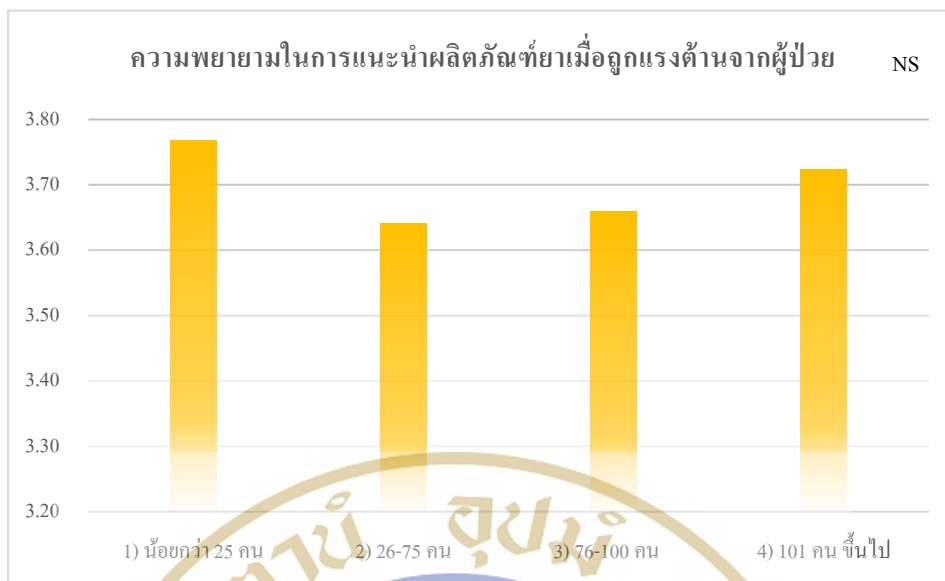
รูปภาพ 4.26 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา

จากตารางที่ 4.26 และรูปที่ 4.25 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์และ ระดับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์แตกต่างกันมีระดับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วย 26-75 คน มีระดับความพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยาดำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วย 76-100 คนและ 101 คนขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $.013$ ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มตัวอย่างอื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

ตาราง 4.28 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) น้อยกว่า 25 คน	56	3.768	0.710	0.095	0.683	0.563
2) 26-75 คน	105	3.641	0.766	0.075		
3) 76-100 คน	141	3.660	0.541	0.046		
4) 101 คน ขึ้นไป	99	3.724	0.555	0.056		
รวม	401	3.686	0.634	0.032		



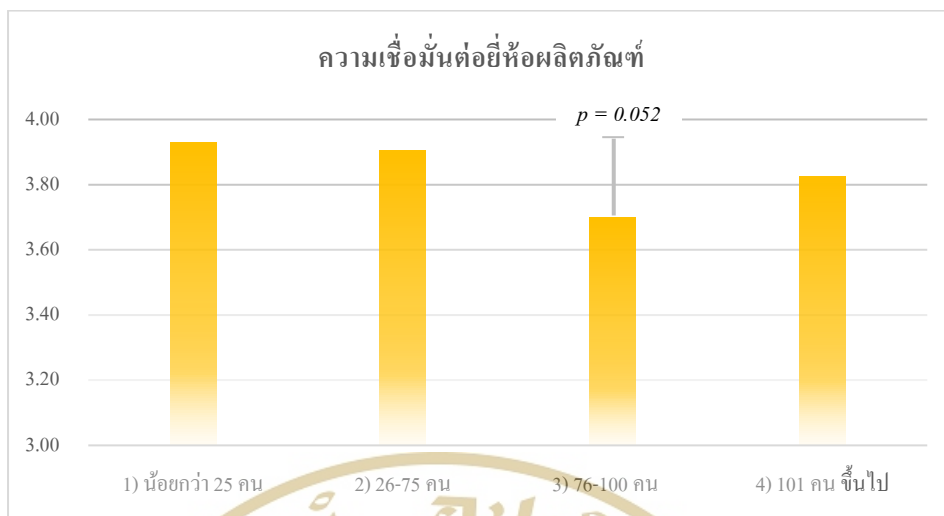
รูปภาพ 4.27 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.27 และรูปที่ 4.26 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์และระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันมีระดับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .563$)

- ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

ตาราง 4.29 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) น้อยกว่า 25 คน	56	3.929	0.701	0.094	2.994	0.031
2) 26-75 คน	105	3.905	0.676	0.066		
3) 76-100 คน	141	3.700	0.554	0.047		
4) 101 คน ขึ้นไป	99	3.825	0.597	0.060		
รวม	401	3.816	0.624	0.031		



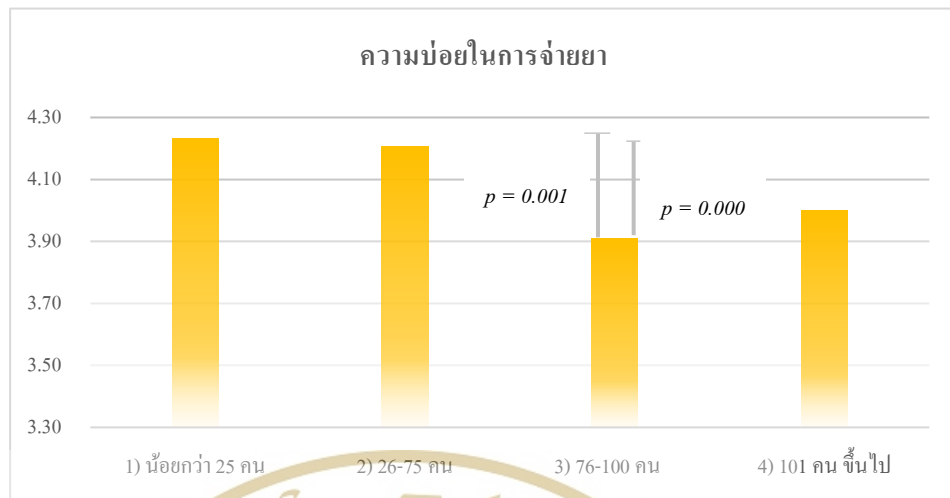
รูปภาพ 4.28 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์

จากตารางที่ 4.28 และรูปที่ 4.27 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์และระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่ต่างกันมีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .031$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ 76-100 คน มีระดับความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ 26-75 คนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .032$) สำหรับกลุ่มตัวอย่างอื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความบ่อยในการจ่ายยา

ตาราง 4.30 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) น้อยกว่า 25 คน	56	4.232	0.672	0.090	8.729	0.000
2) 26-75 คน	105	4.206	0.528	0.052		
3) 76-100 คน	141	3.910	0.456	0.038		
4) 101 คน ขึ้นไป	99	4.000	0.549	0.055		
รวม	401	4.055	0.548	0.027		



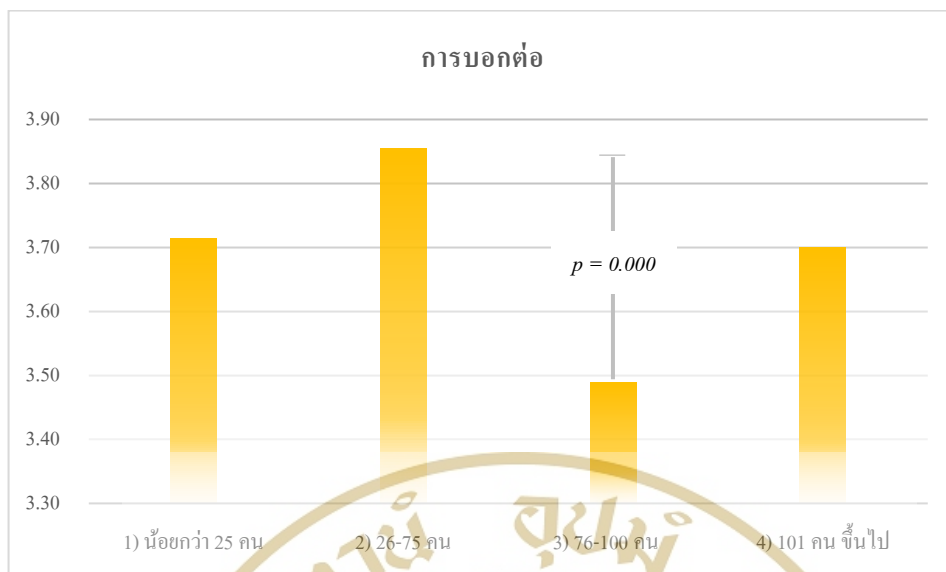
รูปภาพ 4.29 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อความบ่อยในการจ่ายยา

จากตารางที่ 4.29 และรูปที่ 4.28 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์และ ระดับความบ่อยในการจ่ายยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์แตกต่างกันมีระดับความบ่อยในการจ่ายยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ 76-100 คน มีระดับความบ่อยในการจ่ายยา ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์น้อยกว่า 25 คน และ 26-75 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $.000$ ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มตัวอย่างอื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- การบอกต่อ

ตาราง 4.31 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนและแสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

กลุ่มปัจจัย	Descriptive				ANOVA	
	N	Mean	SD	SE	F	Sig.
1) น้อยกว่า 25 คน	56	3.714	0.703	0.094	6.543	0.000
2) 26-75 คน	105	3.854	0.698	0.068		
3) 76-100 คน	141	3.489	0.677	0.057		
4) 101 คน ขึ้นไป	99	3.700	0.525	0.053		
รวม	401	3.668	0.666	0.033		



รูปภาพ 4.30 กราฟแสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกันต่อการบอกต่อ

จากตารางที่ 4.25 และรูปที่ 4.24 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระด้านจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์และระดับการบอกต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์แตกต่างกันมีระดับการบอกต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ 76-100 คน มีระดับการบอกต่อ ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อสัปดาห์ 26-75 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) สำหรับกลุ่มตัวอย่างอื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

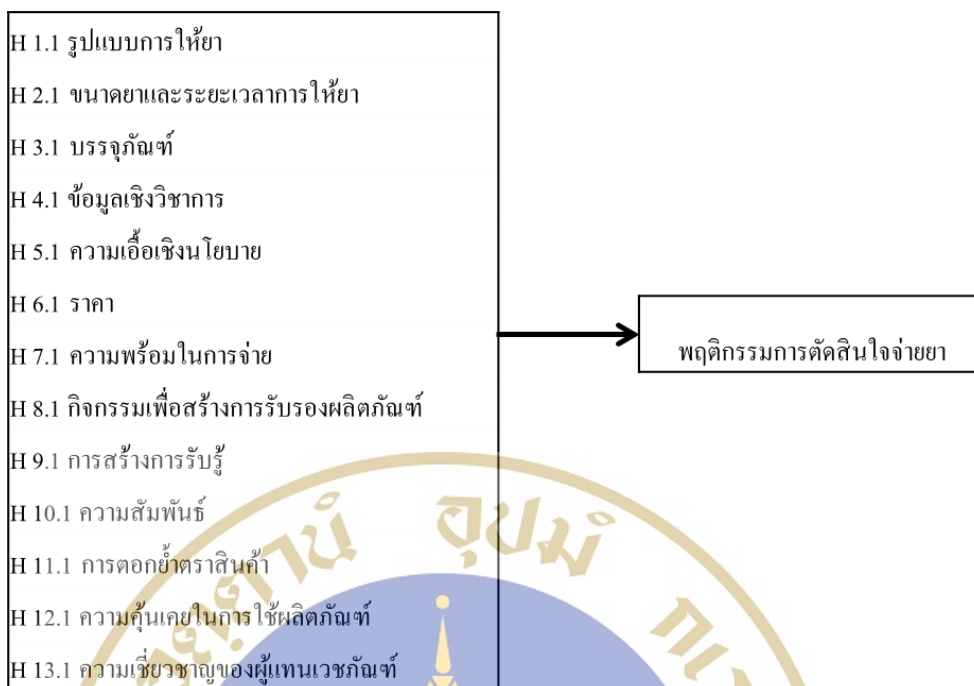
4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตาราง 4.32 แสดงตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยพร้อมอักษรย่อ

ตัวแปรอิสระ	1	รูปแบบการให้ยา	Attri
	2	ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose
	3	บรรจุภัณฑ์	Pack
	4	ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid

ตาราง 4.32 แสดงตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยพร้อมอักษรย่อ (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	5	ความเอื้อเงินโยบาย	Poli
	6	ราคา	Price
	7	ความพร้อมในการจ่าย	Avali
	8	กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor
	9	การสร้างการรับรู้	Awar
	10	ความสัมพันธ์	Relat
	11	การตอกย้ำตราสินค้า	Visibi
	12	ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil
	13	ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR
	ตัวแปรตาม	14	พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา
15		ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	Resist
16		ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา	Loyal
17		ความถี่ในการจ่ายยา	Freq
18		การบอกต่อ	WOM



รูปภาพ 4.31 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา

- สมมติฐาน 1.1 รูปแบบการให้ยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 2.1 ขนาดและระยะเวลาการให้ยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 3.1 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 4.1 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 5.1 ความเอื้อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 6.1 ราคามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 7.1 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 8.1 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 9.1 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 10.1 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา
- สมมติฐาน 11.1 การต่อยอดตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 12.1 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

สมมติฐาน 13.1 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

ตาราง 4.33 แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

N= 401

X → Y	IV	Unstandardized		Standardized	t	Sig.	R ²	Anova Sig.
		Coefficients		Coefficients				
		B	Std.Error	β				
(Constant)		3.632	0.420		8.655	0.000	0.086	0.001
รูปแบบการให้ยา	Attri	0.103	0.056	0.105	1.827	0.068		
ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose	-0.040	0.054	-0.041	-0.728	0.467		
บรรจุภัณฑ์	Pack	-0.095	0.042	-0.155	-2.246	0.025		
ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid	0.009	0.050	0.010	0.180	0.857		
ความเอื้อเชิงนโยบาย	Poli	0.109	0.047	0.155	2.323	0.021		
ราคา	Price	0.084	0.053	0.087	1.583	0.114		
ความพร้อมในการจ่าย	Avali	-0.179	0.052	-0.217	-3.424	0.001		
กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor	0.028	0.055	0.029	0.505	0.614		
การสร้างการรับรู้	Awar	-0.026	0.064	-0.028	-0.416	0.678		
ความสัมพันธ์	Relat	0.109	0.058	0.135	1.859	0.064		
การออกย้าตราสินค้า	Visibi	0.046	0.047	0.075	0.976	0.330		
ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil	0.039	0.053	0.046	0.734	0.463		
ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR	-0.003	0.059	-0.004	-0.058	0.954		

