

มุมมองของผู้ป่วยต่อผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาสมเหตุสมผลภายใต้แบบจำลองชิปปี้

จิรสุตา คำสีเขียว¹, ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา², สัมมนา มุลสาร², แคลร์ แอนเดอร์สัน³,
เกศสุภา พลพงษ์⁴, รุจาภา โสมานบุตร⁵, จันท์จรรย์ ดอกบัว⁶, ธีราพร สุภาพันธ์²

¹นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

³คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอตติงแฮม ประเทศอังกฤษ

⁴ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

⁵กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

⁶กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษามุมมองของผู้ป่วยต่อผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาสมเหตุสมผลด้วยแบบจำลองชิปปี้ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมินในมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ กับมิติด้านผลผลิตในโรงพยาบาล 3 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 10 **วิธีการวิจัย:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสำรวจด้วยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตในกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ปี **ผลการวิจัย:** ในการวิจัยเชิงปริมาณ มีผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม 523 คน ทุกมิติของการประเมิน ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต มีค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมในการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก เป็น 3.88 ± 0.48 , 3.69 ± 0.59 , 4.01 ± 0.64 และ 3.92 ± 0.46 จากคะแนนเต็ม 5 ตามลำดับ ปัจจัยด้านบริบทมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับผลผลิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.550$, $P<0.001$) ส่วนปัจจัยนำเข้าและกระบวนการมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลผลิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.625$, $P<0.001$; $r=0.627$, $P<0.001$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากผู้ป่วย 15 คน ซึ่งให้เห็นถึงความพึงพอใจของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมบุคคล และระดับชุมชน แต่พบว่าผู้ป่วยยังมีความเข้าใจผิดต่อการใช้ยาสมเหตุสมผลในบางประเด็น และยังขาดความต้องการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน **สรุป:** ผู้ป่วยมีมุมมองต่อแผนพัฒนาฯ ว่าปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต มีความเหมาะสมในระดับมาก แต่ต้องพิจารณาแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้อง เช่น การให้ความรู้สาธารณะ การควบคุมและบังคับใช้กฎหมายยา ความรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุสมผลของผู้ป่วย/ประชาชน สถานบริการภาครัฐที่ตอบสนองความต้องการ และความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมใช้ยาสมเหตุสมผลในระดับบุคคลและชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: มุมมองของผู้ป่วย การใช้ยาสมเหตุสมผล แบบจำลองชิปปี้ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

รับต้นฉบับ: 16 มี.ค. 2566, **ได้รับบทความฉบับปรับปรุง:** 29 เม.ย. 2566, **รับลงตีพิมพ์:** 3 พ.ค. 2566

ผู้ประสานงานบทความ: ธีราพร สุภาพันธ์ กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ่าเกวารินข้าราชการ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 **E-mail:** teeraporn.s@ubu.ac.th

Perspectives of Patients towards the Performance of "The Service Plan: Rational Drug Use" under the CIPP Model

Jeerisuda Khumsikiew¹, Saksit Sripa², Summana Moolasarn², Claire Anderson³,
Ketsupha Ponlaphong⁴, Ruchapha Somabut⁵, Janjaree Dokbua⁶, Teeraporn Supapaan²

¹Doctoral Student, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University

²Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University

³School of Pharmacy, University of Nottingham, United Kingdom

⁴Pharmacy Department, Sisaket Hospital, Sisaket

⁵Pharmacy Department, Yasothorn Hospital, Yasothorn

⁶Pharmacy and Customer Protection Department, Pathum Ratchawongsa Hospital, Amnat Charoen

Abstract

Objective: To study the perspectives of patients on the performance of the service plan: rational drug use (RDU) by using the CIPP model and analyze the correlation between various dimensions of evaluation, namely, context, input, process, and product, in three levels of hospitals including regional hospitals, general hospitals, and community hospitals, in the 10th health region. **Methods:** This research was a mixed-methods study using quantitative and qualitative research methods. The study collected data using questionnaire surveys and in-depth interviews on context, input, process, and product from patients receiving care in chronic disease clinics for more than a year. **Result:** The participants in the quantitative study were 523 patients. All evaluated dimensions including context, input, process, and product, had an average and standard deviation on the appropriateness for the RDU service plan implementation at a high level, namely 3.88±0.48, 3.69±0.59, 4.01±0.64 and 3.92±0.46 from a full score of 5, respectively. A statistically significant moderate correlation was found between context and product ($r=0.550$, $P<0.001$), while a high correlation was found between input, process, and product ($r=0.625$, $P<0.001$; $r=0.627$, $P<0.001$, respectively). The results from qualitative research in 15 patients pointed to their satisfaction and positive changes at both the individual and community levels. However, the patients misunderstood in some issues regarding RDU and showed no desire to participate in activities to promote RDU in the communities. **Conclusion:** Patients perceived a high level of appropriateness of context, input, process, and product of the RDU service plan. However, there were obstacles that need to be improved, such as public education, enforcement of drug laws, RDU literacy among patients/public, health service facilities in the public sector that are responsive to the need of public, and community strength, in order to increase knowledge, awareness, and RDU behavior at the individual and community levels.

Keywords: patient perspective, rational drug use, the CIPP model, service plan

บทนำ

ในประเทศไทย นโยบายและมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายแห่งชาติด้านยามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 โดยนโยบายที่ดำเนินการเป็นหลัก คือ การประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติและการทบทวนรายการยาในบัญชียาให้เหมาะสมอยู่เสมอ ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ภายหลังจากการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ได้แก่ การกำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข การบรรจุตัวชี้วัดด้านการใช้ยาสมเหตุผลเป็นมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตลอดจนการประกาศให้การใช้อย่างสมเหตุผลเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (rational drug use service plan: RDU service plan) สาขาที่ 15 ของประเทศ ของกระทรวงสาธารณสุข (ปี พ.ศ. 2561) โดยกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของ 13 เขตสุขภาพต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่รับผิดชอบการดำเนินการทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด ตลอดจนกำหนดให้มีการส่งมอบบริการให้กับประชาชนภายใต้แผนพัฒนาฯ 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ มาตรการเหล่านี้ช่วยปรับปรุงคุณภาพการใช้ยาในระดับสถานพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความชัดเจนในเรื่องของตัวชี้วัดและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (1,2)

ปัจจุบันการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักร่วมกับกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (1, 2) จากกฎกระทรวง 6 ประการ หรือ RDU-PLEASE ของการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (1, 3, 4) ประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งแก่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (P=pharmacy and therapeutics committee strengthening) 2) การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริมเพื่อให้ข้อมูลยาสู่ประชาชน (L = labeling and leaflet for patient information) 3) จัดหา/จัดทำเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (E = essential

RDU tools) 4) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทาง การแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์การใช้ยาอย่างสม เหตุผล (A = awareness for RDU principles among health personnel and patients) 5) การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (S = special population care) และ 6) การสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งใช้ยา (E = ethics in prescription) เพื่อเป้าหมายสูงสุดในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการเกิดเจตคติที่ดี เกิดความตระหนักรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้สอดคล้อง กับหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อันจะทำให้นโยบายและ กิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นที่ยอมรับและถูกนำไปปฏิบัติโดยภาคประชาชนอย่างยั่งยืน

พบว่าประเด็นหลัก 2 ประการในกฎกระทรวงสำคัญ 6 ประการที่ทุกโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องดำเนินการและมีผู้ป่วยเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก ประเด็นดังกล่าว ประกอบด้วย ข้อ 2 ที่ว่าด้วยการให้ข้อมูลยาสู่ ประชาชนจากบุคลากรการแพทย์ และข้อ 4 ที่ว่าด้วยการ สร้างกลไก ระบบ รวมถึงกิจกรรมของสถานพยาบาล ที่ สนับสนุนการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ของผู้รับบริการ ทั้งนี้ การสร้างความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลแก่ภาค ประชาชนได้มีการดำเนินการมาอย่างยาวนานในช่วงก่อน ประกาศนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่าง เป็นทางการ โดยเริ่มดำเนินการในภาคประชาชนตั้งแต่มี โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ปี พ.ศ. 2551) ซึ่งจากการถอดบทเรียนพบว่า การให้ความรู้ สาธารณะในภาคประชาชนถือเป็นมาตรการสำคัญที่ทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้ยาสมเหตุผลของ ประชาชนอย่างยั่งยืน โดยสื่อให้ความรู้และการ ประชาสัมพันธ์ต้องอยู่ในรูปแบบและเนื้อหาที่ประชาชน สามารถเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย ทั้งสื่อกระแสหลักและสื่อ บุคคล โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรการแพทย์ในพื้นที่ ภาคี เครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และการมีส่วนร่วม ของประชาชน/ชุมชน (5) นอกเหนือจากปัจจัยสำคัญด้าน การสนับสนุนด้านนโยบาย การผนวกเข้ากับงานประจำ การ สนับสนุนของผู้บริหาร ความร่วมมือของบุคลากร และการ ติดตามและประเมินผลโครงการ (6)

แต่อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ.2558 จากรายงานของ องค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาคเอเชียใต้ ระบุว่า การ ให้ความรู้สาธารณะเกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผลของประเทศไทยอาจถือว่าน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (7) เนื่องจากพบว่ามี

โรงพยาบาลเพียงบางแห่งเท่านั้นที่ดำเนินการให้ความรู้
สาธารณะไปสู่ชุมชนผ่านกิจกรรมในงานคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสาธารณสุขในชุมชนโดยฝ่ายเภสัชกรรมเป็นหลัก
ในขณะที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการให้ความรู้ผ่าน
บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น รวมถึง
มีการตั้งข้อสังเกตถึงการเข้าถึงยาปฏิชีวนะและยาโรคเรื้อรัง
ของประชาชนที่สามารถเข้าถึงและร้องขอได้โดยง่ายจาก
ร้านยาในชุมชน เนื่องจากการไม่ต้องใช้ใบสั่งยาในการซื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จะเห็นว่าได้
มีงานวิจัยมากมายที่ศึกษาและถอดบทเรียนถึงผลกระทบ
จากนโยบายและมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนมาก โดยมี
ผลลัพธ์และผลกระทบเชิงบวกที่เห็นได้ชัดจากนโยบาย
ดังกล่าว (8-12) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจของบุคลากร
ทางการแพทย์ด้านการใช้ยาสมเหตุผลที่ดีขึ้น การบรรจุ
เป้าหมายตัวชี้วัดการใช้ยาสมเหตุผลในโรคที่กระทรวง
สาธารณสุขกำหนดดีขึ้น อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่ม
โรคเป้าหมายที่ลดลงอย่างมาก ทั้งในภาพรวมระดับเขต
สุขภาพและระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม พบว่ายังม
ีการศึกษาในประเทศไทยเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่ศึกษา
ถึงผลกระทบจากนโยบายหรือแผนพัฒนาฯ นี้จากมุมมอง
ของผู้ป่วยหรือประชาชน ซึ่งถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่
ได้รับผลกระทบจากการดำเนินนโยบายนี้ ดังนั้นคณะผู้วิจัย
จึงต้องการศึกษาถึงมุมมองของผู้ป่วยต่อแผนพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยา
สมเหตุผล (แผนพัฒนาฯ) ภายใต้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP
model) ซึ่งเป็นที่นิยมในแวดวงการศึกษ การแพทย์ และ
การประเมินโครงการบริการต่าง ๆ โดยเป็นแบบจำลองที่มี
กรอบการประเมินเชิงระบบ มีความเชื่อมโยงและรวบยอด
ใน 4 มิติ (13-15) ได้แก่ บริบท (context) ปัจจัยนำเข้า
(input) กระบวนการ (process) และผลผลิต (product) อัน
จะทำให้ทราบถึงผลกระทบของนโยบายและแผนพัฒนาฯ
ในมุมมองของผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักอีกกลุ่ม
นอกเหนือจากกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์ ทำ
ให้ได้ข้อมูลสำคัญที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการดำเนินการ
ในพื้นที่ อันจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ไข ปรับปรุง และ
พัฒนานโยบายให้มีความสามารถในการตอบสนองต่อ
ผู้ป่วย รวมถึงสามารถใช้ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ เป็น
แนวทางแก้ไขเขตสุขภาพอื่น ๆ ที่มีการดำเนินนโยบายใน
ลักษณะเดียวกันได้

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของ
ผู้ป่วยต่อผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาฯ โดยใช้
แบบจำลองชิปปี้ด้วยวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-
methods research) ตลอดจนวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างผลการประเมินในมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติด้านบริบท
ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ กับมิติด้านผลผลิตที่เกิดจาก
แผนพัฒนาฯ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานที่ใช้
วิธีการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการสำรวจร่วมกับวิธีการวิจัยเชิง
คุณภาพ โดยดำเนินการแบบคู่ขนาน (convergent parallel
design) งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ทำวิจัยจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลศรีสะเกษ (เลขที่ 009-2564) สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (เลขที่ SSJ.UB 2563-133)
และมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (เลขที่ UBU-REC-
118/2563) ตลอดจนได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจาก
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10
จากผู้อำนวยการเขตสุขภาพ ช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล
เริ่มตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม – 10 มิถุนายน พ.ศ.2564

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยทุกรายที่รับบริการทาง
การแพทย์จากโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน
เขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่รับบริการ
จากโรงพยาบาล 3 แห่ง (โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง
โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง)
ซึ่งเป็นโรงพยาบาลต้นแบบที่มีผลงานการปฏิบัติที่ดีเด่น
ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยพิจารณาจากการบรรจุ
เป้าหมายตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในปีงบประมาณ
2563 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วย
ในคลินิกโรคเรื้อรังที่มีประวัติการป่วยมากกว่า 1 ปี (ป่วย
ก่อนปี พ.ศ. 2563) 2) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์
คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสารหรือมีอายุต่ำ
กว่า 18 ปี

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการ
ประมาณค่าเฉลี่ยกรณีไม่ทราบขนาดของประชากร (16)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลโดยใช้แบบจำลองซิปป์ (17) พบว่า ความเห็นของผู้ป่วยต่อความเหมาะสมของการให้บริการในโครงการอยู่ที่ 3.83 ± 0.37 จากคะแนนเต็ม 5 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 (Z เท่ากับ 1.96) และกำหนดระดับความแม่นยำหรือมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาไม่น้อยกว่า 211 คน เมื่อเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญเสียของตัวอย่าง รวมได้ขนาดตัวอย่างเป็น 253 คน

การคัดเลือกตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปวิธีการเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มา 400 รายชื่อ หลังจากนั้นผู้วิจัยส่งเอกสารชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย แบบขอความยินยอม และแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังผู้ที่ถูกคัดเลือก พบว่า อัตราการตอบกลับของผู้ป่วยเป็น 213 และ 102 คน คิดเป็นร้อยละ 53.25 และ 25.50 ตามลำดับ ส่วนในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) จากกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ณ ห้องยา จำนวน 208 คน ซึ่งจำนวนตัวอย่างทั้งหมดจาก 3 โรงพยาบาล รวมเป็น 523 คน ดังนั้น ขนาดตัวอย่างดังกล่าวจึงมีความเพียงพอ

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีวิธีการสร้างตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาแผนพัฒนา RDU service plan ร่วมกับศึกษาทฤษฎีการประเมินด้วยแบบจำลองซิปป์ 2) สร้างแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ตซึ่งแสดงถึงความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เนื้อหาของแบบสอบถามสอดคล้องกับมิติการประเมินของแบบจำลองซิปป์ 3) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านในสาขาเภสัชกรรมปฏิบัติร่วมกับสาขาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร ตรวจสอบความถูกต้อง/เหมาะสมของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไข 4) นำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางระเบียบวิธีวิจัย 1 คนและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ในแผนพัฒนาฯ 2 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยคำถามต้องมี

ค่า CVI ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป 5) นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลนำร่องกับกลุ่มผู้ป่วย 30 คนในคลินิกโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 6) หาค่า Cronbach's alpha coefficient โดยค่าที่สูงมากกว่า 0.7 แสดงว่า แบบประเมินนั้นมีความเที่ยง (19) พบว่า ค่า Cronbach's alpha coefficient ในมิติบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เป็น 0.72, 0.85, 0.91 และ 0.81 ตามลำดับ

คำถามในแบบสอบถามสร้างจากนิยามเชิงปฏิบัติการของปัจจัยต่าง ๆ ภายใต้แบบจำลองซิปป์ โดยตัวแปรต่าง ๆ มาจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (20-22) และการถอดบทเรียนของนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย (2, 5, 6, 10) ซึ่งถูกจัดกลุ่มเป็น 4 มิติ (13, 23) ประกอบด้วย 1) บริบท เป็นการประเมินถึงความเพียงพอของการให้ความรู้สาธารณะเกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผล ความต้องการของผู้ป่วยต่อการดำเนินนโยบายภาครัฐทั้งกิจกรรมในโรงพยาบาลและในชุมชน สถานการณ์การกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชน และความเข้มแข็งของชุมชน 2) ปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินความเหมาะสมและความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ศักยภาพ ความรู้/ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสม การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน และความเพียงพอของทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินกิจกรรม เช่น จำนวน/ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการและสื่อต้านยาจากโรงพยาบาล 3) กระบวนการ เป็นการตรวจสอบการดำเนินการของกิจกรรมหลักภายใต้กฎหมายสำคัญสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU-PLEASE) ในประเด็นการให้ข้อมูลยาสู่ประชาชนและกิจกรรมของสถานพยาบาลที่สนับสนุนการสร้างความรู้ตระหนักของผู้ป่วย ได้แก่ การมีฉลากยา การสื่อสาร/ให้คำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน และ 4) ผลผลิต เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงจากมุมมองของผู้ป่วยในประเด็นความรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการใช้ยาสมเหตุผลในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงโรงพยาบาลต้นแบบที่มีผลงานการปฏิบัติที่ดีเด่นด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า เพื่อส่ง

แบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้ป่วยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ตอบแบบสอบถาม และส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ในซองติดแสตมป์ที่ผู้วิจัยเตรียมให้ ผู้วิจัยให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบและส่งแบบสอบถามกลับภายใน 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ หากไม่มีการตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่างภายใน 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยส่งจดหมายไปยังกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบ และการวิเคราะห์ระดับความเห็นต่อความเหมาะสมของการดำเนินงานตามมิติการประเมินของแบบจำลองซิปป์ ใช้โปรแกรม SPSS version 16.0 และแสดงผลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมินมิติด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ กับมิติด้านผลผลิตที่เกิดจากแผนพัฒนาฯ ใช้ Pearson correlation (24)

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับตัวอย่างในงานวิจัยเชิงปริมาณ การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการของโรงพยาบาลต้นแบบจำนวน 3 โรงพยาบาลเพื่อขอเข้าสัมภาษณ์สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (face to face in depth interview) ณ คลินิกโรคเรื้อรังด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) โดยวางแผนสัมภาษณ์ผู้ป่วย 20 – 30 คนต่อโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูล ทำให้โรงพยาบาลต้นแบบ 2 แห่งไม่อนุญาตให้เก็บข้อมูล มีเพียงโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียวที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลได้ โดยมีผู้ให้สัมภาษณ์จำนวน 15 คนซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอสำหรับการอิมิตัวของข้อมูลและไม่พบข้อมูลในประเด็นใหม่เพิ่มเติม (18)

เครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีข้อคำถามหลัก (interview guide) ที่กำหนดภายใต้กรอบแนวคิดของการประเมิน คำถามมุ่ง

ประเมินแผนพัฒนาฯ จากการให้ความเห็นเชิงลึกของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ต่อนโยบาย ความพึงพอใจ การให้ความหมายของการใช้ยาสมเหตุผล วิธีการจากภาครัฐที่ส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมเหตุผลมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปัญหา/อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาสมเหตุผลได้ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนข้างต้นตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาคำถาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยทดลองสัมภาษณ์นาร่องและปรับคำถามก่อนเก็บข้อมูลจริง

ผู้วิจัยชื่อแรกซึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์ เป็นนักศึกษาปริญญาเอกที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล มีประวัติการเป็นอาจารย์กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ เคยผ่านการอบรมหลักการทำวิจัยเชิงคุณภาพ และเป็นผู้สอนร่วมในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ซึ่งสอนเกี่ยวกับทักษะการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาโดยจำแนกประเภทข้อมูล จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และนำเสนอข้อสรุปตามประเด็นคำถาม โดยมีการตรวจสอบความสอดคล้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ด้านข้อมูลและด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 523 คน จากตารางที่ 1 ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59.02 ± 8.99 ปี ส่วนมากผู้ตอบเป็นเพศหญิง 348 คน (ร้อยละ 66.54) มีอาชีพเกษตรกร/ทำนา 334 คน (ร้อยละ 63.86) ไม่ได้เป็น อสม. 404 คน (ร้อยละ 77.25) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา 312 คน (ร้อยละ 59.66) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 341 คน (ร้อยละ 65.20) ส่วนมากป่วยเป็นโรคเบาหวาน 178 คน (ร้อยละ 34.03) รองลงมาคือเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22.18) ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ยส่วนมากเกินกว่า 10 ปี (ร้อยละ 35.18) ช่องทางข้อมูลด้านยาที่ได้รับส่วนมากได้รับจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 89.29) ทั้งนี้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนมากไม่เคยไปใช้บริการที่สถานพยาบาลเอกชนเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 46.27) แต่ก็พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาอื่น ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร่วมกับยาโรคประจำตัว ร้อยละ 13.19 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. คุณลักษณะเฉพาะของผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งตามประเภทโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับบริการ (n = 523)

คุณลักษณะ	จำนวนคน (ร้อยละ)			รวม
	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	
จำนวนผู้ตอบ	213 (40.73)	102 (19.50)	208 (39.77)	523 (100)
เพศ				
ชาย	89 (41.78)	20 (19.61)	56 (26.92)	165 (31.55)
หญิง	119 (55.87)	80 (78.43)	149 (71.63)	348 (66.54)
ไม่ระบุ	5 (2.35)	2 (1.96)	3 (1.44)	10 (1.91)
อายุ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	59.84 $\pm$ 7.70	57.27 $\pm$ 7.89	59.05 $\pm$ 10.51	59.02 $\pm$ 8.99
อาชีพ				
เกษตรกร/ทำนา	84 (39.44)	72 (70.59)	178 (85.58)	334 (63.86)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	37 (17.37)	7 (6.86)	4 (1.92)	48 (9.18)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	33 (15.49)	4 (3.92)	7 (3.37)	44 (8.41)
ข้าราชการบำนาญ	22 (10.33)	3 (2.94)	1 (0.48)	26 (4.97)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (7.04)	7 (6.86)	3 (1.44)	25 (4.78)
อื่น ๆ เช่น รับจ้าง ลูกจ้างทั่วไป	11 (5.16)	5 (4.90)	1 (0.48)	17 (3.25)
ไม่ระบุ	11 (5.16)	4 (3.92)	14 (6.73)	29 (5.54)
สิทธิการรักษา				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	96 (45.07)	68 (66.67)	177 (85.10)	341 (65.20)
ข้าราชการ	89 (41.78)	17 (16.67)	8 (3.85)	114 (21.80)
ประกันสังคม	19 (8.92)	5 (4.90)	7 (3.37)	31 (5.93)
ไม่ระบุ	9 (4.23)	12 (11.76)	16 (7.69)	37 (7.07)
การเป็น อสม.				
เป็น อสม.	7 (3.29)	8 (7.84)	20 (9.62)	35 (6.69)
ไม่ได้เป็น อสม.	165 (77.46)	77 (75.49)	162 (77.88)	404 (77.25)
ไม่ได้เป็น แต่มีคนในครอบครัวเป็น อสม.	17 (7.98)	6 (5.88)	10 (4.81)	33 (6.31)
ไม่ระบุ	24 (11.27)	11 (10.78)	16 (7.69)	51 (9.75)
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10 (4.69)	3 (2.94)	4 (1.92)	17 (3.25)
ประถมศึกษา	83 (38.97)	77 (75.49)	152 (73.08)	312 (59.66)
มัธยมศึกษา	37 (17.37)	8 (7.84)	33 (15.87)	78 (14.91)
อุดมศึกษา	77 (36.15)	12 (11.76)	4 (1.92)	93 (17.78)
ไม่ระบุ	6 (2.82)	2 (1.96)	15 (7.21)	23 (4.40)
โรคประจำตัว				
เบาหวาน	43 (20.19)	34 (33.33)	101 (48.56)	178 (34.03)
ความดันโลหิตสูง	15 (7.04)	9 (8.82)	29 (13.94)	53 (10.13)
ไขมันในเลือดสูง	2 (0.94)	1 (0.98)	3 (1.44)	6 (1.15)
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	56 (26.29)	18 (17.65)	42 (20.19)	116 (22.18)
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	4 (1.88)	5 (4.90)	5 (2.40)	14 (2.68)
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	62 (29.11)	17 (16.67)	22 (10.58)	101 (19.31)
เบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่น ๆ	31 (14.55)	18 (17.65)	6 (2.88)	55 (10.52)