จากตาราง 4.32 จากตัวแปรอิสระทั้ง 13 ปัจจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยทั้ง 13 ปัจจัย สามารถอธิบายตัวแปรตามคือพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา ร้อยละ 8.6

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่ามี 3 ปัจจัย คือ บรรจุภัณฑ์ ($\beta = -.155$), ความเอื้อเชิงนโยบาย ($\beta = .155$), ความพร้อมในการจ่ายยา (β

= -.217) ยอมรับสมมติฐานที่ 3.1, สมมติฐานที่ 5.1, สมมติฐานที่ 7.1 ผลการทดสอบสมมติฐานแสดง
ในตาราง 4.32

ตาราง 4.34 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา
ผลการทดสอบสมมติฐาน ($X \rightarrow Y$)

H 1.1	รูปแบบการให้ยา	Attri \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 2.1	ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 3.1	บรรจุภัณฑ์	Pack \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 4.1	ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 5.1	ความเอื้อเงินโยบาย	Poli \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 6.1	ราคา	Price \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 7.1	ความพร้อมในการจ่าย	Avali \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 8.1	กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 9.1	การสร้างการรับรู้	Awar \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 10.1	ความสัมพันธ์	Relat \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 11.1	การต่อยุ่ตราสินค้า	Visibi \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 12.1	ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 13.1	ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR \rightarrow Decis	ปฏิเสธ

สมมติฐาน 3.1 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาเชิงลบ

สมมติฐาน 5.1 ความเอื้อเงินโยบายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

เชิงบวก

สมมติฐาน 7.1 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

เชิงลบ

สมมติฐาน 8.2 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 9.2 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 10.2 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 11.2 การตอกย้ำตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 12.2 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

สมมติฐาน 13.2 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

ตาราง 4.35 แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

N= 401

X → Y	IV	Unstandardized		Standardized		t	Sig.	R ²	Anova Sig.
		Coefficients		Coefficients					
		B	Std. Error	β					
(Constant)		1.443	0.506			2.854	0.005	0.203	0.000
รูปแบบการให้ยา	Attri	-0.012	0.068	-0.010		-0.180	0.857		
ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose	0.169	0.066	0.137		2.579	0.010		
บรรจุภัณฑ์	Pack	-0.026	0.051	-0.033		-0.508	0.612		
ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid	-0.011	0.061	-0.009		-0.182	0.856		
ความเอื้อเชิงนโยบาย	Poli	0.144	0.057	0.159		2.547	0.011		
ราคา	Price	0.029	0.064	0.023		0.446	0.656		
ความพร้อมในการจ่าย	Avali	-0.062	0.063	-0.058		-0.976	0.329		
กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor	-0.053	0.066	-0.043		-0.804	0.422		
การสร้างการรับรู้	Awar	-0.003	0.077	-0.003		-0.041	0.967		
ความสัมพันธ์	Relat	0.150	0.070	0.145		2.132	0.034		
การตอกย้ำตราสินค้า	Visibi	0.144	0.057	0.180		2.522	0.012		
ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil	0.023	0.063	0.021		0.368	0.713		
ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR	0.104	0.071	0.088		1.467	0.143		

จากตาราง 4.34 จากตัวแปรอิสระทั้ง 13 ปัจจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยทั้ง 13 ปัจจัย สามารถอธิบายตัวแปรตามคือความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย ร้อยละ 20.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่ามี 4 ปัจจัย คือ ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา ($\beta = .137$), ความเอื้อเชิงนโยบาย ($\beta = .159$), ความสัมพันธ์ ($\beta = .145$), การตอกย้ำตราสินค้า ($\beta = .180$) ขอมรับสมมติฐานที่ 2.2, สมมติฐานที่ 5.2, สมมติฐานที่ 10.2 และสมมติฐานที่ 11.2 ผลการทดสอบสมมติฐานแสดงในตาราง 4.35

ตาราง 4.36 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

ผลการทดสอบสมมติฐาน ($X \rightarrow Y$)

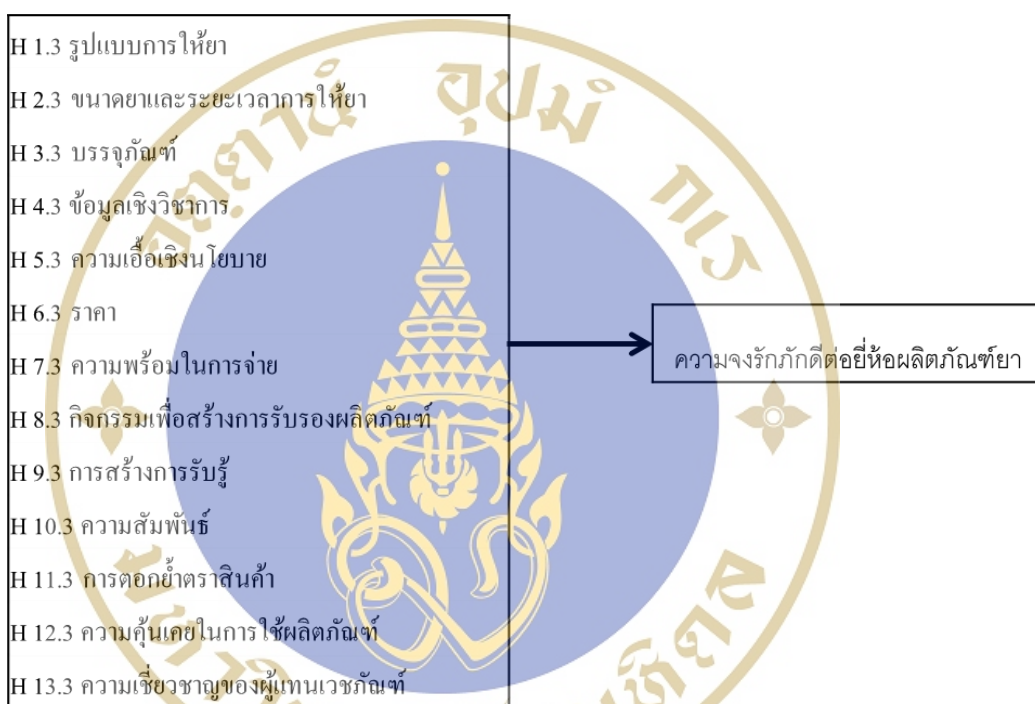
H 1.2	รูปแบบการให้ยา	Attri \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 2.2	ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 3.2	บรรจุภัณฑ์	Pack \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 4.2	ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 5.2	ความเอื้อเชิงนโยบาย	Poli \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 6.2	ราคา	Price \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 7.2	ความพร้อมในการจ่าย	Avali \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 8.2	กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 9.2	การสร้างการรับรู้	Awar \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 10.2	ความสัมพันธ์	Relat \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 11.2	การตอกย้ำตราสินค้า	Visibi \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 12.2	ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 13.2	ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR \rightarrow Decis	ปฏิเสธ

สมมติฐาน 2.2 ขนาดและระยะเวลาการให้ยามีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยเชิงบวก

สมมติฐาน 5.2 ความเอื้อเงินโยบายมีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยเชิงบวก

สมมติฐาน 10.2 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยเชิงบวก

สมมติฐาน 11.2 การตอกย้ำตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยเชิงบวก



รูปภาพ 4.33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 1.3 รูปแบบการให้ยามีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 2.3 ขนาดและระยะเวลาการให้ยามีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 3.3 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 4.3 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

ยา

สมมติฐาน 5.3 ความเอื้อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 6.3 ราคามีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 7.3 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 8.3 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 9.3 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 10.3 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 11.3 การต่อยอดตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 12.3 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมติฐาน 13.3 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

ตาราง 4.37 แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

N= 401

X → Y	IV	Unstandardized		Standardized	t	Sig.	R ²	Anova Sig.
		Coefficients		Coefficients				
		B	Std. Error	β				
(Constant)		0.558	0.451		1.237	0.217	0.323	0.000
รูปแบบการให้ยา	Attri	-0.010	0.061	-0.008	-0.173	0.863		
ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose	0.111	0.058	0.091	1.896	0.059		
บรรจุภัณฑ์	Pack	-0.009	0.045	-0.012	-0.209	0.835		
ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid	0.152	0.054	0.126	2.819	0.005		
ความเอื้อเชิงนโยบาย	Poli	0.089	0.051	0.100	1.769	0.078		

ตาราง 4.37 แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและความจงรักภักดีต่อ
ยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา (ต่อ)

X → Y	IV	Unstandardized		Standardized	t	Sig.	R ²	Anova Sig.
		Coefficients		Coefficients				
		B	Std.Error	β				
ราคา	Price	-0.019	0.057	-0.016	-0.334	0.739		
ความพร้อมในการจ่าย	Avali	-0.116	0.056	-0.111	-2.061	0.040		
กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor	-0.095	0.059	-0.079	-1.619	0.106		
การสร้างการรับรู้	Awar	0.185	0.068	0.155	2.711	0.007		
ความสัมพันธ์	Relat	0.211	0.063	0.207	3.356	0.001		
การต่อยอดตราสินค้า	Visibi	0.103	0.051	0.131	2.027	0.043		
ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil	0.134	0.057	0.126	2.369	0.018		
ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR	0.112	0.063	0.096	1.767	0.078		

จากตาราง 4.36 จากตัวแปรอิสระทั้ง 13 ปัจจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีตัวแปร
อย่างน้อย 1 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
.05 โดยทั้ง 13 ปัจจัย สามารถอธิบายตัวแปรตามคือความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา ร้อยละ 32.3
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยาที่ระดับนัยสำคัญ
.05 พบว่ามี 5 ปัจจัย คือ ข้อมูลเชิงวิชาการ ($\beta = .126$), ความพร้อมในการจ่าย ($\beta = -.111$), การสร้าง
การรับรู้ ($\beta = .155$), ความสัมพันธ์ ($\beta = .207$) และความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ ($\beta = .126$)
ยอมรับสมมติฐานที่ 4.3, สมมติฐานที่ 7.3, สมมติฐานที่ 9.3, สมมติฐานที่ 10.3, และสมมติฐานที่
12.3 ผลการทดสอบสมมติฐานแสดงในตาราง 4.37

ตาราง 4.38 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและความจงรักภักดีต่อยี่ห้อ
ผลิตภัณฑ์ยา

ผลการทดสอบสมมติฐาน (X → Y)

H 1.3	รูปแบบการให้ยา	Attri → Decis	ปฏิเสธ
H 2.3	ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose → Decis	ปฏิเสธ
H 3.3	บรรจุภัณฑ์	Pack → Decis	ปฏิเสธ

ตาราง 4.38 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและความจงรักภักดีต่อयीหื้อ
ผลิตภัณฑ์ยา (ต่อ)

H 4.3	ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid → Decis	ยอมรับ
H 5.3	ความเอื้อเชิงนโยบาย	Poli → Decis	ปฏิเสธ
H 6.3	ราคา	Price → Decis	ปฏิเสธ
H 7.3	ความพร้อมในการจ่าย	Avali → Decis	ยอมรับ
H 8.3	กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor → Decis	ปฏิเสธ
H 9.3	การสร้างการรับรู้	Awar → Decis	ยอมรับ
H 10.3	ความสัมพันธ์	Relat → Decis	ยอมรับ
H 11.3	การต่อยอดตราสินค้า	Visibi → Decis	ปฏิเสธ
H 12.3	ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil → Decis	ยอมรับ
H 13.2	ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR → Decis	ปฏิเสธ

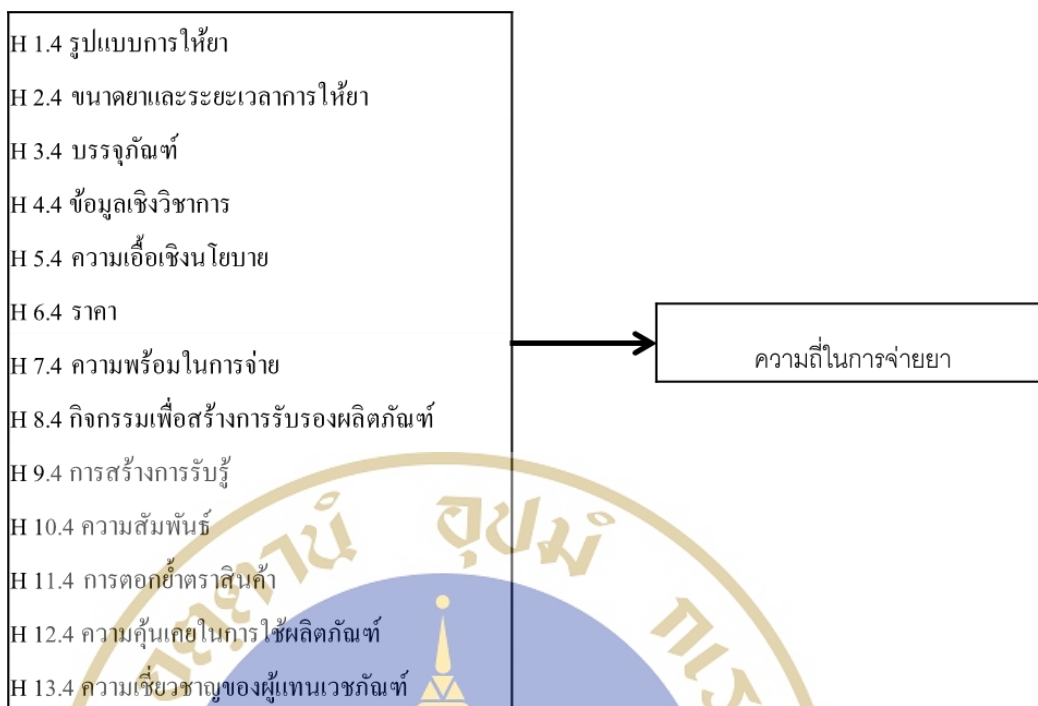
สมมติฐาน 4.3 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อयीหื้อผลิตภัณฑ์
ยาเชิงบวก

สมมติฐาน 7.3 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อयीหื้อ
ผลิตภัณฑ์ยาเชิงลบ

สมมติฐาน 9.3 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อयीหื้อผลิตภัณฑ์
ยาเชิงบวก

สมมติฐาน 10.3 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อयीหื้อผลิตภัณฑ์ยา
เชิงบวก

สมมติฐาน 12.3 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดีต่อ
यीหื้อผลิตภัณฑ์ยาเชิงบวก



รูปภาพ 4.34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 1.4 รูปแบบการให้ยามีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 2.4 ขนาดและระยะเวลาการให้ยามีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 3.4 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 4.4 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 5.4 ความเอื้อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 6.4 ราคามีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 7.4 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 8.4 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