ตารางที่ 1. คุณลักษณะเฉพาะของผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งตามประเภทโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับบริการ (n = 523) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวนคน (ร้อยละ)			
	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	รวม
ระยะเวลาการป่วย				
1 ถึง 3 ปี	32 (15.02)	17 (16.67)	42 (20.19)	91 (17.40)
>3 ถึง 6 ปี	63 (29.58)	23 (22.55)	53 (25.48)	139 (26.58)
>6 ถึง 10 ปี	39 (18.31)	22 (21.57)	48 (23.08)	109 (20.84)
>10 ปี	79 (37.09)	40 (39.22)	65 (31.25)	184 (35.18)
ช่องทางข้อมูลด้านยาที่ได้รับ				
แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์	196 (92.02)	94 (92.16)	177 (85.10)	467 (89.29)
แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์และฉลากยา	10 (4.69)	4 (3.92)	11 (5.29)	25 (4.78)
แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ สื่อออกอากาศและสื่อสังคมออนไลน์	2 (0.94)	1 (0.98)	5 (2.40)	8 (1.53)
ฉลากยา	3 (1.41)	1 (0.98)	3 (1.44)	7 (1.34)
วิทยุท้องถิ่น	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (2.40)	5 (0.96)
สื่อสังคมออนไลน์ (ไลน์ ทวิตเตอร์ เฟสบุ๊ก)	1 (0.47)	1 (0.98)	2 (0.96)	4 (0.76)
ไม่ระบุ	1 (0.47)	1 (0.98)	5 (2.40)	7 (1.34)
รับบริการที่สถานพยาบาลเอกชนเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย				
ใช้บริการมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	21 (9.86)	8 (7.84)	21 (10.10)	50 (9.56)
ใช้บริการน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	109 (51.17)	53 (51.96)	55 (26.44)	217 (41.49)
ไม่เคยใช้บริการ	78 (36.62)	36 (35.29)	128 (61.54)	242 (46.27)
ไม่ระบุ	5 (2.35)	5 (4.90)	4 (1.92)	14 (2.68)
ใช้ยาอื่น ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร่วมกับยาโรคประจำตัว				
ใช่	48 (22.54)	12 (11.76)	9 (4.33)	69 (13.19)
ไม่ใช่	129 (60.56)	69 (67.65)	138 (66.35)	336 (64.24)
เคยใช้ แต่หยุดใช้ไปแล้ว	35 (16.43)	18 (17.65)	36 (17.31)	89 (17.02)
ไม่ระบุ	1 (0.47)	3 (2.94)	25 (12.02)	29 (5.54)

ผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 15 คน เป็นเพศชาย 8 คน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 12 คน ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง 12 คน มีอายุเฉลี่ย 61.60 ± 8.09 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $5,146.67 \pm 6,889.94$ บาท อาชีพหลักของผู้ป่วย คือ ทำนา ร่วมกับมีอาชีพเสริม เช่น ทำสวน รับจ้าง และเลี้ยงสัตว์ 7 คน ไม่ได้ทำงาน 5 คน ค้าขาย 2 คน ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ให้สัมภาษณ์นี้ มี 1 คนเป็นอดีตผู้ใหญ่บ้าน และ 1 คนมีอาชีพเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านร่วมกับเป็น อสม. ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเฉลี่ย 6.93 ± 4.33 ปี ส่วนมากผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่น ๆ เช่น ข้อเข่าเสื่อม ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดหัวใจและสมอง 6 คน รองลงมาคือ ป่วยเป็น

โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคอื่น ๆ 4 คน ทั้งนี้ มีผู้ป่วย 4 คนที่ไปรับบริการที่สถานพยาบาลเอกชน เช่น คลินิก ร้านยา เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย และพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมการใช้ยาอื่นหรือผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร่วมกับยาโรคประจำตัว โดยไม่ได้แจ้งแพทย์ผู้รักษาด้วย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการประเมินความเหมาะสม

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินความเหมาะสมของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาฯ คะแนนความเหมาะสมเฉลี่ยโดยรวมของการดำเนินงานเมื่อประเมินตาม

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ยของความเหมาะสมของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาสมเหตุสมผล ในมุมมองของผู้ป่วยจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล (n = 523)

ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อแผนพัฒนาฯ	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (เต็ม 5)							
	โรงพยาบาล ศูนย์		โรงพยาบาล ทั่วไป		โรงพยาบาล ชุมชน		รวม	
ด้านบริบท	3.85	0.45	3.87	0.49	3.92	0.50	3.88	0.48
1. ความเพียงพอของการให้ความรู้เรื่องการช้ยาจากสื่อ บุคคล (เจ้าหน้าที่อนามัย ผู้นำชุมชน และ อสม.) สื่อ โทรทัศน์ และสื่ออื่น ๆ (สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสังคมออนไลน์)	3.48	0.97	3.69	0.84	3.99	0.81	3.72	0.91
2. ความต้องการกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล								
2.1 แพทย์ให้ยาที่เหมาะสม ได้แก่ ถูกคน ถูกโรค ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกระยะเวลา และประหยัด	4.36	0.66	4.15	0.81	4.28	0.59	4.29	0.67
2.2 การมีฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน ที่ เหมาะสม	4.19	0.78	4.04	0.94	4.24	0.60	4.18	0.75
2.3 แพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อ การรักษา	4.03	0.89	3.84	0.97	4.09	0.68	4.02	0.83
2.4 การสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์อันดี ระหว่าง แพทย์และผู้ป่วย	4.24	0.73	4.02	0.91	4.12	0.65	4.15	0.74
2.5 การให้ความรู้ด้านยาจากแพทย์และบุคลากรทางการ แพทย์	4.30	0.70	4.14	0.82	4.25	0.63	4.25	0.70
3. ความต้องการกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน								
3.1 ต้องการให้มีการตรวจสอบและเฝ้าระวังยาไม่ปลอดภัยใน ร้านชำของชุมชน	4.17	1.01	4.07	1.16	4.00	0.87	4.08	0.99
3.2 ต้องการมีส่วนร่วม ในประชาคมหมู่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังยา ไม่ปลอดภัย/รถเร่ขายยา	3.77	1.09	3.88	0.99	3.81	0.87	3.81	0.99
3.3 ต้องการเข้าร่วมอบรมด้านการช้ยา	3.42	1.05	3.46	1.00	3.57	1.07	3.49	1.05
4. ชุมชนของท่าน ปรารถนาจากการขายยาอันตราย ยาฆ่าเชื้อ ยาแก้ชัก ยาชุด ในร้านชำของชุมชน	3.49	1.17	3.77	1.13	3.39	1.24	3.51	1.20
5. ชุมชนของท่านมีความเข้มแข็ง และให้ความร่วมมือต่อ ภาครัฐ ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ	3.61	0.94	3.72	1.00	3.73	0.86	3.68	0.92
6. ท่านมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังหรือแจ้งผู้เกี่ยวข้องหาก พบยาไม่ปลอดภัยในชุมชน การเข้าร่วมประชาคมหมู่บ้าน หรือ การเข้าร่วมอบรมที่ ภาครัฐจัดให้	3.02	1.16	3.36	1.01	3.53	0.98	3.29	1.09
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.66	0.63	3.74	0.55	3.71	0.56	3.69	0.59
1. ท่านรู้และเข้าใจดีว่าการช้ยาสมเหตุสมผลหรือการช้ยา อย่างเหมาะสม คือ “การที่ผู้ป่วยได้ยาเหมาะกับโรคด้วย ขนาดยา ระยะเวลาที่เหมาะสม มีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและ ผู้ป่วยน้อยที่สุด”	3.91	1.02	3.74	0.92	3.80	0.88	3.83	0.95
2. ท่านเข้าใจดีถึงความสำคัญของการช้ยาอย่างเหมาะสม	4.03	0.87	4.02	0.80	3.81	0.80	3.94	0.84

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ยของความเหมาะสมของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาสมเหตุสมผล ในมุมมองของผู้ป่วยจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล (n = 523) (ต่อ)

ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อแผนพัฒนาฯ	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (เต็ม 5)							
	โรงพยาบาล ศูนย์		โรงพยาบาล ทั่วไป		โรงพยาบาล ชุมชน		รวม	
3. ท่านเข้าใจดีถึงผลที่เกิดขึ้นตามมา หากใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การดื้อยา	3.98	0.98	3.87	1.00	3.71	0.87	3.85	0.95
4. ท่านเข้าใจดีว่า หากใช้ยาฆ่าเชื้อไม่ครบหรือไม่ถึงขนาดที่แนะนำ อาจทำให้เกิดเชื้อดื้อยา	3.94	1.01	4.10	0.87	3.56	0.93	3.82	0.98
5. ท่านรู้และเข้าใจดีว่า เชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายสู่บุคคลอื่นได้	3.17	1.21	3.15	1.19	3.07	1.08	3.13	1.16
6. ท่านมีความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจ และหาข้อมูล เพื่อตัดสินใจในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย	3.77	1.02	3.79	0.79	3.62	0.79	3.71	0.89
7. ชุมชนของท่านเปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้ยาให้เหมาะสมในชุมชน เช่น ประชาคมหมู่บ้าน การสื่อสารจาก อสม./ผู้นำชุมชน	2.98	1.18	3.46	1.10	3.74	0.82	3.38	1.09
8. ความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากรที่จำเป็นในกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล								
8.1 จำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ	3.42	0.95	3.60	1.00	3.84	0.75	3.62	0.91
8.2 ศักยภาพในการให้บริการของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์	3.74	0.85	3.86	0.90	4.12	0.67	3.91	0.81
8.3 สื่อด้านการใช้ยาจาก รพ.ที่เพียงพอ เช่น แผ่นพับ ฉลากยา ฉลากช่วย และสื่ออื่น ๆ	3.60	0.88	3.73	0.98	3.91	0.78	3.75	0.87
ด้านกระบวนการ	3.90	0.66	3.93	0.72	4.15	0.54	4.01	0.64
1. ยาทุกรายการที่ท่านได้รับมีฉลากยากำกับ	4.55	0.59	4.63	0.60	4.38	0.63	4.50	0.61
2. ระยะเวลาตรวจโดยแพทย์ มีความเหมาะสม/เพียงพอ	3.90	0.86	3.85	1.04	4.12	0.68	3.98	0.84
3. ระยะเวลาการให้คำแนะนำด้านยาโดยเภสัชกรห้องยา มีความเหมาะสม/เพียงพอ	3.84	0.83	3.85	0.96	4.13	0.72	3.96	0.83
4. แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ให้การสื่อสารและให้คำแนะนำกับท่านเป็นอย่างดี	4.09	0.77	4.07	0.82	4.25	0.63	4.15	0.73
5. แพทย์ผู้รักษาเปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และซักถาม แลกเปลี่ยน	3.88	0.95	3.79	0.98	4.10	0.68	3.95	0.87
6. ผู้นำชุมชนของท่าน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชาวบ้านต่อการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้ยาให้เหมาะสมในชุมชน	3.14	1.15	3.38	1.07	3.89	0.88	3.49	1.09
ด้านผลผลิต	3.90	0.49	3.90	0.48	3.95	0.41	3.92	0.46
1. ท่านมีความรู้ดี ต่อการใช้ยาโรคประจำตัว ทั้งเหตุผลที่ใช้ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ ระยะเวลาในการใช้	3.93	0.84	3.78	0.82	3.96	0.76	3.91	0.81
2. ท่านมีความรู้ดี ต่อการใช้ยาฆ่าเชื้อ ในรูปแบบยากิน ทั้งเหตุผลที่ใช้ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ ระยะเวลาในการใช้	3.58	0.93	3.45	0.91	3.58	0.84	3.56	0.89

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ยของความเหมาะสมของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาสมเหตุสมผล ในมุมมองของผู้ป่วยจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล (n = 523) (ต่อ)

ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อแผนพัฒนาฯ	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (เต็ม 5)							
	โรงพยาบาล ศูนย์		โรงพยาบาล ทั่วไป		โรงพยาบาล ชุมชน		รวม	
3. ฉลากยา รพ.ที่ท่านได้รับ อ่านเข้าใจง่าย ตัวหนังสือเหมาะสม หรือมีภาพสัญลักษณ์เข้าใจง่าย	4.15	0.79	4.10	0.85	3.96	0.78	4.07	0.80
4. ฉลากยา รพ.ที่ท่านได้รับ ให้ข้อมูลเพียงพอที่จะทำให้ท่านมีความเข้าใจและระมัดระวังในการใช้ยามากขึ้น	4.15	0.78	4.12	0.79	4.07	0.69	4.11	0.75
5. ความพึงพอใจของท่าน ต่อกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้ยาให้เหมาะสมใน รพ.								
5.1 ความพึงพอใจ ต่อการให้บริการของแพทย์	4.05	0.81	3.97	0.95	4.21	0.72	4.10	0.81
5.2 ความพึงพอใจ ต่อการให้บริการของเภสัชกร/พยาบาล	4.02	0.81	3.92	0.95	4.17	0.70	4.06	0.80
5.3 ความพึงพอใจ ต่อยาที่ท่านได้รับ	4.08	0.72	4.11	0.74	4.24	0.62	4.15	0.69
5.4 ความพึงพอใจ ต่อผลการรักษา	4.09	0.73	4.08	0.78	4.26	0.67	4.16	0.72
6. ท่านมีความรู้ด้านการใช้ยาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น	3.93	0.77	3.93	0.76	4.04	0.72	3.98	0.75
7. ท่านมีความเข้าใจดีต่อความสำคัญและปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น	3.82	0.79	3.90	0.72	4.01	0.68	3.91	0.74
8. ท่านมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น								
8.1 ท่านอ่านฉลากก่อนใช้ยาทุกครั้ง	4.30	0.76	4.35	0.74	4.22	0.76	4.28	0.76
8.2 ท่านกินยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง	4.40	0.68	4.39	0.62	4.34	0.68	4.37	0.66
8.3 ท่านไม่เคยซื้อยาโรคประจำตัวมากินเอง และมาตามนัดแพทย์ที่ รพ.ทุกครั้ง	4.13	1.13	4.09	1.18	4.12	1.06	4.11	1.11
8.4 ท่านไม่เคยหาซื้อยามาเชื่อมารับประทานเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่าย	3.79	1.24	4.17	1.11	3.67	1.43	3.81	1.30
8.5 ท่านไม่เคยหยุดยาฆ่าเชื้อเอง ก่อนครบระยะเวลาที่แพทย์/เภสัชกรแนะนำ	3.72	1.26	4.01	1.29	3.43	1.30	3.66	1.30
8.6 ท่านไม่เคยขอให้แพทย์/พยาบาล ใช้ยาคิดกับท่าน	4.07	1.17	4.16	1.22	3.82	1.35	3.99	1.26
8.7 หากจะใช้ยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ร่วม ท่านจะบอกแพทย์ทุกครั้ง	3.20	1.37	3.06	1.53	3.47	1.17	3.28	1.34
9. ครอบครัวของท่านมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น	3.78	0.96	3.68	1.03	3.83	0.89	3.78	0.95
10. ชุมชนของท่านมีการเปลี่ยนแปลงของชุมชนสู่ชุมชนใช้ยาเหมาะสมมากขึ้น เช่น มติชุมชนไม่เอารถเร่ขายยาร้านชำไม่ขายยาฆ่าเชื้อ/ยาแก้กษบ/ยาชุด ชาวบ้านไม่ซื้อยานั้นตรายจากร้านชำ การให้ความรู้ เสี่ยงตามสายการณรงค์และให้ความรู้ด้านยาในชุมชน การมีส่วนร่วมของชาวบ้านต่อกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาเหมาะสม เป็นต้น	3.14	1.22	3.06	1.35	3.72	0.93	3.36	1.18

มิติของแบบจำลองชิปปี้เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ด้านกระบวนการ (4.01 ± 0.64) ด้านผลผลิต (3.92 ± 0.46) ด้านบริบท (3.88 ± 0.48) และด้านปัจจัยนำเข้า (3.69 ± 0.59) จากคะแนนเต็ม 5

ด้านบริบท: คำถามด้านบริบทที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดใน 3 ลำดับต้น คือ ข้อ 2.1 ความต้องการกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเด็นแพทย์ให้ยาเหมาะสม ได้แก่ ถูกคน ถูกโรค ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกระยะเวลา และประหยัด (4.29 ± 0.67) ข้อ 2.5 การให้ความรู้ด้านยาจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ (4.25 ± 0.70) และข้อ 2.2 การมีฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชนที่เหมาะสม (4.18 ± 0.75) ทั้งนี้ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดใน 3 ลำดับท้าย คือ ข้อ 6 การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังหรือแจ้งผู้เกี่ยวข้องหากพบยาไม่ปลอดภัยในชุมชน การเข้าร่วมประชาคมหมู่บ้านหรือการเข้าร่วมอบรมที่ภาครัฐจัดให้ (3.29 ± 1.09) ข้อ 3.3 ความต้องการกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนในประเด็นความต้องการเข้าร่วมอบรมด้านการใช้ยา (3.49 ± 1.05) และข้อ 4 การปราศจากการขายยาอันตราย ยาฆ่าเชื้อ ยาแก้ปวด ยาชุด ในร้านชำของชุมชน (3.51 ± 1.20)

ด้านปัจจัยนำเข้า: คำถามด้านปัจจัยนำเข้าที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดใน 3 ลำดับต้น คือ ข้อ 2 ความเข้าใจของผู้ป่วยถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างเหมาะสม (3.94 ± 0.84) ข้อ 8.2 ความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากรที่จำเป็นในกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเด็นศักยภาพในการให้บริการของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ (3.91 ± 0.81) และข้อ 3 ความเข้าใจของผู้ป่วยถึงผลที่เกิดขึ้นตามมา หากใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การดื้อยา (3.85 ± 0.95) ทั้งนี้ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดใน 3 ลำดับท้าย คือ ข้อ 5 ความรู้ของผู้ป่วยว่าเชื้อมีดื้อยาสามารถแพร่กระจายสู่บุคคลอื่นได้ (3.13 ± 1.16) ข้อ 7 ชุมชนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้ยาให้เหมาะสมในชุมชน เช่น ประชาคมหมู่บ้าน การสื่อสารจาก อสม./ผู้นำชุมชน (3.38 ± 1.09) และข้อ 8.1 ความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากรที่จำเป็นในกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเด็นความเหมาะสม/เพียงพอของจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ (3.62 ± 0.91)

ด้านกระบวนการ: คำถามด้านกระบวนการ 5 ข้อจากทั้งหมด 6 ข้อมีคะแนนระหว่าง 3.95-4.50 ซึ่งแสดงถึงความเหมาะสมในมุมมองของผู้ป่วยในระดับมากถึงมากที่สุด ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดใน 3 ลำดับต้น คือ ข้อ 1 ยาทุกรายการที่ท่านได้รับมีฉลากยากำกับ (4.50 ± 0.61) ข้อ 4 แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ให้การสื่อสารและให้คำแนะนำกับท่านเป็นอย่างดี (4.15 ± 0.73) และข้อ 2 ความเหมาะสม/เพียงพอของระยะเวลาตรวจโดยแพทย์ (3.98 ± 0.84) ทั้งนี้ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ข้อ 6 ผู้นำชุมชนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชาวบ้านต่อการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้ยาให้เหมาะสมในชุมชน (3.49 ± 1.09)

ด้านผลผลิต: คำถามด้านผลผลิตที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดใน 3 ลำดับต้น คือ ข้อ 8.2 ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง (4.37 ± 0.66) ข้อ 8.1 ผู้ป่วยอ่านฉลากก่อนใช้ยาทุกครั้ง (4.28 ± 0.76) และข้อ 5.4 ความพึงพอใจต่อผลการรักษา (4.16 ± 0.72) ทั้งนี้ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดใน 3 ลำดับท้าย คือ ข้อ 8.7 ผู้ป่วยจะแจ้งแพทย์ทุกครั้ง หากจะใช้ยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ร่วมด้วย (3.28 ± 1.34) ข้อ 10 ชุมชนของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสู่ชุมชนใช้ยาเหมาะสมมากขึ้น (3.36 ± 1.18) และข้อ 2 ความรู้ของผู้ป่วยต่อการใช้ยาฆ่าเชื้อในรูปแบบยากิน ทั้งเหตุผลที่ใช้ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และระยะเวลาในการใช้ (3.56 ± 0.89)

ความสัมพันธ์ระหว่างมิติ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตที่เกิดจากแผนพัฒนาฯ กับปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ เท่ากับ 0.550, 0.625 และ 0.627 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามค่า ($P < 0.001$)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วย 15 คนถูกสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาฯ จำนวน 6 ประเด็น ประกอบด้วย การรับรู้ ความพึงพอใจ การให้ความหมายของการใช้ยาสมเหตุผล วิธีการจากภาครัฐที่ส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมเหตุผลมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปัญหา/อุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาสมเหตุผลได้

ด้านการรับรู้ต่อแผนพัฒนาฯ/นโยบาย/โครงการพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากไม่รู้ว่ามีความเป็นแผนพัฒนาฯ/นโยบาย/

โครงการนี้ มีผู้ป่วยเพียง 1 คนที่รับรู้ถึงการมีโครงการจากการเข้าร่วมอบรม อสม. โดยกล่าวว่า

“เคยได้ยินโครงการนี้ตอนไปอบรมประจำเดือน อสม. กับพวกหมอนามัย เพราะเราเป็น อสม. เป็นคนทำงานในพื้นที่ก็เลยรู้” (S4)

ด้านความพึงพอใจ พบว่า ผู้ป่วยทุกคนพึงพอใจกับแผนพัฒนาฯ นี้ และรับรู้วาทิกรรมต่าง ๆ ในแผนจะทำให้แพทย์จ่ายยาให้ผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น ลดการดื้อยาลดงบประมาณของโรงพยาบาลและประเทศจากการใช้ยาเกินจำเป็น แต่ก็พบว่าผู้ป่วยบางคนที่มีความเข้าใจผิดและมีความกังวลต่อการจ่ายยาของแพทย์ว่า ชนิดของยาที่แพทย์จ่ายอาจถูกจำกัดจากนโยบายจนทำให้ผู้ป่วยได้ยาด้อยประสิทธิภาพหรือ “ยาอ่อน” ในความหมายของผู้ป่วย ดังเช่นผู้ป่วยรายหนึ่งที่กล่าวว่า