การจ่ายยา

สมมติฐาน 9.4 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 10.4 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 11.4 การต่อยอดตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

สมมติฐาน 12.4 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

ยา

สมมติฐาน 13.4 ความเชื่อชาวยุของผู้แทนเวชภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา

ตาราง 4.39 แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและความถี่ในการจ่ายยา

N= 401

X → Y	IV	Unstandardized		Standardized	t	Sig.	R ²	Anova Sig.
		Coefficients		Coefficients				
		B	Std.Error	β				
(Constant)		1.070	0.419		2.551	0.011	0.264	0.000
รูปแบบการให้ยา	Attri	0.062	0.056	0.057	1.104	0.270		
ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose	0.045	0.054	0.042	0.821	0.412		
บรรจุภัณฑ์	Pack	-0.053	0.042	-0.078	-1.257	0.209		
ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid	0.102	0.050	0.096	2.031	0.043		
ความเอื้อเชิงนโยบาย	Poli	-0.018	0.047	-0.023	-0.389	0.697		
ราคา	Price	-0.021	0.053	-0.020	-0.399	0.690		
ความพร้อมในการจ่าย	Avali	-0.031	0.052	-0.034	-0.601	0.548		
กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor	0.030	0.055	0.028	0.551	0.582		
การสร้างการรับรู้	Awar	0.314	0.064	0.299	4.935	0.000		
ความสัมพันธ์	Relat	0.062	0.058	0.069	1.056	0.291		
การต่อยอดตราสินค้า	Visibi	0.042	0.047	0.061	0.893	0.373		
ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil	0.130	0.053	0.139	2.470	0.014		
ความเชื่อชาวยุของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR	0.103	0.059	0.101	1.759	0.079		

จากตาราง 4.38 จากตัวแปรอิสระทั้ง 13 ปัจจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยทั้ง 13 ปัจจัย สามารถอธิบายตัวแปรตามคือความถี่ในการจ่ายยา ร้อยละ 26.4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยาที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่ามี 3 ปัจจัย คือ ข้อมูลเชิงวิชาการ ($\beta = .096$), การสร้างการรับรู้ ($\beta = .299$) และความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ ($\beta = .139$) ขอมรับสมมติฐานที่ 4.4, สมมติฐานที่ 9.4 และสมมติฐานที่ 12.4 ผลการทดสอบสมมติฐานแสดงในตาราง 4.39

ตาราง 4.40 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและความถี่ในการจ่ายยา

ผลการทดสอบสมมติฐาน ($X \rightarrow Y$)

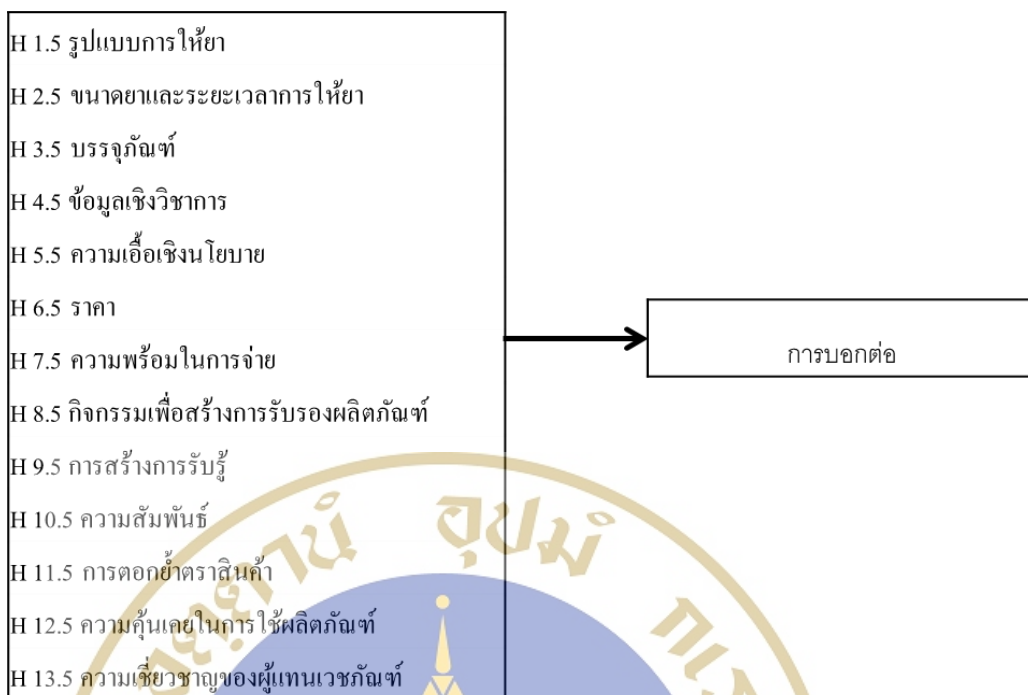
H 1.4	รูปแบบการให้ยา	Attri \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 2.4	ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 3.4	บรรจุภัณฑ์	Pack \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 4.4	ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 5.4	ความเอื้อเงินโยบาย	Poli \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 6.4	ราคา	Price \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 7.4	ความพร้อมในการจ่าย	Avali \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 8.4	กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 9.4	การสร้างการรับรู้	Awar \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 10.4	ความสัมพันธ์	Relat \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 11.4	การต่อยอดตราสินค้า	Visibi \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 12.4	ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 13.4	ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR \rightarrow Decis	ปฏิเสธ

สมมติฐาน 4.4 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยาเชิงบวก

สมมติฐาน 9.4 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยาเชิงบวก

สมมติฐาน 12.4 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่าย

ยาเชิงบวก



รูปภาพ 4.35 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและการบอกต่อ

สมมติฐาน 1.5 รูปแบบการให้ยามีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 2.5 ขนาดและระยะเวลาการให้ยามีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 3.5 บรรจุภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 4.5 ข้อมูลเชิงวิชาการมีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 5.5 ความเอื้อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 6.5 ราคามีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 7.5 ความพร้อมในการจ่ายมีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 8.5 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 9.5 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 10.5 ความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 11.5 การต่อยอดตราสินค้ามีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 12.5 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

สมมติฐาน 13.5 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ

ตาราง 4.41 แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและการบอกต่อ

N= 401

X → Y	IV	Unstandardized		Standardized	t	Sig.	R ²	Anova Sig.
		Coefficients		Coefficients				
		B	Std.Error	β				
(Constant)		0.702	0.495		1.418	0.157	0.307	0.000
รูปแบบการให้ยา	Attri	0.172	0.066	0.130	2.588	0.010		
ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose	-0.049	0.064	-0.038	-0.768	0.443		
บรรจุภัณฑ์	Pack	-0.041	0.050	-0.049	-0.823	0.411		
ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid	-0.009	0.059	-0.007	-0.146	0.884		
ความเอื้อเชิงนโยบาย	Poli	0.037	0.055	0.039	0.669	0.504		
ราคา	Price	-0.136	0.063	-0.104	-2.175	0.030		
ความพร้อมในการจ่าย	Avali	0.006	0.062	0.005	0.097	0.923		
กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor	-0.018	0.065	-0.014	-0.272	0.786		
การสร้างการรับรู้	Awar	0.302	0.075	0.236	4.020	0.000		
ความสัมพันธ์	Relat	0.009	0.069	0.009	0.136	0.892		
การต่อยอดราคาสินค้า	Visibi	0.118	0.056	0.141	2.108	0.036		
ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil	0.203	0.062	0.178	3.267	0.001		
ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR	0.193	0.069	0.155	2.785	0.006		

จากตาราง 4.40 จากตัวแปรอิสระทั้ง 13 ปัจจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยทั้ง 13 ปัจจัยสามารถอธิบายตัวแปรตามคือการบอกต่อ ร้อยละ 30.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการจ่ายยาที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่ามี 6 ปัจจัย คือ รูปแบบการให้ยา ($\beta = .130$), ราคา ($\beta = -.104$), การสร้างการรับรู้ ($\beta = .236$), การต่อยอดราคาสินค้า ($\beta = .141$), ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ ($\beta = .178$), และความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ ($\beta = .155$) ขอมรับสมมติฐานที่ 1.5, สมมติฐานที่ 6.5, สมมติฐานที่ 9.5, สมมติฐานที่ 11.5, สมมติฐานที่ 12.5 และสมมติฐานที่ 13.5 ผลการทดสอบสมมติฐานแสดงในตาราง 4.41

ตาราง 4.42 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและการบอกต่อ

ผลการทดสอบสมมติฐาน ($X \rightarrow Y$)

H 1.5	รูปแบบการให้ยา	Attri \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 2.5	ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา	Dose \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 3.5	บรรจุภัณฑ์	Pack \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 4.5	ข้อมูลเชิงวิชาการ	Evid \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 5.5	ความเอื้อเงินโยบาย	Poli \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 6.5	ราคา	Price \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 7.5	ความพร้อมในการจ่าย	Avali \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 8.5	กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์	Endor \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 9.5	การสร้างการรับรู้	Awar \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 10.5	ความสัมพันธ์	Relat \rightarrow Decis	ปฏิเสธ
H 11.5	การตอกย้ำตราสินค้า	Visibi \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 12.5	ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์	Famil \rightarrow Decis	ยอมรับ
H 13.5	ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์	MR \rightarrow Decis	ยอมรับ

สมมติฐาน 1.5 รูปแบบการให้ยามีความสัมพันธ์กับการบอกต่อเชิงบวก

สมมติฐาน 6.5 ราคามีความสัมพันธ์กับการบอกต่อเชิงบวก

สมมติฐาน 9.5 การสร้างการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อเชิงลบ

สมมติฐาน 11.5 การตอกย้ำตราสินค้านี้มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อเชิงบวก

สมมติฐาน 12.5 ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อเชิง

บวก

สมมติฐาน 13.5 ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับการบอกต่อเชิง

บวก

การวิเคราะห์ Post hoc analysis

เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยแบ่งกลุ่มย่อยของกลุ่มตัวอย่างด้วยประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ แพทย์และเภสัชกร ได้ข้อมูลดังตาราง 4.42

ตาราง 4.43 แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยแบ่งตามกลุ่มย่อย

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมกระตุ้นใจจ่ายยา			ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยามื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย			ความจงรักภักดีต่อชื่อผลิตภัณฑ์ยา			ความถี่ในการจ่ายยา			การบอกต่อ		
	All n=401	Doc n=145	Pharm n=256	All n=401	Doc n=145	Pharm n=256	All n=401	Doc n=145	Pharm n=256	All n=401	Doc n=145	Pharm n=256	All n=401	Doc n=145	Pharm n=256
รูปแบบการให้ยา											0.21 *		0.13 **		0.17 **
ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา		-0.27 **		0.14 **											
บรรจุภัณฑ์	-0.16 *	-0.30 **									-0.35 ***				
ข้อมูลเชิงวิชาการ						-0.15 *	0.13 **			0.10 *		0.17 *			
ความถี่ขึ้นนโยบาย	0.16 *			0.16 *		0.32 ***			0.24 **			-0.21 *			
ราคา					0.33 ***	-0.20 **					0.17 *		-0.10 *		-0.24 ***
ความพร้อมในการจ่าย	-0.22 ***	-0.24 *	-0.196 *				-0.11 *		-0.19 **					-0.29 **	
กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์						-0.14 *									
การสร้างการรับรู้							0.16 **	0.30 **		0.30 ***	0.28 **	0.20 **	0.24 ***	0.44 ***	
ความสัมพันธ์		0.28 **		0.15 *		0.20 **	0.21 ***	0.27 *	0.20 **			0.17 *			
การลดค่าราคาสินค้า				0.18 *		0.26 ***			0.21 **				0.14 *		
ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์							0.13 *			0.14 *		0.22 **	0.18 ***	0.19 *	0.22 ***
ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์		-0.29 **						-0.27 **	0.16 *				0.16 **	-0.30 ***	0.32 ***

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย อันได้แก่ กลุ่มแพทย์ และเภสัชกรประจำร้านขายยา จำนวน 401 คน

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยสำหรับการรักษาโรคท้องเสีย โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) โดยกำหนดโควตาแบ่งตามประเภทของผู้ให้บริการสาธารณสุข คือ แพทย์ร้อยละ 50 และเภสัชกรประจำร้านขายยาร้อยละ 50 จากนั้นแบ่งตามภูมิภาค โดยแบ่งเป็น กรุงเทพฯ และปริมณฑลร้อยละ 50 และต่างจังหวัดร้อยละ 50 โดยอาศัยการแบ่งตามเขตของผู้แทนขายของบริษัท แอ็บบอด ลาบอแรตอริส จำกัด ซึ่งจะมีทั้งผู้แทนที่ขายแผนกโรงพยาบาล และผู้แทนขายแผนกร้านขายยา กรุงเทพฯ และต่างจังหวัดอย่างละเท่าเทียมกัน และวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) โดยผู้แทนขายแต่ละคนหลังจากได้รับแบบสอบถามแล้ว ได้แจกทำกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยสะดวกให้ครบตามจำนวนแบบสอบถาม แบบสอบถามที่ออกแบบมาใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยคำถามปลายปิด (Close-end Question) ซึ่งออกแบบบนพื้นฐานของปัจจัยที่ได้จากการทบทวนเอกสาร บทความ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งประสบการณ์ของผู้วิจัย พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจในประเด็นความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) โดยขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งอาจารย์ได้ตรวจสอบ แก้ไข พิจารณาการจัดลำดับเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการ รวมถึงการใช้ภาษาให้เหมาะสม ซึ่งเป็นการทดสอบความเที่ยงตรง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นได้มีการทำการทดสอบ (Pilot Test) กับกลุ่มตัวอย่างแพทย์และเภสัชกรประจำร้านขายยา จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาก่อนที่จะมีการนำแบบสอบถามดังกล่าวนี้ไปใช้จริง จากนั้นได้นำข้อมูลที่ได้นำมาทดสอบด้วยโปรแกรม SPSS เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปแจกให้

กลุ่มเป้าหมายจำนวน 500 ราย ในเดือนธันวาคม 2559 ถึง เดือนมีนาคม 2560 ได้แบบสอบถาม กลับคืนคิดเป็นร้อยละ 80.2

ผลการประมวลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows 22.0 เพื่อหาค่าทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่า ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้ง ANOVA และ Linear Regression ซึ่งจากการศึกษาสามารถสรุป ผลได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ประชากรศาสตร์ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ประเภทผู้ให้บริการ สาธารณสุข สถานพยาบาลที่ทำงาน ภูมิภาค รายได้ จำนวนผู้ป่วย ซึ่งพบว่าจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 68.5 โดยเป็นผู้มีอายุระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 46.63 เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มแพทย์และเภสัชกรประจำร้านขายยา จะพบว่ากลุ่มเภสัชกรประจำร้านขายยามีจำนวนมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 63.84 สำหรับโรคท้องเสียซึ่งมักมีอาการไม่รุนแรงนัก ประชาชนส่วนใหญ่มักจะเข้ารับการรักษาแบบปฐมภูมิโดยเลือกรับการรักษาด้วยเภสัชกรประจำร้านยาใกล้บ้านหรือที่สะดวกเป็นหลัก โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเภสัชกรส่วนใหญ่ประจำอยู่ที่ร้านยาปลีก (Retail) ร้อยละ 56.61 ซึ่งเป็นร้านขายยาที่มีจำนวนมากและกระจายอยู่ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ สำหรับแพทย์ที่เข้าการศึกษานี้มีร้อยละ 36.16 โดยส่วนใหญ่เป็นกุมารแพทย์ ร้อยละ 12.97 และอายุรแพทย์ร้อยละ 12.22 สอดคล้องกับกลุ่มแพทย์ที่ให้การรักษาโรคท้องเสีย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่จะเข้ารับบริการการรักษากับอายุรแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้ป่วยเด็กจะเข้ารับบริการการรักษาที่กุมารแพทย์ แพทย์ส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างนี้ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งสำหรับโรคเฉียบพลัน ซึ่งมีลักษณะอาการที่ต้องการการเข้ารับการรักษาเร่งด่วนและไม่เรื้อรังนั้น ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่มักเลือกที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากค่อนข้างสะดวก รวดเร็ว เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างตามภูมิภาคพบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑลร้อยละ 55.8 และต่างจังหวัดร้อยละ 44.14 ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับข้อมูลจาก IMS เกี่ยวกับส่วนแบ่งทางการตลาดของกลุ่มยาด้านอุจจาระ ซึ่งมีสัดส่วนการตลาดอยู่ราวร้อยละ 50 ระหว่างกรุงเทพฯ และปริมณฑล กับต่างจังหวัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 50,000-100,000

บาท คิดเป็นร้อยละ 36.66 และมีจำนวนผู้ป่วยที่ทำให้การรักษาต่อสัปดาห์อยู่ที่ 76-100 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วน 35.16

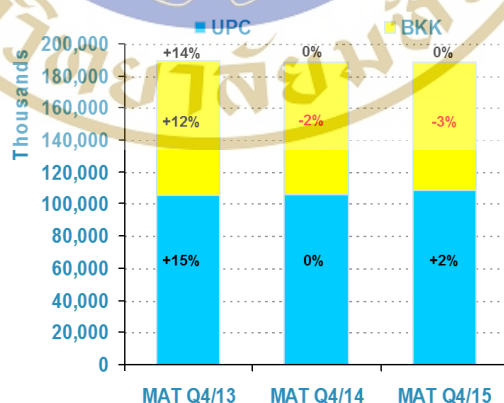
จากข้อมูลจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องและสามารถสะท้อนภาพของตลาดยาต้านอูจาระร่วงได้เป็นอย่างดี

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และตัวแปรตาม

พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

จากการศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาต้านอูจาระร่วงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจจ่ายยาต้านอูจาระร่วงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในต่างจังหวัด ในขณะที่ เพศ อายุ ประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข และรายได้ที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยาดังกล่าวแต่อย่างใด

จากข้อมูลจะเห็นความสอดคล้องกับตัวเลขยอดขายของยากุ่มดังกล่าวที่มีสัดส่วน กรุงเทพฯ และปริมณฑล กับต่างจังหวัดที่เกือบเท่ากัน ดังภาพที่ 5.1 แต่จากการพิจารณาจำนวนประชากรที่อาศัยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ก็จะพบว่ามีจำนวนน้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดมาก และการระบาดของโรคท้องร่วงก็มักพบในต่างจังหวัดมากกว่าในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล แต่เนื่องจากแนวโน้มการตัดสินใจจ่ายยากุ่มนี้ของผู้ให้บริการสาธารณสุขที่อาศัยในกรุงเทพฯ และปริมณฑลที่มากกว่า ทำให้สร้างยอดขายของยากุ่มดังกล่าวได้ทัดเทียมกับต่างจังหวัด ซึ่งมีประชากรมากกว่ากรุงเทพฯ และปริมณฑลค่อนข้างสูง



รูปภาพ 5.1 กราฟแสดงมูลค่าตลาดกลุ่มยาต้านอูจาระร่วง ระหว่างปี พ.ศ.2556-2558

ที่มา: International calculations based IMS Health data, Year 2016

ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย

จากการศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยเมื่อจ่ายยาต้านอูจาระร่วง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ผู้มีอายุมากกว่า 41 ปี เป็นเภสัชกร และผู้ที่อยู่ในต่างจังหวัด มีแนวโน้มที่จะมีความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยเมื่อจ่ายยาต้านอูจาระร่วงมากกว่า

ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นว่ากลุ่มเพศชายซึ่งแนวโน้มที่จะพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยเมื่อจ่ายยาต้านอูจาระร่วงมากกว่านั้นเป็นเหตุจากความเชื่อมั่นในตัวเองในการให้การรักษาและการเลือกพิจารณาจ่ายยาหนึ่งๆ ซึ่งเพศชายมักมีความเชื่อมั่นและเด็ดขาดมากกว่าดังนั้นผลการศึกษาก็ออกมาสอดคล้องในการอธิบายพฤติกรรมดังกล่าวของเพศชาย ในขณะที่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 41 ปี ซึ่งมีประสบการณ์ในการรักษาอย่างยาวนานนั้นก็มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ดังนั้นเมื่อถูกปฏิเสธหรือแรงดันในการที่จะรับหรือไม่รับการรักษาด้วยยาใดหรือประสงค์ที่จะเปลี่ยนไปเป็นยาอื่นใด ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ค่อนข้างสูงย่อมสามารถที่จะอธิบาย ชี้แจง หรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อโน้มน้าวให้รับยาที่ตนเชื่อมั่นว่าเหมาะสมต่อผู้ป่วยรายนั้นๆ มากที่สุด จึงทำให้มีแนวโน้มที่จะพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดมีแนวโน้มที่จะพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยมากกว่ากรุงเทพฯ และปริมณฑล สืบเนื่องจากผู้ป่วยต่างจังหวัดมักไม่ได้คัดค้านการรักษาหรือยาที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขสั่งจ่ายมากนัก ในขณะที่ผู้ป่วยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งเป็นกลุ่มคนเมืองที่ปัจจุบันมีความรู้เรื่องยาค่อนข้างมาก ประกอบกับการแข่งขันเพื่อแย่งชิงผู้ป่วยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ที่สูงกว่าต่างจังหวัด ทำให้เมื่อได้รับการคัดค้านจากผู้ป่วยแล้วผู้ให้บริการสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะมุ่งสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย ด้วยการเปลี่ยนไปใช้ยาอื่นที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้นแทน

กลุ่มเภสัชกรมีความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ ซึ่งเป็นผลการศึกษาที่น่าสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากหากพิจารณาถึงความเชื่อมั่นในตนเองแล้ว แพทย์ก็น่าจะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงกว่าเภสัชกร อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ที่เข้าการศึกษานี้เป็นแพทย์จากโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมุ่งเน้นในการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการค่อนข้างสูงอันสืบเนื่องจากผลของการแข่งขัน รวมทั้งค่าบริการที่มีราคาสูง ดังนั้น จึงมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนยาหรือแนวทางการรักษาเมื่อถูกร้องขอหรือคัดค้านเพื่อมุ่งสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

จากการศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ต่อความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา อูจาาระวัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 31 ปี มีแนวโน้มที่จะจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์ที่ได้เคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาต่างๆ ในการให้การรักษาผู้ป่วยที่สั่งสมมานาน ดังนั้นเมื่อเห็นว่ายาี่ห้ออื่นเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยประเภทหนึ่งๆ แล้ว ก็จะเกิดความจงรักภักดีต่อยี่ห้ออื่นๆ ในขณะที่สำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีอายุต่ำกว่า 31 ปี ซึ่งเพิ่งเริ่มให้การรักษาไม่นาน อีกทั้งยังไม่ได้มีประสบการณ์ในการจ่ายยาหลากหลาย หรือมีประสบการณ์รวมทั้งความผูกพันกันยาี่ห้อหนึ่งๆ นานานัก โอกาสที่จะเปลี่ยนไปให้ยาี่ห้ออื่นๆ รวมทั้งทดลองยาใหม่ๆ ย่อมมีโอกาสสูงกว่า

เภสัชกรมีความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยามากกว่าแพทย์ เนื่องจากโดยปกติ แพทย์จะเลือกสั่งจ่ายยาโดยพิจารณาจากชื่อยาสามัญ (Generic Name) ซึ่งยาชื่อสามัญหนึ่งๆ อาจมีหลายผลิตภัณฑ์หลายยี่ห้อ ซึ่งมีชื่อการค้า (Trade Name) แตกต่างกันไป หลังจากแพทย์สั่งจ่ายด้วยใบสั่งยาแล้วจึงมอบให้เภสัชกรประจำโรงพยาบาลเป็นผู้จัดและจ่ายยาอีกต่อหนึ่ง ดังนั้นโอกาสในสัมผัสกับยาี่ห้อหนึ่งๆ จะมีน้อยกว่าเภสัชกรที่ประจำร้านยา ซึ่งจะเป็นผู้จัดและจ่ายยาด้วยตนเอง ดังนั้นเภสัชกรประจำร้านขายยาจึงได้มีโอกาสสัมผัส และมีความพันรักับยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยามากกว่า ดังนั้นจึงเกิดความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยาหนึ่งๆ ได้มากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มียาได้ต่ำกว่า 250,000 บาทจะมีความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยามากกว่า

ความถี่ในการจ่ายยา

จากการศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ต่อความถี่ในการจ่ายยาด้านอูจาาระวัง พบว่า เภสัชกรมีความถี่ในการจ่ายยากลุ่มดังกล่าวมากกว่าแพทย์ ซึ่งเกิดเนื่องจากในแนวทางการรักษาโรคท้องเสียนั้นแนะนำให้มุ่งเน้นการป้องกันการสูญเสียน้ำและเกลือแร่เป็นสำคัญ ส่วนการใช้ยาด้านอูจาาระวังนั้นเป็นเพียงการให้เสริมเพื่อหวังผลในการลดระยะเวลาป่วยเท่านั้น แต่สำหรับเภสัชกรการมุ่งเน้นผลลัพธ์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกหยุดถ่ายได้รวดเร็วนั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปเข้ารับการรักษาที่ร้านขายยานั้นมักป่วยระดับน้อยถึงปานกลาง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะหยุดถ่ายอย่างรวดเร็วเพื่อกลับไปใช้ชีวิตปกติได้ ดังนั้น จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้เภสัชกรประจำร้านขายยาเลือกที่จะจ่ายยาด้านอูจาาระวังเพื่อสร้างผลการรักษาที่รวดเร็ว และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มียาได้ต่ำกว่า 250,000 บาทจะมีความถี่ในการจ่ายยากลุ่มดังกล่าวมากกว่า

การบอกต่อ

จากการศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ต่อการบอกต่อ พบว่า เกสัชกรประจำร้านขายยา มีการบอกต่อมากกว่าแพทย์ และผู้ที่มีรายได้รายได้ต่ำกว่า 250,000 บาท มีแนวโน้มที่จะเกิดการบอกต่อได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และตัวแปรตามทั้ง 5 อันได้แก่ พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา ความถี่ในการจ่ายยา และการบอกต่อ สามารถสรุปกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมหรือมีแนวโน้มในการแสดงออกในพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มอื่น ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 สรุปกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมหรือมีแนวโน้มในการแสดงออกในพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มอื่น

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา	ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย	ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา	ความถี่ในการจ่ายยา	การบอกต่อ
เพศ		ชาย*			
อายุ		มากกว่า 41 ปี*	มากกว่า 31 ปี*		
ประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข		เภสัชกร***	เภสัชกร***	เภสัชกร***	เภสัชกร***
ภูมิภาค	กรุงเทพฯ และปริมณฑล***	ต่างจังหวัด**			
รายได้			ต่ำกว่า 250,000 บาท*	ต่ำกว่า 250,000 บาท**,**	ต่ำกว่า 250,000 บาท*

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

5.2 สรุปผลการทดสอบสมมุติฐาน

พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา

สมมุติฐานที่ 1.1, 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1, 7.1, 8.1, 9.1, 10.1, 11.1, 12.1, 13.1 จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อเชิงนโยบายมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากนโยบายทั้งจากภาครัฐรวมทั้งนโยบายของสถานพยาบาลนั้น ๆ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกที่จะจ่ายหรือไม่จ่ายยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Buusman et al. (2007) ซึ่งพบว่าแนวนโยบายทั้งจากภาครัฐและของสถานพยาบาลเองมีผลในการสนับสนุนให้จ่ายหรือไม่จ่ายยาเป็นอย่างมาก ดังนั้นหากภาครัฐหรือสถานพยาบาลต้องการที่จะสนับสนุนให้จ่ายหรือไม่จ่ายยาชนิดใด การเลือกวิธีในการออกกฎ ระเบียบ หรือการตั้งเงื่อนไขในการสั่งจ่ายยาย่อมมีผลเป็นอย่างมากให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ ทั้งนี้สำหรับบริษัทฯเองก็มุ่งให้เกิดการสนับสนุนเชิงนโยบายดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากการประสงค์ที่จะบรรลุผลิตภัณฑ์ของตนเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ก็สืบเนื่องจากถือเป็นหนึ่งในนโยบายหลักที่จะสนับสนุนให้เกิดการสั่งจ่ายยาที่อยู่ในบัญชียาดังกล่าว

ในขณะที่พบว่าบรรจุก๊าซและความพร้อมในการจ่ายยา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยทั้งสองดังกล่าว สำหรับบรรจุก๊าซนั้นเมื่อแยกวิเคราะห์ในกลุ่มแพทย์จะพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว สืบเนื่องจากโดยปกติเมื่อแพทย์สั่งจ่ายยาแล้วจะมีเภสัชกรช่วยจัดยาก่อนส่งมอบให้กับผู้ป่วยอีกทอดหนึ่ง ดังนั้นแพทย์จึงไม่ได้มีความเกี่ยวเนื่องกับบรรจุก๊าซของยามากนัก อีกทั้งโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักแยกทำการบรรจุใหม่ในบรรจุก๊าซของโรงพยาบาล ดังนั้นบรรจุก๊าซจึงมีความสำคัญน้อย แต่อย่างไรก็ดีบรรจุก๊าซที่ไม่ได้มาตรฐานหรือไม่สามารถปกป้องยานั้นได้ เช่น ยาบางชนิดต้องป้องกันจากแสงหรือความชื้นย่อมมีผลต่อคุณภาพของยา ดังนั้นแม้ว่าแพทย์จะไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว แต่บริษัทผู้ผลิตก็ควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับยาที่ต้องการการปกป้องพิเศษเพื่อคงคุณภาพของยาได้เป็นอย่างดี