“หมอก็จ่ายยาดี แนะนำดีอยู่ แต่ว่ายาบางตัวที่ไปหาซื้อมากินเองก็ต้องปิดหมอบอกหมดไม่ได้ เดี่ยวหมอไม่ให้กิน เพราะยาที่หมอให้มา มันอ่อนเกินไป ถ้าขายยาไม่หายปวด มันจะทำงานไม่ได้ ยายอยู่บ้านกันแค่สองคนตาย ยาย ยายอยากหาย บางทีก็จะต้องไปคลินิก ไปหาญาติหรือยาที่แรงกว่าจากหมอ” (S2)

ด้านการให้ความหมายของการใช้ยาสมเหตุผล พบว่า ผู้ป่วยทุกคนเห็นว่าการใช้ยาสมเหตุผล คือการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ไม่ไปซื้อยามารับประทานเอง และใช้ยาเท่าที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยบางรายมีประเด็นความเข้าใจผิดที่นำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเอง โดยกล่าวว่า

“การใช้ยาสมเหตุผล หมายถึงให้กินยาตามที่หมอสั่ง แต่ก็เคยได้ยินจากหมอเหมือนกันว่าการกินยาเยอะเกินไป อาจจะทำให้แพ้ยาหรือแพ้ไตได้ เลยมีบางตัวที่ตั้งใจที่จะไม่กินบ้างบางครั้ง เพราะรู้สึกว่ายาก็ได้มันก็เยอะ กลัวแพ้ไต” (S13)

ด้านวิธีการจากภาครัฐที่ส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมเหตุผลมากขึ้น พบว่าผู้ป่วยทุกคนเห็นว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์/บุคลากรการแพทย์ขณะที่มารับการรักษาเป็นวิธีส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในผู้ป่วยเฉพาะรายได้ดีที่สุด วิธีอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลติดตาม/การให้ความรู้โดย อสม./เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การทำให้ชาวบ้านในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลของชุมชน โดยมีแกนนำเป็นผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนการมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ผู้มีอำนาจ และเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายลงพื้นที่ตรวจสอบหรือบังคับใช้กฎหมายเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน เช่น การควบคุมการกระจายของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน ผู้ป่วยบางคนเห็นว่า ตัวผู้ป่วยเองต้องมีความช่างสังเกต ใส่ใจในสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองร่วมกับแพทย์/บุคลากรการแพทย์เพื่อสิทธิของตนเองและประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา นอกจากนี้ มีผู้ป่วย 1 คน ที่เห็นว่า การเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างต่อเนื่องจากสถานที่ทำงาน มีส่วนช่วยในการพัฒนาความรู้และสร้างความตระหนักด้านยาของผู้ป่วยอย่างมาก ดังคำกล่าวว่า

“เวลามาหาหมอ หมอกับเภสัชกรก็สอนเรื่องโรคเรื้อรังยา พอกลับไปบ้านก็มี อสม. มาติดตามวัดความดันมาเจาะน้ำตาล แล้วก็มาเล่าให้ฟังว่ายาไปซื้อยามากินเอง ก็เอาความรู้ที่ได้มาจากเขา มาดูแลตัวเอง เพราะ อสม. ก็ได้รับความรู้จากหมอนามัย เขาก็มีความรู้และเขาเข้าถึงชุมชนเราก็คือเชื่อเขา” (S7) หรือ

“เวลามาหาหมอ หมอพูดคุยดี แนะนำดี ถึงเป็นหวัดแต่ไม่ได้ยามาซื้อ ก็ไม่รู้สิอะไร เพราะหมอเขาวินิจฉัยแล้วว่าไม่จำเป็น เขาก็บอกอยู่ว่าถ้ามันไม่ดีขึ้นก็ให้มาใหม่” (S1)

ด้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย/ชุมชน พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีความรู้และความตระหนักที่เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการซื้อยารับประทานเองลดลง โดยในผู้ป่วยจำนวนนี้ พบว่ามีผู้ป่วย 1 คนที่มีการควบคุมโรคได้อย่างชัดเจนจากการได้รับยาจากแพทย์ตามแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยาสมเหตุผลในโรคหืด สำหรับความแตกต่างที่เกิดขึ้นในระดับชุมชน ผู้ป่วยส่วนมากเห็นว่าการขายยาอันตราย ยาปฏิชีวนะ ยาชุด และยาแก้ไอเสบลดลงในร้านชำจากการดำเนินการตรวจสอบของเจ้าหน้าที่ภาครัฐร่วมกับชุมชน แต่ก็ยังคงมีการโฆษณาและการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ที่อาจจะไม่ปลอดภัยในรูปแบบยาน้ำสมุนไพรแก้ปวดเมื่อยจากวิถียุคชุมชนและตลาดนัดในชุมชนอยู่บ้าง ดังเช่นคำกล่าวต่อไปนี้

“แต่ก่อนเคยไปซื้อยาสิโรมากิน เพราะได้ยินปากต่อปากบอกมาว่า อาการที่เป็นอยู่จะหาย แต่ตอนนี้ก็ไม่ได้

ไปซื้อแล้ว อสม. เขาก็มาบอกด้วยว่า อย่าไปซื้อยากินเอง
เจ้าหน้าที่อนามัยลงตรวจ ร้านชำเขาก็เอามาขายไม่ได้”
(S12)

“แต่ก่อนผมเองก็ไม่เชื่อหมอ ต้องทำงานแล้วไม่มี
เวลา เวลาเจ็บป่วย ปวดแสบปวดตาอะไรเล็กน้อย ก็ไปซื้อยา
กินเอง มันหายจริง แต่ไม่หายขาด จนสุดท้ายเสียไตไปข้าง
หนึ่ง ผมเลยพยายามเอากรณีผมเองนี่ละเป็นตัวอย่างเล่าให้
ชาวบ้านฟังถึงผลเสียจากการไม่ไปหาหมอ” (S4)

“ตอนนี้ยาในร้านชำในหมู่บ้านที่อยู่ไม่ค่อยมีแล้ว
ถ้าอยากได้ก็ต้องไปซื้อจากร้านยาหรือร้านที่เขาขายในตัว
เมือง แต่ก็มีบ้างที่ไปเดินตลาดนัด แล้วเจอพวกยาประดงแก้
ปวด คนขายเขาบอกว่า เป็นยาสมุนไพร ก็ช่วยเขาซื้อมาใช้
บ้าง” (S3)

ด้านปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา
สมเหตุผล พบว่า ความรู้ ทักษะคิด/ความเชื่อ ประสบการณ์
และความตระหนักถึงส่วนบุคคลของผู้ป่วยส่งผลอย่างมากต่อ
พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย นอกเหนือจากความรุนแรง
ของโรค ความไม่พอใจต่อยา/การบริการ/การรักษาที่ได้จาก
โรงพยาบาล ความไม่ตอบสนองความต้องการของบริการ
ภาครัฐ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย นอกจากนี้ มีผู้ป่วย
บางส่วนได้ระบุถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมที่อาจ
นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาไม่สมเหตุผลอื่น ๆ ได้แก่ เพื่อน
บ้าน/คนในชุมชน การเข้าถึงยาอันตรายในร้านยา/ร้านชำ
การโฆษณาและการกระจายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุ
ชุมชน/ออนไลน์/ตลาดนัด/ร้านชำ ดังเช่นคำกล่าวต่อไปนี้

“หมอจัดยามาแค่ไหนก็ใช้แค่นั้น เช่น ถ้าเป็นแผล
เล็ก ๆ ที่เราดูแลเองได้ ล้างแผลเองได้ ก็ไม่ต้องกินยาแก้
อักเสบ แต่ถ้าเป็นแผลใหญ่ แล้วมันจะหายช้า ก็ต้องกิน
เพราะก็เป็นเบาหวานด้วย ก็ต้องกิน หมอไม่ให้ก็จะขอหมอ
ถ้าหมอไม่ให้ ก็จะต้องไปหาซื้อตามร้านขายยา” (S16)

“ถึงหมอเขาจะห้ามไม่ให้กิน ยาก็ต้องกินยา
ต้องไปหาซื้อให้ได้ (ยายพูดพลางหยิบยาชุดที่ได้มาจากร้าน
ชำในหมู่บ้านออกจากกระเป๋ามาแสดงให้ผู้สัมภาษณ์ดู) ไม่
กิน มันขยับไม่ได้ กินแล้วมันถึงจะหายเร็ว แล้วก็ไปทำงาน
ได้” (S2)

“สมัยก่อนผมต้องหาอยู่หากินให้ลูกและเมีย ถ้าผม
มาโรงพยาบาล บางทีคนก็เยาะ กว่าจะได้ตรวจก็ช้า และพอ
หมอแนะนำให้ผ่าตัด ก็ต้องขาดงานไปผ่าตัด ครอบครัวผมก็
จะไม่มีรายได้ ซึ่งตอนนั้น เพราะความไม่เชื่อหมอ ไปซื้อยา

กินเองบรรเทาอาการเป็นครั้งคราวนี่ละ เลยทำให้ทำการ
หนักขึ้นจนต้องตัดไตทิ้ง” (S4)

การอภิปรายผล

การประเมินความเหมาะสมของการดำเนินงาน
ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการพัฒนาระบบ
บริการให้มีการใช้ยาสมเหตุผลในมิติการประเมินของ
แบบจำลองชิปปี้ สามารถอภิปรายเป็นรายด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านบริบท

ด้านบริบทมีคะแนนความเหมาะสมเฉลี่ยรวมเป็น
3.88±0.48 (จากคะแนนเต็ม 5) พบว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่
ดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน
โรงพยาบาลภายใต้แผนพัฒนาฯ นี้ ตรงประเด็นและ
ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจาก
ผู้ป่วยแสดงถึงความต้องการต่อบริการทางการแพทย์ใน
โรงพยาบาลโดยเฉพาะเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดย
แพทย์ ร่วมกับการให้ความรู้/ข้อมูลด้านยา ทั้งจาก
การสื่อสารโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์และผ่านฉลาก
ยา/ฉลากเสริม แต่อย่างไรก็ตาม พบปัญหาว่า ผู้ป่วยมีความ
ต้องการในระดับปานกลางต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการ
ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน เช่น การเข้าร่วมอบรม
การใช้ยา การเฝ้าระวังหรือแจ้งผู้เกี่ยวข้องหากพบยาไม่
ปลอดภัยในชุมชน ร่วมกับการพบว่า ชุมชนยังขาดความ
เข้มแข็งและยังมีการกระจายของยาที่ไม่ปลอดภัยในร้านชำของ
ชุมชน ซึ่งข้อมูลนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการ
สัมภาษณ์เชิงลึกที่ อสม. และผู้ป่วยให้ความเห็นว่า ผู้ป่วย/
ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมต่อกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาใน
ชุมชนที่น้อย ร่วมกับในร้านชำยังคงมีการขายยาอันตราย
ยาฆ่าเชื้อ ยาแก้อักเสบ ยาชุดอยู่ ถึงแม้จะลดลงจาก
มาตรการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับเครือข่าย ผู้นำ
ชุมชน และ อสม. นอกจากนี้ ผู้ป่วยก็ยังสามารถเรียกหา
ยาปฏิชีวนะและยาอันตรายอื่น ๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย
ได้ในร้านยาโดยไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์

อย่างไรก็ตาม การสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก
ระหว่างปี พ.ศ.2549–2555 ในประเทศกำลังพัฒนาจำนวน
53 ประเทศ พบว่า มาตรการการควบคุมการเข้าถึงยา
ปฏิชีวนะโดยการห้ามจำหน่ายยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนโดย
ไม่มีใบสั่งแพทย์เป็นหนึ่งในมาตรการที่ทำให้คะแนนรวม
คุณภาพการใช้ยา (quality use of medicine) ของผู้ป่วยดี

ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (22) ทำให้มาตรการนี้เป็นมาตรการสำคัญที่ถูกแนะนำ แต่เนื่องจากบริบทด้านกฎหมายของประเทศไทยที่กำหนดให้ยาอันตรายเป็นยาที่สามารถจ่ายได้โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมและให้มีการเข้าถึงยาปฏิชีวนะได้โดยไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ได้ในร้านยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ง่ายและการจ่ายยาขึ้นกับดุลยพินิจของเภสัชกร นอกจากนี้ยังมีการจำหน่ายยาปฏิชีวนะที่เป็นยาอันตรายในสถานที่ไม่ได้รับอนุญาต และร้านค้าทั่วไปหรือร้านชำ สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศก่อนหน้านี้ ที่สรุปว่า การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปและ/หรือไม่เหมาะสมภายในประเทศไทยเกี่ยวข้องกับ 4 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย ความไม่เข้มงวดของการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมาย อุปสงค์จากประชาชน อุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ และระบบสุขภาพที่ขาดระบบการติดตามการกระจายของยาภายในประเทศ จึงได้มีข้อเสนอแนะถึงการจัดประเภทยาตามกฎหมายของยาปฏิชีวนะใหม่ (25, 26) แต่จากงานวิจัยสำรวจความเห็นของสหวิชาชีพต่อการปรับเปลี่ยนประเภทของยาปฏิชีวนะให้เป็นยาที่ต้องจ่ายโดยใบสั่งแพทย์ พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและเภสัชกร (ร้อยละ 66 และร้อยละ 86) ต่างก็ไม่เห็นด้วย ในขณะที่แพทย์เห็นด้วยถึงร้อยละ 77 (27) เนื่องจากการแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้อาจทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงยาที่จำเป็นต้องใช้และเพิ่มภาระของประชาชนในการต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลซึ่งมีอัตราค่าบริการสูงกว่า (2)

ข้อค้นพบด้านบริบทที่สำคัญอีกประเด็น คือ ผู้ป่วยมีต้องการความรู้ข้อมูลด้านยาในระดับมาก แต่ความเพียงพอของการดำเนินงานภาครัฐด้านการให้ความรู้เรื่องการใช้อย่างสมเหตุสมผลจากสื่อบุคคล (เจ้าหน้าที่อนามัย ผู้นำชุมชน และ อสม.) สื่อโทรทัศน์ และสื่ออื่น ๆ (สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสังคมออนไลน์) กลับอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2558 ที่สำรวจมาตรการการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศไทยและประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ยังขาดการให้ความรู้สาธารณะในประเด็นของการใช้อย่างสมเหตุสมผล (28) โดยการให้ความรู้สาธารณะเป็นหนึ่งในมาตรการที่ทำให้คะแนนรวมคุณภาพการใช้อย่างสมเหตุสมผลของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (22) ทั้งนี้ มีงานวิจัยในประเทศไทยที่วิเคราะห์แบบจำลองพลวัตระบบของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในภาคประชาชน พบว่า นโยบายที่มีประสิทธิภาพสูงสุดที่

นำไปสู่การใช้อย่างสมเหตุสมผลในภาคประชาชน คือ มาตรการบูรณาการโดยการควบคุมการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในทุกแหล่ง ร่วมกับการให้ความรู้และสร้างทัศนคติใหม่ให้กับประชาชนโดยผ่าน 2 ช่องทางคือ การให้ความรู้/ข้อมูลที่ถูกต้องผ่านแพทย์ผู้รักษาร่วมกับการให้ความรู้ผ่านสื่อสาธารณะและผ่านทางชุมชน ทั้งรูปแบบผ่านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารมวลชน และผ่านทางเครือข่ายผู้นำชุมชน/อสม. เพื่อลงสู่ชุมชน รวมถึงการให้ความรู้สาธารณะโดยรัฐบาลผ่านการหยั่งรากลงไปที่นักเรียนผ่านหลักสูตรและครูผู้สอน ทั้งส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพและหลักสูตรในการศึกษาภาคบังคับสำหรับประชาชนทั่วไป (29) ซึ่งมาตรการเหล่านี้สอดคล้องกับแนวทางการให้ความรู้สาธารณะที่เป็นข้อเสนอแนะจากองค์การอนามัยโลก (30, 31)

ด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านปัจจัยนำเข้ามีผลการประเมินความเหมาะสมเฉลี่ย 3.69 ± 0.59 ซึ่งต่ำกว่ามิติอื่น ๆ ในการประเมิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเห็นว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากรที่จำเป็นในกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลในด้านศักยภาพการให้บริการจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยเองมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการใช้อย่างเหมาะสมและผลที่เกิดขึ้นหากใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การดื้อยา แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยประเมินให้คะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางต่อความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุสมผลในบางประเด็น เช่น การไม่ทราบว่าจะซื้อยาสามารถแพร่กระจายสู่บุคคลอื่นได้ ร่วมกับการที่ชุมชนยังขาดการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้อย่างเหมาะสมในชุมชน เช่น ประชาคมหมู่บ้าน การสื่อสารจาก อสม./ผู้นำชุมชน นอกจากนี้ยังพบประเด็นเรื่องความไม่เพียงพอของจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการซึ่งเป็นสามลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

จากข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นความรู้ ความตระหนัก และความเข้าใจของผู้ป่วยซึ่งถือเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของแผนพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเข้าใจความหมายของการใช้อย่างสมเหตุสมผลที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่เคยรายงานโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ.2555 (32) ที่ให้ความหมายของการใช้อย่างสมเหตุสมผล คือ การใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่ไม่ได้กล่าวถึงเรื่องของความปลอดภัย

ประสิทธิภาพ หรือการดูแลตนเองโดยไม่ใช้ยาแต่อย่างใด ผู้ป่วยส่วนมากเห็นว่า ยาเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยบรรเทาอาการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต ทำกิจวัตรประจำวันหรือออกไปทำงานหาเงินได้ จึงทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมยังคงมีอยู่ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้เรื่องอันตรายจากการใช้ยาไม่เหมาะสมก็ตาม นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนยังคงมีพฤติกรรมการร้องขอยาปฏิชีวนะจากแพทย์ พฤติกรรมการใช้ยาชุด และมีความเข้าใจผิดต่อการใช้ยาในบางประเด็น เช่น ยาฉีดแรงกว่ายากิน ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นยาอ่อน ความกลัวเป็นโรคใดจากการรับประทานยาหลายชนิดจนนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาบางชนิด ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากที่พบในงานวิจัยในอดีต

สำหรับประเด็นความไม่เพียงพอของแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ และระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนาน ถือเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย แต่การตัดสินใจของผู้ป่วยก็ขึ้นกับการรับรู้ความรู้แรงของอาการหรือภาวะการเป็นโรคเรื้อรังด้วย ผลการศึกษาที่พบสอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้า (33, 34) สอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2560 รวมถึงรายงานสุขภาพคนไทยระดับเขต พ.ศ. 2555 – 2560 ที่พบว่าถึงจะมีการผลิตบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องทำให้จำนวนและการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ดีขึ้น แต่ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรการแพทย์ยังคงมีอยู่และต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น โดยพบว่า สัดส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ (35, 36) ข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 ระบุว่า จังหวัดศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และยโสธร ซึ่งเป็น 3 ใน 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 10 ถือเป็นกลุ่มจังหวัดที่มีสัดส่วนจำนวนแพทย์ต่อประชากรที่ต่ำติด 10 อันดับท้ายสุดของประเทศ (36)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ผู้ป่วยให้คะแนนเฉลี่ยความเพียงพอของแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป และสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการประเมินด้านกระบวนการในข้อที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์โดยแพทย์และบุคลากรการแพทย์ ได้แก่ ระยะเวลาการตรวจ การสื่อสาร

และให้คำแนะนำ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ และสูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ตามลำดับ ข้อค้นพบนี้อาจแสดงให้เห็นถึงปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ สอดคล้องกับรายงานแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2562 ที่ระบุว่า สถานบริการสุขภาพภาครัฐระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีความแออัดทั้งในด้านผู้ป่วยที่มารับบริการและการครองเตียง โดยในพ.ศ. 2546-2556 พบว่ามีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 150,000 ราย/ปี และผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3,991,100 ครั้ง/ปี เช่นเดียวกับภาพรวมผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ. 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่า สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีมากที่สุด (ร้อยละ 23.28) รองลงมาเป็นการใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 21.07) (37)

นอกจากนี้ จากการวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศพบว่า ความไม่ตอบสนองของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐต่อความต้องการของประชาชน เช่น ความแออัด ระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนาน และสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นที่พึงปรารถนา อาจนำไปสู่การมารับบริการจากภาคเอกชนโดยเฉพาะพฤติกรรมการเข้าถึงและใช้ยาชุด ซึ่งเป็นหนึ่งในพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมได้เนื่องจากกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวด โดยพบว่าผู้สูงอายุมักแสวงหาและใช้ยาชุดเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เนื่องจากความพร้อมใช้งาน การเข้าถึงง่ายผ่านเครือข่ายของผู้ใช้ ดันทุนตำ และประสิทธิภาพที่รับรู้ได้ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยให้เข้าถึงและใช้ยาชุด (38) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในงานวิจัยนี้ที่พบว่า ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยาชุดด้วยเหตุผลในลักษณะเดียวกันด้านกระบวนการ

ด้านกระบวนการมีผลการประเมินความเหมาะสมเฉลี่ย 4.01 ± 0.64 ซึ่งอยู่ในระดับที่มากและสูงกว่ามิติอื่น ๆ ในการประเมิน พบว่า กระบวนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาฯ โดยเฉพาะส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ถูกดำเนินการเป็นอย่างดีในมุมมองของผู้ป่วย โดยผลการประเมินที่สูงในลำดับต้น ๆ อยู่ในประเด็นที่ยาทุกรายการมีฉลากยากำกับ แพทย์ให้การตรวจในระยะเวลาที่เพียงพอ/เหมาะสม รวมถึงแพทย์/บุคลากรการแพทย์มีการสื่อสารและให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี

สำหรับผลการประเมินในประเด็นที่ยาทุกรายการที่มีผลมากกว่าซึ่งได้คะแนนสูงสุดนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศก่อนหน้านี้พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 95.10 มีความพึงพอใจโดยรวมที่ดีขึ้นต่อฉลากยาในโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลถึง ผู้ป่วยร้อยละ 98.80 เห็นว่า ฉลากมีความเพียงพอของข้อมูลดีขึ้น และผู้ป่วยร้อยละ 64.30 มีความมั่นใจว่าจะสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องมากขึ้น (39) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยลักษณะบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และความสามารถในการอ่านภาษาอังกฤษ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ที่ได้จากฉลากยา (40) เช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์ห่อภิมาน (41) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (42, 43) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การสื่อสารและให้คำแนะนำโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ด้วยระยะเวลาที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การใช้ยาอย่างเหมาะสมในมุมมองของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาในส่วนของการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน พบว่า ความสามารถของผู้นำชุมชนต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลยังไม่เพียงพอ โดยมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกชี้ให้เห็นว่า ผู้นำชุมชนถือเป็นปัจจัยที่สำคัญของการดำเนินกิจกรรมสุขภาพในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนที่พบว่า เครือข่ายแกนนำ ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความสามารถและทัศนคติที่เหมาะสมเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาในชุมชน (44, 45) นอกเหนือจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนที่ต้องทำงานแบบเครือข่าย มีการสื่อสาร และแก้ปัญหาร่วมกัน โดยแนวทางการดำเนินงานต้องไม่มีความซับซ้อน ร่วมกับการใช้วัฒนธรรม วิถีชุมชน ความตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าในตนเองเป็นเครื่องมือในการทำกิจกรรมแทนการมุ่งใช้เงินหรืองบประมาณจากหน่วยงาน (46)

ด้านผลผลิต

การประเมินในด้านผลผลิตมีคะแนนเฉลี่ย 3.92 ± 0.46 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ผลลัพธ์จากการดำเนินงานแผนพัฒนาฯ ในข้อย่อยต่าง ๆ มีผลการประเมินในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็นของการเปลี่ยนแปลงทางบวกของพฤติกรรมการใช้ยาสมเหตุผล ได้แก่ พฤติกรรมการ

รับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง พฤติกรรมอ่านฉลากก่อนใช้ยาทุกครั้ง โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากต่อผลการรักษาที่ได้รับจากบริการทางการแพทย์ตามแนวทางการใช้ยาสมเหตุผล อย่างไรก็ตามพบปัญหาของการดำเนินกิจกรรมตามแผนพัฒนาฯ ในประเด็นความไม่ตระหนักของผู้ป่วยที่มักไม่แจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้งถึงการใช้ยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ร่วมด้วย การขาดความรู้ต่อการใช้ยาฆ่าเชื้อในรูปแบบยากินทั้งเหตุผลที่ใช้ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ ระยะเวลาในการใช้ และผู้ป่วยเห็นว่า ในระดับชุมชนไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดจากแผนพัฒนาฯ ข้อมูลนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจต่อผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลรวมถึงรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวกด้านความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการใช้ยาสมเหตุผลบางอย่างที่ชัดเจนในระดับบุคคลมากกว่าในระดับชุมชน

ข้อค้นพบด้านผลผลิตนี้สอดคล้องกับงานวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมรณรงค์แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีบรรทัดฐานทางสังคมและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5) เช่นเดียวกับข้อค้นพบจากอีกงานวิจัยที่พบว่า มาตรการการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่ปลอดภัย ที่ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ในประเด็นความรู้สูงขึ้นของกลุ่มเป้าหมาย ครวเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีผลิตภัณฑ์เสี่ยงปลอมปนสารสเตียรอยด์ลดลง การกระจายยาอันตราย/ยาชุดในร้านชำที่ลดลง การมีศูนย์เฝ้าระวังในชุมชน การประกาศเป็นนโยบายระดับอำเภอ และนำไปสู่การตั้งกฎกติกาของหมู่บ้านซึ่งถือเป็น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (47-49) อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจสุขภาพะครวเรือนในประชาชนไทย 27,900 คน ที่ติดตามและเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึง 2562 พบว่า ถึงแม้ประชาชนจะมีความรู้และความตระหนักที่เพิ่มขึ้นจากนโยบายส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล แต่ประชาชนยังขาดความรู้และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในบางประเด็น บ่งชี้ถึงความจำเป็นที่

แพทย์และบุคลากรการแพทย์ต้องใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่ตรงเป้าหมาย ควบคู่ไปกับมาตรการการให้ความรู้สาธารณะด้านการใช้ยาสมเหตุผลของรัฐบาล (50)

ความสัมพันธ์ระหว่างมิติที่ประเมิน

ปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการมีความสัมพันธ์กับผลผลิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอยู่ในระดับที่สูงใกล้เคียงกัน (0.550-0.627) ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาฯ ที่ต้องได้รับการพัฒนาและส่งเสริมเพื่อให้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ผลผลิตที่จะเกิดกับผู้ป่วยหรือประชาชน ได้แก่ ความรู้ ความตระหนัก ความพึงพอใจในบริการ และพฤติกรรมการใช้ยาสมเหตุผลในระดับบุคคลจนถึงระดับชุมชน ซึ่งเป็นผลลัพธ์สูงสุดอันพึงประสงค์ของแผนพัฒนาฯ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้แบบจำลองชิปปี้ประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี โดยพบว่า ปัจจัยบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (51) เช่นเดียวกับการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก พบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างจำนวนของมาตรการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลกับคะแนนรวมคุณภาพการใช้ยา และพบว่ามาตรการต่อประชาชนที่ส่งผลทางบวกต่อคุณภาพการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การให้ประชาชนเข้าถึงยาจำเป็นโดยไม่มีค่าใช้จ่าย การมีหน่วยที่ดูแลและติดตามนโยบายการใช้ยาสมเหตุผลของภาครัฐ การไม่จ่ายยาปฏิชีวนะโดยไม่ใบสั่งแพทย์ การมียุทธศาสตร์ป้องกันเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ และการให้ความรู้สาธารณะเกี่ยวกับการใช้ยา (22) เช่นเดียวกับงานวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในขณะที่ปัจจัยด้านอายุและการร่วมจ่ายค่ารักษา (co-payments) เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทางลบ (52) ในขณะที่งานวิจัยอีกฉบับก็พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค ทศนคติต่อการรับประทายาและความเชื่อที่ผู้ป่วยมีต่อการรักษาหรือโรค (53)

เช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงสำรวจระดับประเทศในประเทศไทยทั่วไป ณ ประเทศมาเลเซียพบว่า ปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การศึกษาในระดับอุดมศึกษา และความรู้ที่เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่สูง (54) สอดคล้องกับแนวทางของการสาธารณสุขยุคใหม่ตามพีระมิดผลกระทบต่อสุขภาพ (the health impact pyramid) ของฟรีเดน ได้แนะนำให้มีการมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสาธารณสุขไปที่ฐานของพีระมิดได้แก่ การแก้ไขปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อสุขภาพ ร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยบริบทให้เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากพบว่ามาตรการเหล่านี้มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำกว่าการแก้ไขที่ส่วนยอดของพีระมิดดังเช่น การให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย (55)

เป็นที่น่าสนใจว่า ผลการประเมินทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน อันประกอบด้วยความเข้มแข็งของชุมชน ความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ประชาชน ศักยภาพของผู้นำชุมชน และผลด้านการเปลี่ยนแปลงของชุมชนสู่ชุมชนใช้ยาเหมาะสม ล้วนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินอยู่ในลำดับท้าย ๆ ทั้ง 4 มิติ ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นถึงปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบริบทของชุมชนซึ่งมีความยากลำบาก ซับซ้อน และต้องใช้ความร่วมมือจากหลายฝ่ายมากกว่าการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลที่เป็นการดำเนินการภายใต้มาตรฐานวิชาชีพและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เมื่อพิจารณาในรายละเอียดก็พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ โดยคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างกันนี้ อาจเกิดจากบริบทของโรงพยาบาลและลักษณะการดำเนินโครงการของโรงพยาบาลแต่ละระดับที่มีความแตกต่างกัน (4) ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับรายงานประสบการณ์การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองที่อธิบายว่า บริบทสังคมเมืองมีความยากลำบากในการทำงานสาธารณสุขเชิงรุกมากกว่าสังคมชนบท เนื่องจากความซับซ้อน ความแตกต่างของโครงสร้างพื้นฐาน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิต (56) ดังนั้นการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมือง จึงควรต้องมีรูปแบบที่แตกต่างไปจากเขตชนบทและต้องเหมาะสม

กับบริบทดังกล่าว องค์ประกอบสำคัญคือการทำงานแบบเครือข่ายโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและทุกระดับ เช่น การจัดการผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) ตลอดจนควรมีผู้รับผิดชอบหลักเพื่อจัดการปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของระบบ (57, 58) ควบคู่ไปกับการเพิ่มกรอบอัตรากำลังและส่งเสริมความก้าวหน้าของวิชาชีพเพื่อรองรับต่อระบบบริการระดับปฐมภูมิในอนาคตและการดำเนินการด้านสาธารณสุขเชิงรุกต่อไป (58, 59)

ข้อจำกัดของการวิจัย

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและส่งกลับทางไปรษณีย์ มีอัตราการตอบกลับเป็นร้อยละ 53.25 และ 25.50 ตามลำดับ ตัวอย่างจึงอาจไม่แทนตัวแทนประชากร อย่างไรก็ตาม อัตราการตอบกลับทางไปรษณีย์นี้ถือเป็นสัดส่วนที่ยอมรับได้ (มากกว่าร้อยละ 20) (60) แต่เพื่อป้องกันอคติจากการไม่ตอบแบบสอบถาม (non-response bias) การศึกษาในอนาคตควรมีการสร้างแรงจูงใจในการตอบแบบสอบถาม เช่น การให้สิ่งตอบแทน 2) ผลการประเมินจากงานวิจัยได้มาจากการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความเป็นอัตวิสัย ดังนั้น การศึกษาในอนาคตควรมีการวัดผลในมิติอื่นที่มีความเป็นภววิสัย เช่น การทดสอบความรู้ด้วยแบบวัดมาตรฐานร่วมด้วย 3) การศึกษาเชิงปริมาณเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล 3 ระดับในเขตสุขภาพเดียว โดยเก็บระดับละหนึ่งโรงพยาบาล และคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความเฉพาะเจาะจงคือ เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการป่วยโดยเฉลี่ยมานานหลายปี ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองที่แตกต่างจากกลุ่มประชาชนทั่วไป จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของกลุ่มประชาชนทั่วไปได้ ดังนั้น จึงควรเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่ศึกษาและเพิ่มการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปในการวิจัยครั้งหน้า 4) ข้อมูลที่ได้เป็นการนำเสนอภาพรวมด้วยข้อมูลเชิงปริมาณที่ไม่ได้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับโรงพยาบาลด้วยการทดสอบทางสถิติ จึงควรพิจารณาทดสอบในครั้งหน้า หากมีกลุ่มตัวอย่างที่มากเพียงพอ 5) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้เป็นข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทั่วไปเป็นส่วนมาก มี อสม.และอดีตผู้นำชุมชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในโครงการเพียง 2 คน ดังนั้นจึงควรเพิ่มจำนวน

กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณลักษณะที่หลากหลายและเป็นผู้เกี่ยวข้องโดยตรงในโครงการให้มากขึ้น และ 6) เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพราะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การศึกษานี้สัมภาษณ์เฉพาะผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น ดังนั้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

สรุป

งานวิจัยนี้เป็นหนึ่งในงานวิจัยภายในประเทศจำนวนไม่มากนักที่ประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาสมเหตุผล ภายใต้แบบจำลองชิปปี้ โดยมีการประเมินผลในโรงพยาบาล 3 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าโดยภาพรวมทุกมิติของการประเมินมีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.69 ถึง 4.01 จากคะแนนเต็ม 5) รวมถึงการพบความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงระหว่างผลการประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ กับผลผลิตที่เกิดจากการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญขององค์ประกอบต่าง ๆ ของแผนพัฒนา ที่ต้องได้รับการสนับสนุนและปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมของการดำเนินงานต่อไป โดยเฉพาะด้านบริบทในประเด็นการให้ความรู้สาธารณะ การควบคุมและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยา ด้านปัจจัยนำเข้าในประเด็นความฉลาดทางสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย/ประชาชน และสถานบริการภาครัฐที่ตอบสนองความต้องการ ด้านกระบวนการในประเด็นการมีผู้นำ เครือข่ายทำงานในพื้นที่ และชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อให้เกิดผลผลิตที่ต้องการคือการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ภาวะบุคคลและชุมชนใช้ยาสมเหตุผล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนการวิจัยและนวัตกรรม จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.): NRCT5-RGJ63020-164 โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปจ.) รุ่นที่ 22 ปี 2563 ทั้งนี้ ผู้วิจัยขอ

แสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อ นพ.สุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี/ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 หัวหน้ากลุ่มงานและเภสัชกรผู้ประสานงาน RDU จากโรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาลยโสธร และโรงพยาบาลปทุมราชวงศา ตลอดจนขอขอบคุณผู้ป่วยจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ที่กรุณาให้ความเห็นอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Chankunapas P, Bunyarit P, Srisuphan W, Luengruangrong P, Prapaso N. The development of health service system (Service Plan: Rational Drug Use). Nonthaburi: Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2016.
2. The Committee of Thailand Drug System 2020 of Health Systems Research Institute. Thai drug system. Bangkok: Thanaaroonkarnpim; 2020.
3. Chayakul C, Leelaudomlapi S, Punnuput P, Puchakan P, Puripanyawanich N, Wananukul W, et al. Research project in development of rational drug use hospital. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2017.
4. Puthasri W, Tangcharoensathien V. Driving hospitals to the rational drug hospital program: Thailand hospital for cost-effectiveness, safety, and avoidance of redundancy. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2017.
5. Duangchan P, Puntong S, Sumpradit N. Effects of campaigns using change agent team and mass media to promote concept of and new social norm towards antibiotic smart use. Journal of Health Systems Research. 2017; 11: 481-99.
6. Puntong S, Duangchan P, Anuwong K, Sumpradit N. Lessons Learnt from scaling up to sustainability of antibiotics smart use (ASU). Journal of Health Systems Research. 2017; 11: 500-15.
7. Regional Office for South East Asia. Medicines in health care delivery: Thailand situational analysis: 23 November-4 December 2015. New Delhi: World Health Organization; 2016.
8. Nimdet K, Limranangkura J, Sampradit S. Rationale drug use policy: success or failure? Journal of Health Science, Thaksin University. 2019; 1: 1-7.
9. Rattanachotphanit T, Waleekhachonloet O. Effect of a rational drug use policy on the prescribing safety in outpatient settings in Thailand. Int J Pharm Pract. 2020; 28: 608-16.
10. Research Working Group for Promoting the Rational Drug Use Hospital Program of Health Systems Research Institute. Knowledge management: pathway to the rational drug use hospital. Bangkok: October printing; 2018.
11. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Soontornpas C, Limwattananon C, Waleekhachonloet O, Rattanachotphanit T, et al. Effects from the Rational Drug Use Hospital policy on prescribing behaviours and patient outcomes. Nonthaburi: International Health Policy Program Foundation; 2020.
12. Waleekhachonloet O, Rattanachotphanit T, Limwattananon C, Thammatacharee N, Limwattananon S. Effects of a national policy advocating rational drug use on decreases in outpatient antibiotic prescribing rates in Thailand. Pharm Pract (Granada). 2021;19: 2201. doi:10.18549/PharmPract.2021.1.2201.
13. Stufflebeam DL, Zhang G. The CIPP evaluation model how to evaluate for improvement and accountability. New York: The Guilford Press; 2017.
14. Toosi M, Modarres M, Amini M, Geranmayeh M. Context, input, process, and product evaluation model in medical education: a systematic review. J Educ Health Promot. 2021; 10: 199. doi: 10.4103/jehp.jehp_1115_20.
15. Zhang G, Zeller N, Griffith R, Metcalf D, Williams J, Shea C, et al. Using the context, input, process, and product evaluation model (CIPP) as a comprehensive framework to guide the planning, implementation, and assessment of service-learning programs. J High Educ Outreach Engagem. 2011; 15: 57-84.

16. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin University Journal* 2013; 16: 9-18.
17. Kaewmuan S. The assessment of the "universal coverage of health insurance scheme" in Phuket province. *Phuket Rajabhat University Academic Journal*. 2006; 2: 169-88.
18. Vasileiou K, Barnett J, Thorpe S, Young T. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Med Res Methodol* 2018; 18: 148. doi: 10.1186/s12874-018-0594-7.
19. Pattanasombutsook M. Research reports and proper use of social science research instruments in publishing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021; 8: 189-204.
20. Chetley A, Hardon A, Hodgkin C, Haaland A, Fresle D. How to investigate the use of medicines by consumers (WHO/PSM/PAR/2007. 2) . Geneva: World Health Organization; 2007.
21. Hardon A, Hodgkin C, Fresle D. How to investigate the use of medicines by consumers (WHO/EDM/PAR/2004.2). Switzerland: World Health Organization and University of Amsterdam; 2004.
22. Holloway KA, Ivanovska V, Manikandan S, Jayanthi M, Mohan A, Forte G, et al. Identifying the most effective essential medicines policies for quality use of medicines: A replicability study using three World Health Organisation data-sets. *PLoS One*. 2020; 15: e0228201. doi: 10.1371/journal.pone.0228201.
23. Buosonte R. CIPP and CIPPIEST evaluation models : Mistaken and precise concepts of applications. *Silpakorn Educational Research Journal*. 2013; 5: 7-24.
24. Pommapun B. Techniques for data interpreting for using correlation and regression in research. *STOU Education Journal*. 2018; 11: 32-45.
25. Sommanustweechai A, Chanvatik S, Sermsinsiri V, Sivilaikul S, Patcharanarumol W, Yeung S, et al. Antibiotic distribution channels in Thailand: results of key-informant interviews, reviews of drug regulations and database searches. *Bull World Health Organ*. 2018; 96: 101-9.
26. Sumpradit N, Chongtrakul P, Anuwong K, Pumtong S, Kongsomboon K, Butdeemee P, et al. Antibiotics Smart Use: a workable model for promoting the rational use of medicines in Thailand. *Bull World Health Organ*. 2012; 90: 905-13.
27. Sumpradit N, Hunnangkul S, Prakongsai P, Thamli kitkul V. Distribution and utilization of antibiotics in health promoting hospitals, private medical clinics and pharmacies in Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 2013; 7: 268-80.
28. Holloway KA, Kotwani A, Batmanabane G, Puri M, Tisocki K. Antibiotic use in South East Asia and policies to promote appropriate use: reports from country situational analyses. *BMJ*. 2017; 358: 9-13.
29. Chantarasongsuk IJ, Urwannachotima N, Teekasap P. System dynamics analysis of factors affect rational antibiotic use behavior in public sector provincial level model: a case study of Nakhon Nayok province. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2019.
30. World Health Organization. The role of education in the rational use of medicines. India: WHO Regional Office for South-East Asia; 2006.
31. World Health Organization. Promoting rational use of medicines. India: WHO Regional Office for South-East Asia; 2011.
32. Suwanprom P, Chowwanapoonpohn H, Suttachit S, Awiphan R, Wienthong P, Ruanpaeng T. Mechanisms and management factors for rational drug use by civil sector. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2012.
33. Wattanapisit A, Saengow U. Patients'perspectives regarding hospital visits in the universal health coverage system of Thailand: a qualitative study. *Asia Pac Fam Med*. 2018; 17: 9. doi.org/10.1186/s12930-018-0046-x.

34. Celik E, Sencan MN, Clark MP. Factors affecting rational drug use (RDU), compliance and wastage. *Turk J Pharm Sci.* 2013; 10: 151-69.
35. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Thailand regional health profile 2012 – 2017. Bangkok: Chinakorn Printing; 2018.
36. Thai Health Project Working Group, Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai health report 2017. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research; 2017.
37. Sawangdee K, Chaichuen W, Decha N. Manpower reform and health services mission of the Ministry of Public Health. Nonthaburi: Human Resource Management Division, Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health; 2019.
38. Sunpuwan M, Punpuing S, Jaruruengpaisan W, Kinsman J, Wertheim H. What is in the drug packet?: access and use of non-prescribed poly-pharmaceutical packs (Yaa Chud) in the community in Thailand. *BMC Public Health.* 2019; 19: 971. doi: 10.1186/s12889-019-7300-5.
39. Jampasa N. Understanding and satisfaction in drug labeling according to rational drug use hospital project of non communicable disease patients. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences.* 2017;13: 724-34.
40. Laopaiboonkun S, Chuaikan W, Niloh N, Taluengjit N, Meesin N, Phetdee N. Knowledge on the information appeared on medication labels among clients of the outpatient pharmacy services of Thasala hospital, Nakhon Si Thammarat province. *Thai Journal of Pharmacy Practice.* 2022; 14: 724-34.
41. Sun R, Yao T, Zhou X, Harbarth S, Lin L. Non-biomedical factors affecting antibiotic use in the community: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2022; 28: 345-54.
42. Vennedey V, Hower KI, Hillen H, Ansmann L, Kuntz L, Stock S. Patients'perspectives of facilitators and barriers to patient-centred care: insights from qualitative patient interviews. *BMJ Open.* 2020;10: e033449. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033449.
43. Vazquez-Cancela O, Souto-Lopez L, Vazquez-Lago JM, Lopez A, Figueiras A. Factors determining antibiotic use in the general population: A qualitative study in Spain. *PLoS One.* 2021; 16: e0246506. doi: 10.1371/journal.pone.0246506.
44. Booddawong B, Yoongthong W. Community empowerment in the management of the problems on inappropriate drugs and health products: case study of Nonkhun district, Sisaket province. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2016; 8: 331-43.
45. Angkanavisul T, Musikachai P. Lessons learned from the project on drug safety management within community by engaging the network of partners in Phra Nakhon Si Ayutthaya during 2015-2017. *Thai Journal of Pharmacy Practice.* 2018; 10: 142-60.
46. Boonyoung U. Evaluation of and lessons learnt from Community Drug Safety Campaign in Phitsanulok during the fiscal year 2017. *Thai Journal of Pharmacy Practice.* 2020; 12: 591-600.
47. Thomudtha P, Thomudtha A. Development of a collaborative model to promote rational use of medication in community by public participation in Mahasarakham urban community. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences.* 2021; 16: 123-39.
48. Atchara M, Somsak A. Development of a collaborative model to promote rational use of medication in community by public participation in Mahasarakham urban community. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2022; 14: 70-85.
49. Janjaree D, Rattanaporn K, Hathairat P, Nattaporn S. The situation of drug distribution in the grocery store, Pathumratchawongsa District Amnatcharoen Province. *Journal of Health Consumer Protection.* 2021; 1: 37-44.
50. Tangcharoensathien V, Chanvatik S, Kosiyaporn H, Kirivan S, Kaewhankhaeng W, Thunyahan A, et al. Population knowledge and awareness of antibiotic use and antimicrobial resistance: results from

- national household survey 2019 and changes from 2017. *BMC Public Health*. 2021; 21: 2188. doi.org/10.1186/s12889-021-12237-y.
51. Asawutmongkul U, Prasertchai A, Baromtanarat C. An evaluation on health products consumer protection project in sub-district health promoting hospital Pathum Thani province. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2017; 34: 124-34.
52. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors-an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2019; 8: 112. doi: 10.1186/s13643-019-1014-8.
53. Chauke GD, Nakwafila O, Chibi B, Sartorius B, Mashamba-Thompson T. Factors influencing poor medication adherence amongst patients with chronic disease in low-and-middle-income countries: A systematic scoping review. *Heliyon*. 2022; 8: e09716. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09716.
54. Wong LP, Alias H, Husin SA, Ali ZB, Sim B, Ponnampalavanar SSL. Factors influencing inappropriate use of antibiotics: Findings from a nationwide survey of the general public in Malaysia. *PLoS One*. 2021; 16: e0258698. doi: 10.1371/journal.pone.0258698.
55. Frieden TR. The future of public health. *N Engl J Med* 2015; 373: 1748-54.
56. Hasuwankit S. Experience in managing a network of contracted primary care units in urban areas. Nonthaburi: Institute of Community base Health Care Research and Development; 2007.
57. Sanguanprasit B, Preechasathien N, Boonklai K, Sangrasamee A. Accessibility enhancing urban primary care service systems: systematic review and narrative synthesis. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20: 166-74.
58. Panichkriangkrai W, Mungaomklang A, Sommanust weechai A, Wanwong Y, Patcharanarumol W, Tang charoensathien V. Primary care services in urban area: case study of Nakhon Ratchasima and Buriram provinces. *Journal of Health Systems Research*. 2017; 11: 221-37.
59. Pagaiya N, Khaonuan B, Phanthunane P, Bamrung A, Jirawattanapisal T. Human resources for health projections for primary health care services in Thailand 2026. *Journal of Health Systems Research*. 2018; 12: 190-204.
60. Rattanamanee N, Phasunon P. Response rate in quantitative research. *Journal of Humanities Social Sciences Thonburi University*. 2019; 13: 181-8.