สำหรับความพร้อมในการจ่ายยา ซึ่งทั้งแพทย์และเภสัชกรส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญก็อาจเนื่องมาจากปัจจุบันในแต่ละสถานพยาบาลมียาหลากหลายชนิดให้เลือกจ่าย ซึ่งยาแต่ละชนิด เช่น ยาต้านอาการระงับ แม้จะไม่ได้ให้ผลการรักษาหรือจำเพาะต่อผู้ป่วยเหมือนกันเสียทีเดียว แต่ก็สามารถเลือกใช้ทดแทนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับโรคที่องเลี้ยวที่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ได้มีอาการรุนแรงมากนัก และตามแนวทางการรักษาโรคที่องเลี้ยวส่วนใหญ่ก็มุ่งเน้นเพียงการป้องกันหรือบรรเทาภาวะสูญเสียน้ำหรือเกลือแร่เท่านั้น ดังนั้นยาต้านอาการระงับจึงเป็นเพียงยาเสริมเท่านั้น

เหตุผลอีกประการคือความสะดวกในการจัดหายา ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีความสะดวก รวดเร็วมากขึ้น ดังนั้นหากแม้จำเป็นต้องใช้ยานั้นจริงๆ สถานพยาบาลก็สามารถจัดหายาดังกล่าวมาได้ไม่ยากนัก ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจที่ทั้งแพทย์และเภสัชกรจะไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าวในการตัดสินใจจ่ายยา

เมื่อแยกวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจจ่ายยาในกลุ่มแพทย์ จะพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจจ่ายยายังมีเพิ่มเติมได้แก่ ความสัมพันธ์กับบริษัทฯ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Clark et al. (2011) และ Shamim-ul-Haq et al. (2014) ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์อันดีระหว่างบริษัทฯและแพทย์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจสั่งจ่ายยาของแพทย์ ดังนั้นบริษัทฯต่างๆ ต่างก็มุ่งที่จะสร้างความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ ทั้งการบริหารความสัมพันธ์ด้วยโปรแกรม CRM ที่บริษัทฯต่างๆ ต่างทุ่มงบประมาณอย่างมากเพื่อบริหารให้เกิดความสัมพันธ์อันดีดังกล่าว

ในขณะที่พบว่าสัมพันธ์เชิงลบระหว่างขนาดและระยะเวลาการให้ยา และความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์กับการตัดสินใจจ่ายยาของแพทย์ สำหรับขนาดและระยะเวลาการให้ยานั้นให้ผลคัดค้านกับการศึกษาของ Steele et al. (2002) ที่ทำการศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งพบว่าทั้งระยะเวลาการให้ยา ขนาดการให้ รวมถึงรสชาติของยามีผลต่อพฤติกรรมและความพึงพอใจในการใช้ยาของกุมารแพทย์แพทย์แต่อย่างไรก็ดีกลุ่มแพทย์ที่เข้าการศึกษาที่มีความหลากหลายมากกว่า เนื่องจากมีทั้งอายุแพทย์และแขนงอื่นที่ให้การรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ด้วย ดังนั้น อาจเป็นไปได้ว่าการให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าวย่อมน้อยลง เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผู้ใหญ่มักค่อนข้างน้อย สำหรับความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ซึ่งพบว่าแพทย์ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าวในการตัดสินใจจ่ายยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McKinney et al. (1990) ที่อธิบายผลดังกล่าวว่าเกิดจากการที่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เชื่อถือข้อมูลจากผู้แทนยาและคิดว่าผู้แทนยาส่วนใหญ่มักข้อมูลเพียงแต่ข้อดีของผลิตภัณฑ์ยาของตนเท่านั้น ดังนั้นบริษัทฯควรสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในข้อมูลที่ผู้แทนยาของตนมอบให้แก่แพทย์ด้วยการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ฝึกอบรมพนักงานให้สามารถตอบข้อซักถาม หรือนำเสนอได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และปราศจากการบิดเบือนข้อเท็จจริง

ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย

สมมุติฐานที่ 1.2, 2.2, 3.2, 4.2, 5.2, 6.2, 7.2, 8.2, 9.2, 10.2, 11.2, 12.2, 13.2 จากการศึกษาพบว่า ขนาดและระยะเวลาการให้ยา ความเอื้อเงินโยบาย ความสัมพันธ์กับบริษัทฯ และการต่อยุ่ตราสินค้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย สำหรับขนาดและระยะเวลาการให้ยานั้นสอดคล้องกับความร่วมมือในการ

รับประกันยาของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จของการรักษาดังนั้นเมื่อผู้ป่วยร้องขอยาหรือการรักษาอื่นที่มีความสะดวกน้อยกว่าหรือต้องมีขั้นตอนการให้ที่ยุงยากกว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขมักโน้มน้าวเพื่อให้ใช้ยาที่มีการให้ยาที่สะดวกกว่า เพื่อสนับสนุนให้เกิดผลสำเร็จทางการรักษาที่มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Steele et al. (2002)

ความเอื้อเชิงนโยบายเป็นหนึ่งปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย โดยเมื่อผู้ป่วยร้องขอยาอื่นที่ไม่สอดคล้องกับนโยบาย ผู้ให้บริการสาธารณสุขจะโน้มน้าวที่จะให้ข้อมูล อธิบาย หรือคัดค้าน เพื่อส่งจ่ายยาที่สอดคล้องกับนโยบายมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Buusman et al. (2007)

ความสัมพันธ์กับบริษัทยา และการตอกย้ำตราสินค้า มีส่วนต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย เพราะความสัมพันธ์อันดีและการตอกย้ำตราสินค้าไม่ว่าจะด้วยการให้ของขวัญหรือเครื่องใช้อื่นๆ โค้ดที่มีตราสินค้า ย่อมทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขเกิดความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์นั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hilliard and Chambers (2006) Sultana and Khosru (2011) และ Clark et al. (2011) ที่พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลในการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุข สำหรับยาต้านอาการระงับซึ่งยาแต่ละชนิดไม่ได้ให้ผลสำเร็จทางการรักษาที่แตกต่างกันมากนัก แต่ละยามีความคล้ายคลึงกัน และไม่ค่อยจำเพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยแบบหนึ่งๆ มากนัก ดังนั้นผู้ให้บริการสาธารณสุขมีโอกาสที่จะโน้มน้าวผู้ป่วยใช้ยาแบบที่ตนเลือก ซึ่งมักเป็นยาที่สร้างความพึงพอใจให้แก่ตนมากกว่า ทั้งนี้จึงเป็นผลให้ความสัมพันธ์กับบริษัทยา และการตอกย้ำตราสินค้า มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว

เมื่อแยกวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย ในกลุ่มแพทย์ และเภสัชกร จะพบข้อมูลที่น่าสนใจ ได้แก่ ในกลุ่มแพทย์พบว่าราคามีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย ในขณะที่พบความสัมพันธ์เชิงลบในกลุ่มเภสัชกร สำหรับในกลุ่มแพทย์นั้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Buusman et al. (2007) แต่ในกลุ่มเภสัชกรประจำร้านยาที่มีความมุ่งหมายที่จะสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยที่มาซื้อยาก่อนข้างมากเนื่องจากการแข่งขันที่มีสูง ดังนั้นหากผู้ป่วยประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนเป็นยาอื่น แม้จะราคาถูกหรือแพงกว่าเภสัชกรก็ยินดีที่จะเปลี่ยนไปใช้ยาดังกล่าวแทน เนื่องจากนั้นแสดงว่าผู้ป่วยรับราคาที่ต้องการได้และเภสัชกรเองก็มุ่งที่จะสร้างความพึงพอใจสูงสุดให้แก่ลูกค้า

ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สมมุติฐานที่ 1.3, 2.3, 3.3, 4.3, 5.3, 6.3, 7.3, 8.3, 9.3, 10.3, 11.3, 12.3, 13.3 จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลเชิงวิชาการ การสร้างการรับรู้ ความสัมพันธ์กับบริษัทฯ และความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา ในขณะที่ความพร้อมในการจ่ายยามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา

สำหรับข้อมูลเชิงวิชาการและการสร้างการรับรู้ สำหรับแนวทางการแพทย์ สาธารณสุข และอุตสาหกรรมยานั้นมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสำหรับการแพทย์สมัยใหม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในขณะที่ที่บริษัทฯ ต่างๆ ก็มุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ด้วยการใช้ผลการศึกษาและงานตีพิมพ์ทางการแพทย์เป็นเครื่องมือหลักในการสร้างปัจจัยดังกล่าวให้เกิดขึ้น การศึกษาของ Buusman et al. (2007) และ Spurling et al. (2010) พบว่าข้อมูลทางวิชาการและการตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการดังกล่าวส่งผลต่อการยกระดับการรักษาและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุข เมื่อเกิดความพึงพอใจในระยะยาวนานมากขึ้น เช่น ยานชนิดดังกล่าวมีผลงานวิจัยว่าให้ผลที่ดีและมีการตีพิมพ์ผลการวิจัยอย่างสม่ำเสมอยาวนาน ย่อมทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขจ่ายยาดังกล่าว และเมื่อจ่ายมาระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นก็ย่อมมีความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งหากผลการรักษาออกมาดีก็จะมีประสิทธิภาพที่ดีและมีความปลอดภัย ผลข้างเคียงต่ำ ก็ยิ่งมั่นใจในผลิตภัณฑ์นั้นๆ และย่อมทำให้เกิดความจงรักภักดีต่อยานั้นๆ และยากที่จะเปลี่ยนไปใช้ยาอื่น เนื่องจากยาใหม่ย่อมมีการศึกษาที่น้อยกว่า การรับรู้ที่น้อยกว่า และความคุ้นเคยน้อยกว่า ย่อมมีความมั่นใจในยานั้นๆ น้อยกว่า และย่อมทำให้มีความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยานั้นๆ น้อยกว่า ทั้งนี้บริษัทนอกจากจะสนับสนุนให้มีการวิจัยและเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการของผลิตภัณฑ์ของตน การมอบตัวอย่างยาเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยก็เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาใหม่ที่ยังมีการศึกษาและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์ไม่มากนัก ซึ่งการศึกษาของ Morgan and Hunt (1994) และ Shamim-ul-Haq et al. (2014) ก็ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวส่งผลจริงต่อการสร้างความคุ้นเคยและเอื้อให้เกิดการสั่งจ่ายยานั้น

นอกจากนี้ยังพบ ความสัมพันธ์กับบริษัทฯ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Clark et al. (2011) และ Shamim-ul-Haq et al. (2014) เนื่องจากความสัมพันธ์อันดีย่อมส่งผลต่อระดับจงรักภักดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคที่ไม่ได้รุนแรงมากนักหรือยาที่เป็นยาเสริม ซึ่งมีความจำเป็นน้อยกว่ายาที่รักษาโรครุนแรง ยาที่มีความจำเป็นกับโรคสูงมาก หรือยาที่เป็นยาหลักสำคัญในการรักษาเพราะยาที่ใช้ในการรักษาโรคที่ไม่ได้รุนแรงมากนัก หรือยาที่เป็นยาเสริม นั้นความแตกต่างของผลการรักษาของยาแต่ละชนิดอาจแตกต่างกันไม่มาก หรือมีความจำเป็นต่ำ ดังนั้นผู้ให้บริการสาธารณสุขอาจเลือก

หรือไม่เลือกใช้ยาใด หรือเปลี่ยนไปใช้ยาอื่นๆ แทนก็ได้ เนื่องจากไม่ค่อยกระทบผลการรักษามากนัก ดังนั้นความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและบริษัทยาจึงกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะยังคงรักษาความจงรักภักดีของผู้ให้บริการสาธารณสุขกับผลิตภัณฑ์ยานั้นๆ ไม่เปลี่ยนไปใช้ยาอื่น ดังนั้นสำหรับบริษัทยาการบริหารความสัมพันธ์อันดีกับผู้ให้บริการสาธารณสุขจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยาของตน ในขณะที่ทั้งผู้ให้บริการสาธารณสุขและบริษัทยาพึงระมัดระวังความสัมพันธ์ที่อาจก่อให้เกิดการชักนำให้เกิดปัญหาทางด้านจริยธรรมได้

ความพร้อมในการจ่ายยา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อวิเคราะห์แยกในกลุ่มเภสัชกร จะพบความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งอธิบายได้จากกรณีที่ร้านขายยามีการแข่งขันสูงซึ่งร้านขายยาต่างมุ่งสร้างความพึงพอใจสูงสุดแก่ลูกค้า และความสะดวก รวดเร็ว การจัดการหาย ดังนั้นแม้จะไม่มีรายการยาดังกล่าวในร้านของคุณ ณ ขณะนั้น แต่หากพบผู้ป่วยที่เหมาะสมกับยาที่ตนมั่นใจและจงรักภักดีอยู่แล้วก็สามารถที่จะจัดหาจ่ายให้ผู้ป่วยได้ไม่ยาก ดังนั้นเภสัชกรจึงไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านความพร้อมในการจ่ายยาดังกล่าว

เมื่อแยกวิเคราะห์ในกลุ่มเภสัชกรพบปัจจัยที่จะสร้างความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยาเพิ่มเติม ได้แก่ ความเอื้อเชิงนโยบาย การต่อยอดตราสินค้า และความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยา ในขณะที่กลุ่มแพทย์พบว่าความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์มีความสัมพันธ์เชิงลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lagace et al. (1991) ซึ่งพบว่าระยะเวลาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้แทนเวชภัณฑ์ไม่มีผลต่อการสร้างความพึงพอใจ (Satisfaction) และความเชื่อมั่น (Trust) ให้แก่แพทย์

ความถี่ในการจ่ายยา

สมมุติฐานที่ 1.4, 2.4, 3.4, 4.4, 5.4, 6.4, 7.4, 8.4, 9.4, 10.4, 11.4, 12.4, 13.4 จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลเชิงวิชาการ การสร้างการรับรู้ และความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความถี่ในการจ่ายยา

ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเชิงวิชาการ การรับรู้ และความคุ้นเคยนั้นได้อธิบายไป ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 3 ดังในหัวข้อความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ยาไปแล้วนั้น ซึ่งผลดังกล่าวย่อมส่งผลถึงความถี่ในการใช้ยานั้นๆ ด้วย และด้วยความถี่ที่มากขึ้นก็ส่งผลต่อยอดการใช้ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วย ดังนั้นบริษัทยาต่างๆ ต่างมุ่งที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดผลเชิงบวกในปัจจัยทั้ง 3 นี้

เมื่อแยกวิเคราะห์ในกลุ่มแพทย์ จะพบปัจจัยเพิ่มเติม ได้แก่ รูปแบบการให้ยา และราคา ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความถี่ในการจ่ายยาของแพทย์ ในขณะที่พบว่าบรรณรักษ์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความถี่ในการจ่ายยา ซึ่งหมายถึงแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว สืบเนื่องจากโดยปกติเมื่อแพทย์สั่งจ่ายยาแล้วจะมีเภสัชกรในการช่วยจัดยาก่อนส่งมอบให้กับผู้ป่วยอีกทอดหนึ่ง ดังนั้น แพทย์จึงไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับบรรณรักษ์ของยามากนัก อีกทั้งโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักแยกทำการบรรจุใหม่ในบรรณรักษ์ของโรงพยาบาล ดังนั้นบรรณรักษ์จึงมีความสำคัญน้อย

การบอกต่อ

สมมุติฐานที่ 1.5, 2.5, 3.5, 4.5, 5.5, 6.5, 7.5, 8.5, 9.5, 10.5, 11.5, 12.5, 13.5 จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการให้ยา การสร้างการรับรู้ การตอกย้ำตราสินค้า และความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการบอกต่อของผู้ให้บริการสาธารณสุข ในขณะที่ปัจจัยด้านราคามีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการบอกต่อของผู้ให้บริการสาธารณสุข บทความเรื่อง Word-of-mouth recommendations remain the most credible (Nielsen, n.d.) ระบุว่า การบอกต่อ (Word-of-mouth) นับว่าเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่จะเข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมากโดยเฉพาะสำหรับตลาดเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริโภคส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่าข้อมูลที่ได้รับฟังจากการบอกต่อหรือแบบปากต่อปากนั้นเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

เมื่อแยกวิเคราะห์ในกลุ่มแพทย์ หรือเภสัชกรจะพบว่าอาจมีบางปัจจัยที่ส่งแตกต่างกันในการสร้างการบอกต่อ เช่น สำหรับแพทย์ ปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อการบอกต่อคือ การสร้างการรับรู้, ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ และปัจจัยที่มีผลเชิงลบได้แก่ ความพร้อมในการจ่ายยา และความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ แต่สำหรับเภสัชกรปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อการบอกต่อคือ รูปแบบการให้ยา ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์ และความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์ ในขณะที่ราคามีความสัมพันธ์เชิงลบกับการบอกต่อ

5.3 ข้อเสนอแนะ

สำหรับให้บริการสาธารณสุขและผู้บริหารนโยบายการให้ยา

จากการศึกษาพบปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสั่งจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาการใช้ยาต้านอาการระงับ ซึ่งยาดังกล่าวมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย อีกทั้ง

โรคท้องเสียก็เป็น โรคที่พบได้ทั่วไปโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยากลุ่มดังกล่าวอย่างสมเหตุสมผลจึงควร

1. ควรมีการออกนโยบายในการควบคุมหรือสนับสนุนการใช้ยาที่เหมาะสม เนื่องจากจากการศึกษาพบว่า นโยบายนับเป็นปัจจัยสำคัญที่จะมีผลต่อการตัดสินใจสั่งจ่ายยา และความพยายามในการแนะนำเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วยของผู้ให้บริการสาธารณสุข ดังนั้นการออกนโยบายหรือกฎระเบียบการใช้ยา หรือไม่ให้ใช้ยาใดๆ ออกมาย่อมส่งผลอย่างชัดเจนต่อการใช้ยาโดยเฉพาะกลุ่มยาต้านจุลชีพ

2. เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าว จะพบว่าตัวแปรต้นแต่ละตัวส่งผลต่อตัวแปรตามแต่ละได้แก่ พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์เมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย ความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ ความดีในการจ่ายยา และการบอกต่อ แตกต่างกัน ดังนั้นการออกนโยบายเพื่อสนับสนุนการใช้ยาควรคำนึงถึงปัจจัยด้านประชากรศาสตร์เพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามต้องการ เช่น จะเห็นว่าเกษตรกรมีแนวโน้มความดีที่จะจ่ายยาต้านจุลชีพมากกว่า ดังนั้นหากต้องการควบคุมการใช้ยาดังกล่าว ควรออกระเบียบให้ครอบคลุมถึงธุรกิจร้านขายยาด้วย

3. การบริหาร จัดการ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและบริษัทยาเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อความพยายามในการแนะนำเมื่อถูกแรงต้านจากผู้ป่วย และความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ของผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวควรอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมด้านจริยธรรม เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการสั่งจ่ายยาและการรักษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ปัจจุบันมีการควบคุมกิจกรรมต่างๆ ที่อาจมีผลต่อปัญหาด้านจริยธรรมทั้งจากภาครัฐ โรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งบริษัทฯเองก็มีการก่อตั้งสมาคมผู้วิจัยและผลิตภัณฑ์ หรือ PREMA ของกลุ่มบริษัทผู้วิจัยยาเพื่อควบคุม จัดการ กิจกรรมทางการตลาดต่างๆ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการทำการตลาดและการบริหารความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสาธารณสุข

4. ผู้มีหน้าที่ควบคุมบริหารนโยบายการใช้ยาควรศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่จะมีผลต่อการใช้หรือไม่ใช้ยา เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม คือยึดประโยชน์ทางการรักษาและความเหมาะสมด้านค่าใช้จ่ายเป็นสำคัญ โดยสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันทางการตลาดอย่างเป็นธรรม และสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลทางวิชาการของผู้ให้บริการสาธารณสุข เพื่อไม่ให้เกิดการผูกขาดทางการค้า รวมทั้งการผูกขาดอันเนื่องมาจากมีผู้แข่งขันเจ้าใหญ่ที่อิทธิพลทางการตลาดสูง หรือมีเงินทุนทางการตลาดสูงแต่จำหน่ายยาที่มีประสิทธิภาพต่ำกว่าเจ้าอื่น ผู้มีหน้าที่ควบคุมบริหารนโยบายการใช้ยาพึงจัดเวทีกลาง หรือช่องทางเพื่อให้เกิดการแข่งขันด้วยประสิทธิภาพที่แท้จริงของ

ยามากกว่าการตลาดเพียงอย่างเดียว เช่น การสนับสนุนเว็บไซต์ฟรีเพื่อให้ผู้บริการสาธารณสุขเข้าถึงงานวิจัยต่างๆ ที่ตีพิมพ์ หรือ จัดสัมมนาจากราชวิทยาลัยต่างๆ โดยเสนอข้อมูลที่เป็นกลาง เป็นต้น

5. ต้องยอมรับว่าการสนับสนุนด้านงบประมาณจากทางบริษัทยานั้นเอื้อให้เกิดการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานการรักษาของประเทศ เช่น งบประมาณในการวิจัยพัฒนายาหรือการศึกษาทางการแพทย์ การสนับสนุนการจัดการฝึกอบรม การจัดสัมมนาวิชาการ รวมทั้งการสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ หากแต่ต้องควบคุมให้เป็นไปโดยความโปร่งใสและมุ่งประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การสนับสนุนงบประมาณเพื่อกิจกรรมส่วนตัวของผู้ให้บริการสาธารณสุขย่อมก่อให้เกิดการทุจริตและผู้บริหารพึงต้องเข้ามาควบคุมมิให้เกิดกรณีดังกล่าว

สำหรับบริษัทหรือนักการตลาดในอุตสาหกรรมยา

จากการศึกษาพบปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสั่งจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขนี้มีประโยชน์อย่างมากต่อวงการอุตสาหกรรมยา เนื่องจาก ลักษณะและแนวทาง ขั้นตอน ของการให้การรักษาของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน เช่น ในบางประเทศไม่มีการจำหน่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล แต่จะเป็นรูปแบบการให้ใบสั่งยาแล้วผู้ป่วยจึงนำใบสั่งยานั้นไปซื้อยาเองจากร้านยา หรือบางประเทศก็มีโรงพยาบาลเอกชนน้อยมาก ดังนั้นการศึกษาที่จำเพาะต่อประเทศไทยย่อมให้ผลการศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

สำหรับนักการตลาดและบริษัทยา การทำการตลาดในอุตสาหกรรมดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นอุตสาหกรรมที่ส่งผลต่อผู้บริโภคสูงมาก โดยส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยและความป่วยไข้ของประชาชน ดังนั้นการดำเนินธุรกิจและกิจกรรมทางการตลาดอย่างเหมาะสมถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง โดยจากการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ดังนั้นต้องพิจารณาความมุ่งหมาย จุดประสงค์ และสถานะของผลิตภัณฑ์นั้นๆ ว่าต้องการสนับสนุนพฤติกรรมด้านไหนมากกว่า และพฤติกรรมนั้นๆ มีปัจจัยทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ใดที่เอื้อให้เกิดแนวโน้มหรือส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมนั้นมากกว่า เพื่อให้สามารถวางกลยุทธ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยพิจารณาได้จากตารางที่ 5.1 ตัวอย่างเช่น จะเห็นว่าหากต้องการเพิ่มความถี่ในการจ่ายยาแล้ว เกณฑ์กรจะมีแนวโน้มที่จะมีความถี่ในการจ่ายยากลุ่มนี้มากกว่า เป็นต้น

2. ปัจจัยที่ด้านสินค้า ราคา ความสะดวกในการจ่ายยา และปัจจัยด้านกิจกรรมทางการตลาด แต่ละปัจจัยส่งผลต่อแนวทางในการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในด้าน

ต่างๆ ที่แตกต่างกัน ดังนั้นนักการตลาดควรมุ่งเน้นถึงปัจจัยที่จะส่งผลเชิงบวกต่อรูปแบบพฤติกรรมที่ ต้องการสนับสนุนให้เกิดขึ้น ทั้งนี้พฤติกรรมต่างๆ ที่ต้องการสนับสนุนให้เกิดขึ้นนั้นต้องสอดคล้อง กับกลยุทธ์ของบริษัท สถานะของผลิตภัณฑ์ และสภาพสังคม เศรษฐกิจ และนโยบายของภาครัฐ โดยนักการตลาดสามารถพิจารณาปัจจัยที่เหมาะสมต่างๆ ได้จากตารางที่ 4.42 ซึ่งแต่ละปัจจัยก็อาจ ส่งผลต่อผู้ให้บริการสาธารณสุขกลุ่มต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน เช่น ราคามีผลเชิงบวกต่อความพยายามใน การแนะนำผลิตภัณฑ์เมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วยสำหรับกลุ่มแพทย์ แต่มีผลเชิงลบต่อกลุ่มเภสัชกร ประจำร้านขายยา ในขณะที่เมื่อพิจารณาทั้งกลุ่มรวมกันพบว่าไม่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้น หากต้องการให้เกิดผลสำเร็จในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว นักการตลาดอาจต้อง ออกแบบกลยุทธ์ที่เหมาะสมและอาจแตกต่างกันระหว่างตลาดโรงพยาบาลและตลาดร้านขายยา เป็น ต้น

3. การสร้างการรับรู้ นับเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการสั่งจ่ายยาของแพทย์ ดังนั้นนักการตลาดควรมุ่งสร้างการรับรู้สำหรับผลิตภัณฑ์ของตนให้เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขรับรู้ถึง ประโยชน์ และความเหมาะสมในการใช้ยานั้น ๆ รวมทั้งข้อดี และข้อเสียด้วย ซึ่งการสร้างการรับรู้ นี้ จะส่งผลต่อทั้งความจงรักภักดีต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์ ความถี่ในการจ่ายยา และการบอกต่อ ดังนั้นจะเห็น ว่าในระยะยาว การสร้างการรับรู้ นับว่าให้ผลลัพธ์ที่ดี กิจกรรมการสร้างการรับรู้มีหลายหลาย รูปแบบ เช่น การจัดการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการ ให้เอกสารข้อมูลทางวิชาการที่เหมาะสมหรือน่าสนใจ

4. ผู้แทนยา นับว่าเป็นหนึ่งในกลไกการตลาดแบบ One-to-One ซึ่งเป็นการตลาดที่ถูกใช้ในอุตสาหกรรมยามานาน ซึ่งจากการศึกษาต่าง ๆ รวมทั้งการศึกษานี้เองก็ แสดงให้เห็นว่า ผู้แทนยาเป็นผู้ที่มีบทบาทเป็นอย่างมากในธุรกิจนี้ แต่สิ่งที่สำคัญก็คือการพัฒนาขีด ความสามารถทางด้านวิชาการ ความรู้ ทักษะ เพื่อให้ผู้แทนยาเป็นผู้ที่สามารถส่งต่อข้อมูล หรือเป็นผู้ ที่สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารที่ถูกต้อง และได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ บริษัทยาเป็นผู้มีหน้าที่หลักที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาทักษะของผู้แทนเวชภัณฑ์ด้วยการ สนับสนุนการฝึกอบรมทั้งทางด้านวิชาการ และทักษะการนำเสนอ และการขายที่เหมาะสม นอกจากนี้ปัจจุบันเรายังเป็นบทบาทของสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ หรือ PREMA ในการเป็น ผู้จัดสอบเพื่อวัดระดับและรับรองศักยภาพของผู้แทนเวชภัณฑ์ ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของ สมาคมดังกล่าว ที่จะยกมาตรฐานของวิชาชีพนี้ให้สูงขึ้น อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือการสร้างสำนึกด้าน จริยธรรม ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างมาก เพราะการนำเสนอข้อมูลที่บิดเบือน หรือปิดบังซ่อน เร้นข้อมูลบางประการ อาจทำให้เกิดความสับสนหลงทางในการรักษา หรือทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิต จากการรักษาที่ผิดได้

5. การสนับสนุนให้เกิดการเอื้อเชิงนโยบาย นับเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญต่อการส่งจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งการสนับสนุนให้เกิดปัจจัยดังกล่าวพึงทำภายใต้ความโปร่งใส และมีจริยธรรม มุ่งเน้นการให้ข้อมูลที่เป็นจริง และมุ่งประโยชน์ทั้งต่อภาคธุรกิจและต่อประชาชนด้วย

6. การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งบริษัทควรบริหารความสัมพันธ์เพื่อเกิดความสัมพันธ์รวมทั้งความเชื่อมั่น และภาพลักษณ์ที่ดีแก่บริษัท หลายบริษัทมีการบริหารด้วยโปรแกรม CRM แบบต่าง ๆ ทั้งนี้ การนำไปประยุกต์ใช้จำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถี วัฒนธรรม และจริยธรรมอันดีของประเทศไทยด้วย

ทั้งนี้แม้การศึกษานี้จะเฉพาะกับกลุ่มยาต้านอูจาระร่วง หากแต่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มยาอื่น โดยเฉพาะกลุ่มยา หรือกลุ่มโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับโรคท้องเสีย เช่น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะอาการไม่รุนแรง แต่อาจประยุกต์ใช้ไม่ได้กับการตัดสินใจจ่ายยาในการรักษาโรคหรือกลุ่มยาบางชนิด โดยเฉพาะกลุ่มยาสำหรับรักษาโรคที่รุนแรงหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง หรือโรคที่ต้องการการรักษาเฉพาะ เช่น โรคมะเร็ง โรคลมชัก เป็นต้น

5.4 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ทำการศึกษาเฉพาะกรณียาต้านอูจาระร่วง ซึ่งมีลักษณะบางประการที่อาจไม่สามารถประยุกต์ใช้กับยาอื่นได้ เช่น ในกลุ่มยาโรคมะเร็งที่ยาแต่ละชนิดจะค่อนข้างจำเพาะกับระดับของโรค และชนิดของโรค ดังนั้นปัจจัยบางประการอาจไม่ให้ผลเช่นเดียวกันกับการศึกษานี้

2. การศึกษานี้เป็นการรวมผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งแพทย์และเภสัชกร ซึ่งจากการศึกษาพบมีความแตกต่างในแนวทางการจ่ายยาหลายประการ ดังนั้น การศึกษาเฉพาะของกลุ่มแพทย์ หรือเภสัชกร อาจให้ข้อมูลที่จำเพาะเจาะจงมากกว่า

3. การศึกษานี้ครอบคลุมแพทย์บางแขนงเท่านั้น ดังนั้นจึงยากที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับแพทย์แขนงอื่น ๆ เช่น สูติ-นารีแพทย์, รังสีแพทย์ เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาเฉพาะในกลุ่มแพทย์แขนงนั้น ๆ ย่อมให้ข้อมูลที่จำเพาะมากกว่า

4. การศึกษานี้ทำการกระจายเครื่องมือซึ่งได้แก่แบบสอบถามผ่านผู้แทนยาของบริษัทฯ ดังนั้นอาจมีความผิดพลาด หรือลำเอียงอันเนื่องมาจากขัดทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

เกิดขึ้นได้ ดังนั้น การศึกษาด้วยองค์กรกลาง จึงน่าจะให้ผลการศึกษาที่เป็นกลางและขจัดปัญหานี้
ออกไปได้

5. การศึกษานี้ครอบคลุมกลุ่มเภสัชกรประจำร้านยาเครือข่าย (Chain store) ค่อนข้าง
น้อย ดังนั้นจึงควรเพิ่มสัดส่วนให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้น



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (2546) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่, 1-57.
- คู่มือการรักษาโรคท้องร่วงและหลักเกณฑ์การใช้ยารักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กสำหรับ
เภสัชกรและบุคลากรสาธารณสุข. (2540).
- พิมพ์ประกาย กำคำ. (2557). วิกฤติyarรักษาโรค เรื่องที่คนไทยมองข้าม. แนวหน้า. 12012, 5.
- พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510. (2510). ราชกิจจานุเบกษา, รก.2510/101/พ./20 ตุลาคม 2510.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2558). แนวโน้มเศรษฐกิจของไทยในปี 2559. K SME Analysis, 1-4.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ.
(2557). เภสัชจรรยาบรรณว่าด้วยการขายยาของประเทศไทย, 1-31.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงาน โรคระบบเฝ้าระวัง 506
Diarrhoea. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการรักษาโรค
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน, 1-19.
- รมย์นลิน นิจบุนยอนันต์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเข้าชุดราตรีและการสื่อสาร
แบบปากต่อปากของผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการ
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภา เอร่าวัฒน์. (2545). บทบาทการสื่อสารแบบบอกต่อในการตัดสินใจซื้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of
empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitude and predicting social behavior*. New
Jersey: Prentice-Hall.
- Barr, W., & Smith, A. (2014). Acute diarrhea. *Journal of American Family Physician*, 89(3), 180-
189.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Bulte, C.D. & Gary L. L. (2001). Medical innovation revisited: Social contagion versus marketing effort. *American Journal of Sociology*, *106*(5), 1409-1435.
- Buusman, A., Andersen, M., Merrild, C., & Elverdam, B. (2007). Factors influencing GPs' choice between drugs in a therapeutic drug group. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *25*, 208-213.
- Clark, M., Vorhies, D., & Bentley, J. (2011). Relationship quality in the pharmaceutical industry: An empirical analysis. *Journal of Medical Marketing*, *11*, 144 – 155.
- DuPont, HL. (1997). Guidelines on acute infectious diarrhea in adults. The practice parameters committee of the american college of gastroenterology. *American Journal of Gastroenterology*, *92*(11), 1962-1975.
- Farthing, M., Salam, MA., Lindberg, G., Dite, P., Khalif, I., Salazar-Lindo E., ... LeMair, A. (2013). Acute diarrhea in adults and children: A global perspective. *Journal of Clinical Gastroenterology*, *47*(1), 12-20.
- Guarino, A., Ahkenazi, S., Gendrel, D., Lo, V. A., Shamir, R., & Szajewska, H. (2014). European society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/european society for pediatric infectious diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: Update 2014. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *59*, 132-52.
- Gupta, S.K., Nayak, R.P., & Sivaranjani, R. (2016). A study on the interactions of doctors with medical representatives of pharmaceutical companies in a Tertiary Care Teaching Hospital of South India. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, *8*(1), 47-51.
- Handa, M., Vohra, A. & Srivastava, V. (2013). Perception of physicians towards pharmaceutical promotion in india. *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, *13*(2), 82-92.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Harris, G. (2009). Pharmaceutical representatives do influence physician behavior. *Family Practice*, 26, 169–170.
- Hilliard, T., & Chambers, T. (2006). The relationship between paediatricians and commerce. *Pediatric Respiratory Reviews*, 7, 54–59.
- International calculations based IMS Health data, 2016
- Lagace, R.R., Dahltrom, R., & Jule B.G. (1991). The relevance of ethical salesperson behavior on relationship quality: The pharmaceutical industry. *The Journal of Personal Selling & Sale Management*, 11(4), 39-47.
- Ling, S., Li, T., & Chen, J. (2013). Factor analysis of marketing mix of online pharmacies – based on the online pharmacies in China. *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, 13(2), 93-101.
- Narayanan, S., Desiraju, R., & Chintagunta, P.K. (2004). Return on investment implications for pharmaceutical promotional expenditures: the role of marketing-mix interactions. *Journal of Marketing*, 68, 90-105.
- Nielsen Co.Ltd, Word-of-mouth recommendations remain the most credible. Retrieved May 20, 2017, from <http://www.nielsen.com/id/en/press-room/2015/WORD-OF-MOUTH-RECOMMENDATIONS-REMAIN-THE-MOST-CREDIBLE.html>
- McKinney, W.P., Schiedermayer, D.L., Lurie, N., Simpson, D.E., Goodman, J.L., & Rich, E.C. (1990). Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. *The Journal of the American Medical Association*, 264(13), 1693-1697.
- Morgan, M.A., Dana, J., Loewenstein, G., Zinberg, S., & Schulkin, J. (2006). Interactions of doctors with the pharmaceutical industry. *Journal of Medical Ethics*, 32, 559–563.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Morgan, R.B., & Hunt, S.D. (1994). The commitment - trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58, 20-38
- Murshid, M.A., Halim, M.S., & Osman, A. (2014). Marketing mix strategy and physicians' satisfaction: A mediation effect of perceived value in the pharmaceutical industry in Yemen. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 19(5), 73-81.
- Pharmaceutical Research & Manufacturers Association. (2016). Code of practice for ethical channel.
- Richin, M., & Root-Shaffer T. (1988). The role of involvement and opinion leadership in consumer word-of-mouth: An implicit model made explicit. *Advances in Consumer Research*, 15(1), 32-36.
- Rizwan, R.A., Vveinhardt, J., Streimikiene, D., & Awais, M. (2016). Mediating and marketing factors influence the prescription behavior of physicians: An empirical investigation. *Economic Interferences*, 18(41), 153-167.
- Sattar, I. & Maqsood, A. (2003). A marketing mix model for pharmaceutical industry – a Pakistani perspective. *The Journal of Independent Studies and Research*, 1(2), 38-56.
- Shamim-ul-Haq, S., Ahmed, R.R., Ahmad, N., Khoso, I., & Parmar, V. (2014). Factors influencing prescription behavior of physicians. *The Pharma Innovation Journal*, 3(5), 30-35.
- Spurling, G.K., Mansfield, P.R., Montgomery, B.D., Lexchin, J., Doust, J., Othman, N., & Vitry, A.I. (2010). Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: A systematic review. *Journal of PLoS Medicine*, 7(10), 1-22.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Steele, R.W., Blumer, J.L., & Kalish, G.H. (2002). Patient, physician, and nurse satisfaction with antibiotics. *Clinical Pediatric*, 41, 285-299.
- Sultana, S., & Khosru, K.H. (2011). Practice of using gifts as promotional materials for marketing of pharmaceutical products in Bangladesh: A survey conducted on general physicians and representatives from pharmaceutical companies. *Stamford Journal of Pharmaceutical Sciences*, 4(2), 13-18.
- Sutra, S., Kosuwon, P., Chirawatkul, A., & Thepsuthammarat, K. (2012). Burden of acute, persistent and chronic diarrhea, thailand, 2010. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(7), 97-107.
- The National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2009). Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under diagnosis and management in children younger than 9 years. *Clinical guideline*, 1-163.
- Theodoroul, M., Tsiantou, V., Pavlakis, A., Maniadakis, N., Fragoulakis, V., Pavi, E., & Kyriopoulos, J. (2009). Factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: Results from a questionnaire based survey. *BMC Health Services Research*, 9(150), 1-9.
- World Health Organization. (2009). Diarrhoeal disease. Retrieved April 1, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/index.html>



ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

งานวิจัยเรื่อง แนวทางการตัดสินใจจ่ายยาของผู้ให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย

คำอธิบาย

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำข้อมูลที่นำไปประกอบการศึกษางานวิจัย โดยข้อมูลที่
ได้รับจากท่านทางผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำไปใช้ด้านการศึกษาเชิงวิชาการเท่านั้น
คำตอบของท่านไม่มีข้อใดถูกหรือผิดหรือกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด จึงขอความกรุณาโปรดช่วย
ตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของท่านอย่างเป็นอิสระ

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านแนวทางการจ่ายยารักษาโรคต้องเสีย

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 4 พฤติกรรมและแนวทางในการเลือกจ่ายยา

ตอนที่ 5 ระดับอิทธิพลหรือกิจกรรมที่มีต่อแนวทางการเลือกจ่ายยา

ขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้เป็นอย่างยิ่ง
ข้อคิดเห็นเห็นของท่านจักเป็นประโยชน์อย่างสูงในเชิงวิชาการ และขอยืนยันว่าข้อมูลของท่านจะ
เป็นความลับอย่างสูงสุด และใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงหรือใกล้เคียงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

- 1) ชาย 2) หญิง

2. อายุ

- 1) ต่ำกว่า 30 ปี 2) 31-40 ปี 3) 41-50 ปี
 4) 51-60 ปี 5) 61 ปีขึ้นไป

3. ประเภทผู้ให้บริการสาธารณสุข

- 1) แพทย์ (โปรดระบุสาขา) 2) เกษัชกร
 1) อายุรแพทย์ 2) ศัลยแพทย์ 3) กุมารแพทย์ 4) เวช
 ศาสตร์ทั่วไป
 5) อื่นๆ กรุณาระบุ

4. ประเภทสถานพยาบาลที่ท่านทำงาน (สถานที่หลักซึ่งมีสัดส่วนเวลาในการทำงานมากที่สุด)

4.1 สำหรับแพทย์

- 1) โรงพยาบาลรัฐ 2) โรงพยาบาลเอกชน

4.2 สำหรับเกษัชกร

- 1) ร้านขายยาปลีก (Retail) 2) ร้านขายยาเครือข่าย
 3) โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 4) คลินิก 3) อื่นๆ กรุณาระบุ

5. ภูมิภาค

- 1) กรุงเทพฯและปริมณฑล 2) ต่างจังหวัด (โปรดระบุภาค)
 1) ภาคเหนือ 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) ภาคกลางและ
 ตะวันออก 4) ภาคใต้และตะวันตก

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- 1) ต่ำกว่า 50,000 บาท 2) 50,001-100,000 บาท 3) 100,001-250,000 บาท 4) 250,001-
 500,000 บาท 5) 500,001-750,000 บาท 6) 750,001-1,000,000 บาท 7) มากกว่า 1,000,001 บาท
 ขึ้นไป

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านแนวทางการจ่ายยารักษาโรคท้องเสีย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงหรือใกล้เคียงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด

7. จำนวนผู้ป่วยที่ท่านให้การรักษาต่อสัปดาห์ (โดยประมาณ)

- 1) น้อยกว่า 25 คน 2) 26-75 คน 3) 76-100 คน 4) 101 คน ขึ้นไป

8. จำนวนผู้ป่วยโรคท้องเสียที่ท่านให้การรักษาเมื่อเทียบสัดส่วนกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อสัปดาห์ (โดยประมาณ)

- 1) น้อยกว่า 5% 2) 6-10% 3) มากกว่า 10%

9. โดยทั่วไปท่านจ่ายยาต้านอุจจาระร่วง (Anti-Diarrhea drug) ร่วมกับการให้ ORS ด้วยหรือไม่ (Anti-Diarrhea drug เช่น loperamide , Probiotic , Activated charcoal , Racecadotril เป็นต้น)

- 1) ไม่เคยให้ 2) ให้บ้างแต่ไม่บ่อย 3) ให้เสมอเกือบทุก Case

10. ในแต่ละเดือนท่านคิดว่าผู้แทนชาควรมาพบท่านกี่ครั้งจึงจะเหมาะสม _____ ครั้ง

11. ราคายารวม (ไม่รวมค่าแพทย์และอื่นๆ) ต่อครั้งของการรักษาโรคท้องเสียที่เหมาะสมควรมีราคาเท่าไร

- 1) น้อยกว่า 50 บาท 2) 51-150 บาท 3) 151-250 บาท 4) มากกว่า 251 บาท โปรดระบุ..... บาท

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างตามระดับความสำคัญของแต่ละปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกจ่ายยาของท่าน โดย 5 หมายถึง สำคัญมากที่สุด , 4 หมายถึง สำคัญมาก , 3 หมายถึง สำคัญปานกลาง , 2 หมายถึง สำคัญน้อย และ 1 หมายถึง สำคัญน้อยที่สุดหรือไม่สำคัญ

	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ปัจจัย	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
ด้านผลิตภัณฑ์ยา					
รูปแบบการให้ยา					
12. รูปแบบของยาซึ่งทำให้ผู้ป่วยสะดวกในการรับประทาน					
13. ยาเม็ดไม่ใหญ่มาก ผู้ป่วยทานได้สะดวก					

ปัจจัย	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
14. รสชาติดีผู้ป่วยจึงทานได้อย่างสะดวก					
ขนาดยาและระยะเวลาการให้ยา					
15. ยาที่ให้น้อยครั้งต่อวันทำให้ผู้ป่วยทานง่ายขึ้น					
16. ยาที่ให้ระยะเวลาสั้นทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือรับประทานยา					
17. สามารถจ่ายยาเพียงไม่กี่เม็ดต่อคอร์สการรักษา					
บรรจุภัณฑ์					
18. ขาบรรจุในแผงที่ดีที่สุดทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าจะได้รับยาที่ดี					
19. กล่องที่บรรจุยาออกแบบให้ดูน่าเชื่อถือ					
20. กล่องยาสวยงาม ดูเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง					
ข้อมูลเชิงวิชาการ					
21. เป็นยาที่การศึกษาที่น่าเชื่อถือมากมายหลายฉบับที่ยืนยันประสิทธิภาพ					
22. เป็นยาที่อยู่ในแนวทางการรักษา (Guideline) ของสมาคมที่น่าเชื่อถือ					
23. เป็นยาที่มีการศึกษาทางคลินิกยืนยันประสิทธิภาพและความปลอดภัยชัดเจน					
ความเอื้อเชิงนโยบาย					
24. เป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้สะดวกในการจ่ายยา					
25. เป็นยาที่สามารถจ่ายได้ในทุกสิทธิการรักษา ทำให้สะดวกในการจ่ายยา					
26. เป็นยาที่ไม่ถูกควบคุมด้วยนโยบายของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ซึ่งเป็นผลให้จ่ายยาก					

ปัจจัย	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านราคา					
27. เป็นยาที่ราคาถูก ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถซื้อได้					
28. ไม่แพงจนเกินไป ผู้ป่วยจะได้ไม่รับภาระค่ายามากเกินไป					
29. เป็นยาที่ราคาถูก ทำให้ผู้ป่วยยินดีที่จะจ่ายเงินซื้อมากกว่า					
ความพร้อมในการจ่าย					
30. เป็นยาที่มีอยู่แล้วในรายการขายของโรงพยาบาลหรือร้านยา					
31. ไม่ต้องนำยาเข้ารายการยาใหม่ในโรงพยาบาล หรือส่งรายการยามาใหม่ในร้านยา					
32. ท่านไม่ต้องให้ผู้ป่วยต้องมารับยาภายหลังอันเนื่องจากไม่มีรายการยานั้นในโรงพยาบาลหรือร้านยาของท่าน					
กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง					
<i>กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรองผลิตภัณฑ์ (Endorsement)</i>					
33. การจัดบรรยายวิชาการ ซึ่งบรรยาย โดยแพทย์หรือเภสัชกรผู้มีชื่อเสียง เพื่อรับรองว่ายานี้มีประสิทธิภาพ					
34. บทความเชิงวิชาการที่เขียน โดยแพทย์หรือเภสัชกรผู้มีชื่อเสียงเพื่อรับรองว่ายานี้มีประสิทธิภาพ					
35. แพทย์หรือเภสัชกรผู้มีชื่อเสียงแนะนำว่ายานี้มีประสิทธิภาพที่ดี					
36. อาจารย์แพทย์ที่ท่านนับถือให้การรับรองว่าเคยใช้ยานี้แล้วให้ผลการรักษาที่ดี					
37. เป็นยาที่จำหน่ายโดยบริษัทยาที่มีชื่อเสียงน่าเชื่อถือ					

ปัจจัย	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การสร้างการรับรู้ (Brand Awareness)					
38. การจัดการนำเสนอข้อมูลโดยผู้แทนยา (Product Presentation) เพื่อให้ข้อมูลประสิทธิภาพยา					
39. การนำเสนอข้อมูลเชิงวิชาการของผู้แทนยาเพื่อนำเสนอข้อมูลประสิทธิภาพยา					
40. การได้ตอบเพื่อนำเสนอข้อมูลที่น่าสนใจด้านประสิทธิภาพยาของผู้แทนยาต่อท่าน					
41. ผู้เชี่ยวชาญ (Product Specialist) จากบริษัทมาให้ข้อมูลที่ดี ฟังแล้วน่าเชื่อถือ					
42. มีโบรชัวร์ข้อมูลมาแสดงบ่อยๆ และข้อมูลนั้นดูน่าเชื่อถือมีการอ้างอิงการศึกษาที่น่าเชื่อถือ					
ความสัมพันธ์					
43. บริษัทมีการทำกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธ์อันดีกับท่าน					
44. ผู้แทนของบริษัทมีความสนิทสนมกับท่าน					
45. ท่านและบริษัทมีสายสัมพันธ์อันดีต่อกัน					
46. การได้เข้าร่วมกิจกรรมกับทางบริษัท ทำให้ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบริษัท					
47. ผู้แทนยาที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับท่าน มาเยี่ยมท่านสม่ำเสมอ					
48. บริษัทช่วยเหลือท่านในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในรูปแบบ แผ่นพับให้ข้อมูล โรค หรือกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยของท่าน					
49. บริษัทฯ สนับสนุนให้ท่านไปร่วมประชุมวิชาการที่ท่านสนใจ					
การต่อยุ่ตราสินค้า					
50. ท่านเห็นโลโก้ของยาเสมอ ๆ ในที่ทำงานทำให้นึกถึงยา					

ปัจจัย	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
51. บนปากกาหรือของใช้สำนักงาน (Gimmick) มีโลโก้ยา ทำให้นึกชื่อยาออก					
52. การเห็นชื่อยาหรือโลโก้ยาบ่อย ๆ ทำให้จดจำชื่อยาได้					
53. ท่านได้เห็น Reminder card ซึ่งช่วยทำให้ท่านจดจำยาได้					
54. การที่ท่านไปร่วมงานของสมาคมและได้เห็นการออกบู๊ทของยานั้นๆ บ่อยๆ					
55. การวางป้ายซึ่งแสดงโลโก้ของยา ในร้านยาหรือโรงพยาบาลของท่าน					
<i>ความคุ้นเคยในการใช้ผลิตภัณฑ์</i>					
56. ท่านใช้ยานิดนั้นๆ มาช้านาน					
57. เป็นยาที่ท่านคุ้นเคยในการสั่งจ่ายมานาน					
58. เป็นยาที่ท่านนึกถึงได้ง่ายเนื่องจากสั่งจ่ายอยู่เรื่อยๆ					
<i>ความเชี่ยวชาญของผู้แทนเวชภัณฑ์</i>					
59. ผู้แทนเวชภัณฑ์สามารถให้ข้อมูลยาได้อย่างครบถ้วน					
60. ผู้แทนเวชภัณฑ์นำเสนอข้อมูลยาและการศึกษาได้อย่างเชี่ยวชาญ					
61. ผู้แทนเวชภัณฑ์สามารถตอบคำถามได้เมื่อท่านมีความสงสัยในตัวยานั้น					

62. โดยเฉลี่ยท่านจ่ายยา Anti-biotic เพื่อรักษาโรคท้องเสียเฉลี่ยประมาณกี่เปอร์เซ็นต์ของโรคท้องเสียทั้งหมดที่ท่านรักษา

- 1) น้อยกว่า 25% 2) 26-50 % 3) 51-75 % 4) 100 %

ตอนที่ 4 พฤติกรรมและแนวทางในการเลือกจ่ายยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดย 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด, 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก, 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง, 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุดหรือไม่เห็นด้วย

พฤติกรรมและแนวทางในการเลือกจ่ายยา	ระดับความเห็นด้วย				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
พฤติกรรมการตัดสินใจจ่ายยา					
63. ท่านจะจ่ายยาที่ท่านเชื่อมั่นแล้วเท่านั้น					
64. ท่านจ่ายยาที่ท่านเชื่อมั่นเสมอโดยไม่ลังเล					
65. ท่านไม่เคยเลือกจ่ายยาที่ท่านไม่เชื่อมั่น					
ความพยายามในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาเมื่อถูกแรงดันจากผู้ป่วย					
66. แม้จะถูกผู้ป่วยทักท้วงว่าอยากได้ยาอื่นที่เคยใช้มากกว่า ท่านก็ยังยืนยันจะจ่ายยาที่ท่านเชื่อมั่นเท่านั้น					
67. ท่านจะไม่เปลี่ยนยาที่ท่านเชื่อมั่นแม้จะถูกร้องขอให้เปลี่ยนยาจากผู้ป่วยหรือญาติ					
68. ท่านจะอธิบายหรือโน้มน้าวเพื่อยืนยันว่ายาที่ท่านเชื่อมั่นนั้นเหมาะสมกว่ายาที่ผู้ป่วยร้องขอให้เปลี่ยน					
ความเชื่อมั่นต่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์					
69. ท่านจะไม่เปลี่ยนไปจ่ายยี่ห้ออื่น หากท่านเชื่อมั่นในยี่ห้ออื่นแล้ว					
70. ท่านเชื่อว่ายี่ห้อต่างกันก็อาจให้ผลการรักษาต่างกันแม้จะเป็นยา Generic ตัวเดียวกันก็ตาม					
71. น้อยครั้งมากที่ท่านจะเปลี่ยนไปใช้ยี่ห้ออื่น แม้จะได้รับข้อมูลจากยี่ห้ออื่นว่ามีประสิทธิภาพดีเท่ากับยี่ห้อเดิมที่ท่านเคยใช้ชื่อยี่ห้อตาม					
ความบ่อยในการจ่ายยา					
72. ท่านจะจ่ายยาที่ท่านเชื่อมั่นในทุก Case ที่เห็นว่าเหมาะสม					
73. ท่านจ่ายยาที่ท่านเชื่อมั่นว่าดีบ่อยมาก					
74. ทุกครั้งที่เจอผู้ป่วยซึ่งเหมาะกับยาที่ท่านเชื่อมั่นท่านจะจ่ายยานั้นทันที					

การบอกต่อ					
75. เมื่อท่านเชื่อมั่นในยาใด ท่านจะบอกให้แพทย์หรือเภสัชกรท่านอื่นรู้ว่า ยานั้นคืออะไร					
76. ท่านแนะนำให้แพทย์หรือเภสัชกรท่านอื่นให้ลองใช้ยาตัวที่ท่านเชื่อมั่นเสมอ ๆ					
77. ท่านเคยแชร์ case ที่ประสบความสำเร็จจากการรักษาด้วยยาที่ท่านเชื่อมั่นให้แพทย์หรือเภสัชกรท่านอื่น ๆ ฟังเพื่อแนะนำให้มาลองใช้ดู					

ตอนที่ 5 ระดับอิทธิพลหรือกิจกรรมที่มีต่อแนวทางการเลือกจ่ายยา

คำชี้แจง โปรดให้คะแนนตามระดับอิทธิพลหรือความสำคัญของอิทธิพลหรือกิจกรรมในข้อต่อไปนี้ โดยในแต่ละข้อท่านมีคะแนนเต็ม 100%

78. โปรดช่วยให้น้ำหนักปัจจัยดังต่อไปนี้ว่าใน 100% แต่ละปัจจัยมีอิทธิพลหรือน้ำหนักกี่ % ในการเลือกจ่ายของท่าน

(มี 4 ข้อ)

- _____ % 1) ตัวผลิตภัณฑ์และ โมเดลของยา, บรรจุภัณฑ์ รวมทั้งข้อมูลวิชาการที่สนับสนุน
- _____ % 2) ราคาของยาต่อคอร์สการรักษา
- _____ % 3) ความสะดวกในการจ่าย เช่น ยาไม่ติดข้อห้าม หรือข้อกำหนด หรือมีรายการนั้นพร้อมจ่ายยาอยู่แล้วทั้งในโรงพยาบาลและร้านยา รวมทั้งความสะดวกในการส่งยา
- _____ % 4) กิจกรรมการตลาดของบริษัทฯ ซึ่งหมายถึงรวมถึง การจัดกิจกรรมของ บริษัทฯ , ผู้แทนยา, การสนับสนุนของ บริษัทฯ และความสัมพันธ์กับบริษัทฯ

รวม 100 %

79. โปรดช่วยให้น้ำหนักปัจจัยดังต่อไปนี้ว่าใน 100% แต่ละปัจจัยมีอิทธิพลหรือน้ำหนักกี่ % ในการเลือกจ่ายของท่าน

(มี 4 ข้อ)

- _____ % 1) การรับรองผลิตภัณฑ์ เช่น มีการจัด Symposium โดย วิทยากรที่น่าเชื่อถือ และท่านได้เข้าร่วมฟัง หรือมีการลงบทความ (Proceeding) ซึ่งเขียนโดยอาจารย์ที่น่าเชื่อถือ สนับสนุนว่ายานั้นให้ผลดี

_____ % 2) การสร้างการรับรู้ เช่น มีการจัดการ Present เพื่อให้ข้อมูลฯ หรือการให้เอกสารเพื่อให้ข้อมูลฯแก่ท่าน ซึ่งดำเนินการ โดยพนักงานหรือผู้เชี่ยวชาญจากบริษัทฯ

_____ % 3) ความสัมพันธ์อันดีระหว่างท่านและบริษัท เช่น การเชิญท่านร่วมกิจกรรมเพื่อกระชับความสัมพันธ์กับบริษัท หรือผู้แทนฯซึ่งมีความสัมพันธ์อันดีกับท่าน

_____ % 4) การตอกย้ำตราสินค้า เช่น การมี Gimmick หรือสิ่งของเพื่อให้ท่านจำชื่อยาได้

รวม 100 %



ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่าน ความคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในเชิงวิชาการ