



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วย
โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด

นครปฐม

โดย

นางสาวกนกวรรณ ตุ่มสังข์ทอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการ
รักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรค
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

FACTORS RELATED TO THE ANTIBIOTIC SEEKING BEHAVIOR OF PATIENTS
AFTER ACUTE UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION AND ACUTE
BRONCHITIS OR ACUTE DIARRHEA AND NOT RECEIVING ANTIBIOTICS FROM
THE SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN THE DISTRICT. NAKHON
PATHOM



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for Master of Pharmacy (CONSUMER PROTECTION IN PUBLIC HEALTH)

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2019

Copyright of Graduate School, Silpakorn University

หัวข้อ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้
มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ
ช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วง
เฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
โดย กนกวรรณ ตุ่มสังข์ทอง
สาขาวิชา การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แผนก ก แบบ ก 2 ระดับ
ปริญญาโท
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร. กานุพัฒน์ พุ่มพุกักษ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรเกสัชศาสตรมหาบัณฑิต

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ นันทานิช)

พิจารณาเห็นชอบโดยประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.กานุพัฒน์ พุ่มพุกักษ์)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.น้ำฝน ศรีบัณฑิต)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกามาศ ไมตรีมิตร)

58352301 : การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญาโท

คำสำคัญ : การแสวงหา, ยาปฏิชีวนะ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นางสาว กนกวรรณ ตุ่มสังข์ทอง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ดร. ภาณุวัฒน์ พุ่มพุกษ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการที่ไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์กับผู้มารับบริการจำนวน 437 ราย ระหว่างเดือนเมษายน ถึง ตุลาคม 2562

ผลการศึกษา พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตเกี่ยวกับเชื้อและยาปฏิชีวนะ ดังนี้ ความหมายของเชื้อ คือ สิ่งมีชีวิตที่ก่อเกิดโรค ร้อยละ 29.52, เชื้อมีรูปร่างที่มองไม่เห็น ร้อยละ 59.04, เชื้อดื้อยาหมายถึงการทานยาเดิมไม่หาย ร้อยละ 33.41, เมื่อไม่มียาปฏิชีวนะใช้รักษาจะมีผลกระทบต่อตนเองและเลิกไปพบแพทย์ ร้อยละ 43.48 ส่วนการรับรู้เรื่องเชื้อและยาปฏิชีวนะได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 16.96 และ ร้อยละ 25.03 ตามลำดับ พฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะหลังการรักษาจาก รพ.สต.ที่ไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ พบว่า มีผู้รับบริการแสวงหา 36 ราย (ร้อยละ 8.24) ส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะจากคลินิกเอกชน ร้อยละ 44.44 โดย เพศ ระดับการศึกษา ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่ผู้มารับบริการมีวิถีชีวิตต่อเชื้อทางด้านลบคือก่อให้เกิดโรค เชื้อกลายเป็น "ภัยคุกคามต่อสุขภาพ" ส่วนยาปฏิชีวนะเหมือนสิ่งมหัศจรรย์เข้าไปกำจัดเชื้อ ดังนั้นพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะจึงเป็นเรื่องของผู้รับบริการจึงมีความสมเหตุสมผลตามระบบคิดดังกล่าวซึ่งนโยบายการจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผลจึงควรพิจารณาถึงมุมมองในหลายมิติ

58352301 : Major (CONSUMER PROTECTION IN PUBLIC HEALTH)

Keyword : SEEKING, ANTIBIOTIC, SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL

MISS KANOKWAN TUMSUNGTONG : FACTORS RELATED TO THE ANTIBIOTIC SEEKING BEHAVIOR OF PATIENTS AFTER ACUTE UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION AND ACUTE BRONCHITIS OR ACUTE DIARRHEA AND NOT RECEIVING ANTIBIOTICS FROM THE SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN THE DISTRICT. NAKHON PATHOM THESIS ADVISOR : PANOOPAT POOMPRUEK, Ph.D.

The objective of this study is to find factors related to the antibiotic seeking behavior of patients and not receiving antibiotics from the Sub-district Health Promoting Hospital in the Mueang District. Nakhon Pathom. The Data was collected from 437 patients between April to October 2019. Structured interviewing guideline was applied to telephone interview individual for data collection.

The results showed that 437 patients there were 321(73.23%) female. Their perspective on microbe and antibiotic, 29.52% viewed microbe as the pathogenic microorganism and 59.04% patients saw that was invisible. For the antimicrobial resistance, original drug is not recovered 33.41%. While 77.57% patients gave meaning of antibiotics was germ killer and the problem could be solved by seeing a doctor 43.48%. 16.96% and 25.03% patients obtained Infection and antibiotic use information from public health officials. For the antibiotic seeking behavior, 36 (8.24%) patients sought antibiotic by themselves when they did not receive form the treatment at sub-district health promoting hospital and most of them (16 patients) got form the private medical clinic. The Data showed that there were relations among gender, education, antibiotic benefits and the antibiotic seeking behavior (P-value <0.05). This research concluded that microbe and Infection have become "Threat to health" as for antibiotics is like a magical bullet to fights against an enemy. Therefore, the behavior of seeking antibiotics from clients' perspective is reasonable. The rational drug use policy should concern a multi-dimensional perspective.



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ เนื่องด้วยผู้วิจัยได้รับความกรุณา ดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ เกสัชกร ดร.ภานุพัฒน์ พุ่มพฤษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางการแก้ไขและตรวจสอบความถูกต้อง

ขอขอบพระคุณ เกสัชกร ดร.ภานุพัฒน์ พุ่มพฤษ์ เกสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์ เกสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พภามาศ ไหมตรีมิตร และเกสัชกรหญิง ดร.น้ำฝน ศรีบัณฑิต ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำแก้ไขให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชนทุกท่าน ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่สละเวลาช่วยเหลือ สนับสนุน และให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา เพื่อนร่วมงานที่เป็นกำลังใจช่วยเหลือให้การสนับสนุนผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา และผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้มีพระคุณอีกหลายท่านที่มีได้กล่าวไว้ในที่นี้ที่ช่วยให้การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ในที่สุด

กนกวรรณ ตุ่มสังข์ทอง



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
2. วัตถุประสงค์.....	5
3. ประโยชน์ที่ได้รับ.....	6
4. กรอบแนวคิดในงานวิจัย.....	6
5. ขอบเขตการวิจัย.....	7
6. นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2.....	8
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
1. แนวคิดและทฤษฎีการตัดสินใจเลือกซื้อของผู้บริโภค (Theory of Decision).....	8
2. แนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ.....	9
3. แนวคิดเรื่องยาปฏิชีวนะ.....	18
4. นโยบายการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อใช้อย่างสมเหตุสมผล (Service plan : Rational Drug Use) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....	19

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ	24
บทที่ 3	27
วิธีดำเนินการศึกษา	27
1. รูปแบบการวิจัย.....	27
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
3. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ	33
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
5. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
6. การรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน	37
บทที่ 4	38
ผลการศึกษา	38
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	38
ส่วนที่ 2 การประเมินผลการรักษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ระดับความเจ็บป่วยหลัง ตัดสินใจแสวงหาการรักษาและวิธีคิดเกี่ยวกับเชื่อและยาปฏิชีวนะ	42
ส่วนที่ 3 สื่อและเนื้อหาที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเชื่อและการใช้ยาปฏิชีวนะ การเข้าถึงสถานบริการ สุขภาพ การได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ลักษณะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....	47
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	51
ส่วนที่ 5 การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป วิธีคิดเกี่ยวกับเชื่อและยาปฏิชีวนะ ระดับความ เจ็บป่วยหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา กับพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับ บริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล.....	53
บทที่ 5	58

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	58
1. สรุปผลการวิจัย.....	58
2. อภิปรายผลการศึกษา.....	60
3. ข้อเสนอแนะ	64
รายการอ้างอิง	67
ประวัติผู้เขียน.....	74



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	21
ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2560	28
ตารางที่ 3 จำนวนครั้งผู้มารับบริการการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2560	30
ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มพื้นที่ตั้ง	32
ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=437)	39
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้ ...	41
ตารางที่ 7 แสดงการประเมินผลการรักษาโดยผู้รับบริการจาก รพ.สต. (n=437).....	42
ตารางที่ 8 แสดงวิธีคิดเกี่ยวกับระดับความเจ็บป่วยหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา (n=36)	42
ตารางที่ 9 แสดงวิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อ (n=437).....	43
ตารางที่ 10 แสดงวิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา (n=437).....	44
ตารางที่ 11 แสดงวิธีคิดเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ (n=437).....	45
ตารางที่ 12 แสดงสื่อและเนื้อหาที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะ (n=437).....	47
ตารางที่ 13 แสดงการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ (n=437).....	49
ตารางที่ 14 แสดงการได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (n=437)	50
ตารางที่ 15 แสดงลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้บริการ (n=437)	50
ตารางที่ 16 แสดงพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วย โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=36).....	51
ตารางที่ 17 แสดงการสรุปความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ	54

- ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป วิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อและยาปฏิชีวนะ ระดับความเจ็บป่วยหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา กับพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มาใช้บริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 55
- ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของ รพ.สต. (กิ่งเมืองกิ่งชนบท/ชนบท) กับพฤติกรรมเลือกช่องทางของการได้รับยาปฏิชีวนะ ($n = 36$) 57



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย	6
ภาพที่ 2 กระบวนการตัดสินใจซื้อสินค้าและบริการอยู่ 5 ชั้น	8
ภาพที่ 3 แบบจำลอง “กระบวนการแสวงหาการรักษา” ของคริสแมน.....	11



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) หมายถึง ยาที่ผลิตมาจากสิ่งมีชีวิต เพื่อใช้รักษาโรคติดเชื้อ ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยตามคุณสมบัติของยาในการกำจัดเชื้อแต่ละชนิด เช่น ยาต้านเชื้อแบคทีเรีย [1] ซึ่งเมื่อประมาณกว่า 70 ปีก่อน ในครั้งนั้นได้ค้นพบยาปฏิชีวนะเป็นครั้งแรก แล้วได้กล่าวว่าเป็นยาปาฏิหาริย์ เนื่องจากช่วยชีวิตมนุษย์จากการติดเชื้อแบคทีเรียจำนวนมาก แต่ในทางกลับกันปาฏิหาริย์ได้ลดลงอย่างมาก เมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากยาปฏิชีวนะมีผลการออกฤทธิ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบหรืออวัยวะในร่างกายค่อนข้างกว้าง จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ นอกจากนี้ส่งผลทำให้เชื้อโรคมักปรับตัวเพื่อความอยู่รอด จึงอาจเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาลดลง รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ซึ่งการติดเชื้อดื้อยาส่งผลให้ยาปฏิชีวนะตัวเก่าที่เคยใช้กลับใช้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อต้องเปลี่ยนใช้ยาตัวใหม่ซึ่งมีราคาแพงมาก เนื่องจากเชื้อดื้อยาบางชนิดไม่มียารักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่ได้ผลดี จึงทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ใช้เวลารักษานานขึ้นและมีโอกาสเสียชีวิตสูง ผลเสียต่อไปเชื้อชนิดนี้อาจแพร่ไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นและเกิดการระบาดในชุมชน [2] ซึ่งอาจกลายเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลกต่อไป [3]

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use)” ไว้คือ “ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพโดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” แต่สถานการณ์การบริโภคยาปฏิชีวนะระดับโลก กลับพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่สมเหตุผล [4] รวมทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาพบปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะถือว่าเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเป็นภัยคุกคาม โดยพบว่ามีผู้ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมากกว่า 2 ล้านคนต่อปี ประมาณ 250,000 คน ในแต่ละปีต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลและมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 23,000 คน และปัญหาเชื้อดื้อยาก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปีละ 350 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ องค์การอนามัยโลกจึงได้เรียกร้องให้ประเทศต่างๆทั่วโลกให้รณรงค์เรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลและดำเนินการควบคุมและเฝ้าระวังการดื้อยา [5] แต่พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของประเทศทั่วโลกไม่สามารถส่งเสริมนโยบายในการใช้ยาปฏิชีวนะให้มีความเหมาะสมได้ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามีน้อยกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยในระบบสุขภาพของรัฐบาลและภาคเอกชนที่ให้การรักษามาตามแนวทางปฏิบัติทางการรักษา [6] ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและเป็นภัยร้ายต่อหลายประเทศ แต่หากมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผลแล้ว (Rational Drug Use: RDU) จะสามารถลดค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านยาได้ถึงร้อยละ 10-20 ต่อปี [7]

สถานการณ์การบริโภคยาปฏิชีวนะในประเทศไทย พบว่า มีการผลิตและนำเข้ากลุ่มยาฆ่าเชื้อ รวมถึงยาปฏิชีวนะ สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของการผลิตและนำเข้ายาทั้งหมด โดยในปี 2552 การผลิตและนำเข้ายาปฏิชีวนะมีมูลค่ารวมประมาณ 23,000 ล้านบาท [8] ซึ่งพบว่าการบริโภคยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นส่งผลให้คนไทยมีผู้ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะปีละมากกว่า 1 แสนคน ในปี 2553 มีผู้ป่วยติดเชื้อชนิดดื้อยาปฏิชีวนะ 5 ชนิด เสียชีวิต 38,481 ราย มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะปีละกว่า 10,000 ล้านบาท มูลค่าสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรปีละกว่า 40,000 ล้านบาท [3] รวมทั้งมีการรายงานพบว่า ในต่างจังหวัดพบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล ร้อยละ 40-60 ส่วนในกรุงเทพมหานคร พบ ร้อยละ 70-80 และยังพบว่าอัตราเชื้อดื้อยาของประเทศไทยเพิ่มสูงถึงร้อยละ 25-50 อัตราการเกิดเชื้อดื้อยามีความสัมพันธ์ต่อการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ [9] รวมทั้งการบริโภคยาปฏิชีวนะในปริมาณที่สูงเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์ต่อการดื้อยา โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากบริษัทยา ผู้ส่งจ่ายยา ผู้บริโภค ระบบสุขภาพ อุตสาหกรรมปศุสัตว์และประมง รวมทั้งการเดินทางที่สะดวกรวดเร็ว ทำให้เชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายไปทั่วโลก [10]

จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคระบบทางเดินหายใจช่วงบน มีอัตราป่วยในระดับสูง [11] รวมทั้งโรคท้องเสียเฉียบพลันเป็นโรคที่พบบ่อยในชุมชนเช่นกัน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น โรคภูมิแพ้ ซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับยาต้านเชื้อแบคทีเรีย สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ [12] พบว่าผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจช่วงบน จะไปรับบริการที่ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล มีผู้ป่วยเกิดอาการจากแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 10 แต่พบว่าการได้รับยาปฏิชีวนะสูงกว่าร้อยละ 80 [13] ผลงานวิจัยโรงพยาบาลศิริราช พบว่าในการติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงบนมีเพียงร้อยละ 7.9 เท่านั้น ที่ควรได้รับยาต้านเชื้อแบคทีเรีย [11] ส่วนโรคท้องเสียเฉียบพลันพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 จะหายได้เองภายใน 3-4 วัน โดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งกรมควบคุมโรคในปี 2550 ได้รับรายงานมีผู้ป่วยโรคท้องเสียเฉียบพลันจากสถานพยาบาลต่างๆรวมทั้งสิ้น 1,433,230 ราย มีร้อยละ 1.3 เท่านั้นที่เกิดจากโรคบิดและควรที่จะได้รับยาปฏิชีวนะ [14] สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะมากเกินความจำเป็นในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจและอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อาจเกิดจากผู้ส่งจ่ายยาและผู้ป่วย ซึ่งด้านผู้ส่งจ่ายยาอาจมีความรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์คลาดเคลื่อน, การรับรู้ของแพทย์ต่อความต้องการยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่เกินกว่าความเป็นจริง, เลือกจ่ายยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อหลายชนิด [10] มีการรายงานการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล 88 แห่งทั่วประเทศ ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงบน (เช่น หวัดเจ็บคอ) โรคท้องเสียเฉียบพลันและแผลเลือดออก พบว่า การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ในผู้ป่วยหวัดเจ็บคอกระจายอยู่ในช่วงร้อยละ 20-80 โดยที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่สั่งใช้ร้อยละ 40-60 ส่วนในด้านการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยท้องเสียไม่ติดเชื่อนั้นโรงพยาบาลส่วนใหญ่สั่งใช้มากกว่าร้อยละ 50 [15] ส่วนด้านผู้ป่วย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติและความเชื่อคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมหรือพร่ำเพรื่อเกินความจำเป็น ได้แก่ การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ไม่ถูกสถานการณ์ที่ควรจะเป็น การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น [12, 16] ซึ่งเมื่อมีความเจ็บป่วยจะใช้ยาปฏิชีวนะทุกครั้ง ประชาชนบางกลุ่มสามารถซื้อยามาใช้เองหรือจากคำแนะนำจากญาติหรือคนใกล้ชิด

รวมทั้งจากการโฆษณา ซึ่งไม่ผ่านบุคลากรทางการแพทย์โดยซื้อยาจากร้านขายยาหรือร้านค้าปลีก เป็นต้น [17] โดยเฉพาะการรักษาในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงบนและโรคท้องเสียเฉียบพลัน

ขณะนี้ประเทศไทยมีปัญหาเช่นเดียวกับปัญหาในระดับโลก เรื่องการใช้ยาไม่สมเหตุสมผล ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการดื้อยา ดังนั้นหน่วยงานต่างๆได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงมีมาตรการเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับโลก ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ในระดับโลก มีการจัดประชุมสมัชชาอนามัยโลก เพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่เป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพของคนและสัตว์ รวมถึงในประเทศสหรัฐอเมริกาได้เร่งแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ โดยนำเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เข้าในวาระความมั่นคงทางสุขภาพของโลก ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร่วมกับประเทศสมาชิกทั้ง 11 ประเทศ รวมถึงประเทศไทย มีการดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์ระดับภูมิภาค เพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และในส่วนระดับประเทศไทยได้มีการจัดการปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย แบ่งการทำงานเป็น 3 ระดับ คือ ระดับนโยบายและกฎหมาย ระดับปฏิบัติการในส่วนกลางและระดับปฏิบัติการในส่วนภูมิภาคและพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและสำนักงานปศุสัตว์จังหวัด เป็นต้น [8] ซึ่งมีหลายหน่วยงานเกิดความตระหนักถึงปัญหาจึงได้มีนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อดำเนินการจัดการและควบคุมเชื้อดื้อยา รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาค่าการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล เพื่อเป็นการคุ้มครองให้ประชาชนได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ จึงได้กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 เรื่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ แล้วให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาที่ 15 คือ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU : Rational Drug Use) โดยจะครอบคลุมสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจนถึงระดับปฐมภูมิ ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อให้สถานพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสะท้อนถึงคุณภาพของการให้บริการ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ [13] ถึงแม้จะเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) แต่เป็นหน่วยงานทางภาครัฐที่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยง่าย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล จึงตั้งตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU : Rational Drug Use) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิมี่ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 [13] เนื่องจากทั้ง 2 โรคนี้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะแต่ยังพบว่ายังคงมีการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่

จากรายงานระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557-2560 พบว่า มียาปฏิชีวนะ 9 ชนิด ร้อยละเฉลี่ยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบ

เฉียบพลัน ร้อยละเฉลี่ยที่มากที่สุด คือ เขตบริการสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 49.90 เมื่อศึกษาข้อมูลเขตบริการสุขภาพที่ 5 จ.นครปฐม พบการใช้ ร้อยละ 57.00 ร้อยละเฉลี่ยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน (เครือข่ายบริการสุขภาพ 31 แห่ง) พ.ศ. 2557-2560 พบว่า 70.13, 67.87, 66.08 และ 52.68 ตามลำดับ ในส่วนของร้อยละเฉลี่ยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระดับประเทศ พ.ศ. 2557-2560 พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 73.23 เมื่อศึกษาข้อมูลเขตบริการสุขภาพที่ 5 จ.นครปฐม พบการใช้ ร้อยละ 70.39 เมื่อศึกษาข้อมูลจังหวัดนครปฐม ร้อยละเฉลี่ยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พ.ศ. 2557-2560 พบว่า 77.81, 71.84, 68.59 และ 52.36 ตามลำดับ แต่ในปีงบประมาณ 2560 พบว่า มีเพียง 3 แห่งที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 [18] ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย แม้มีแนวโน้มที่ลดลงต่อเนื่อง

จากสภาพปัญหาที่มีการใช้ยารักษาตนเองอย่างเสรี เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ จึงนำไปสู่พฤติกรรมแสวงหายาเพื่อรักษาตนเอง (Self-medication) จากบทความเรื่องอุปนิสัยการใช้ยาในคนไทย ระบุว่า อุปนิสัยในการใช้ยาเองในคนไทย เกิดจากการตัดสินใจรักษาตนเอง โดยอาศัยคำแนะนำจากญาติ เพื่อน หรือโฆษณา ส่งผลให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะในกรณีที่มีอาการโรกระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาโดยไม่จำเป็นหรือมีการใช้ยาไม่ครบขนาด ซึ่งก่อให้เกิดการดื้อยาผู้ป่วย [19] นอกจากนี้จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ระบุว่า เนื่องด้วยผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดเรื่องของสุขภาพ มีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรค รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของสังคม เมื่อรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเบื้องต้นจึงเลือกการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางรายจึงเลือกซื้อยาดูด้วยตนเอง และไปรับการรักษาจากแหล่งบริการสุขภาพหลายแห่ง มีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจทำให้มีการใช้ยาซ้ำซ้อนและเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาได้ [20] ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามีการศึกษาของประชาชนที่มีพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะใช้เองในชุมชน แต่ในขณะเดียวกันยังขาดการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะภายหลังจากไปใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐภายใต้นโยบายการใช้ยาสมเหตุผล โดยจำกัดการเข้าถึงยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

สถานการณ์การกระจายยาปฏิชีวนะในหน่วยบริการด้านสุขภาพระดับชุมชนมีได้หลายช่องทาง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก ร้านยา ร้านชำ กองทุนหมู่บ้าน รถเร่ แหล่งพักยาในชุมชน ขยายตรง [5, 21] เนื่องจากเป็นแหล่งให้บริการด้านสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและมีจำนวนมากที่กระจายทั่วประเทศ งานวิจัยเรื่องการกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก และร้านยา พบว่า มีการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคที่ส่วนมากไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 40-60 [5] สะท้อนถึงพฤติกรรมซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเองอย่างไม่เหมาะสม จากการวิจัยพฤติกรรมการใช้ยาในบ้านนาโคก จังหวัดเลย พ.ศ. 2557 พบว่า ประชาชนใช้ยาปฏิชีวนะเป็นยาแก้ไอเสบ รักษาอาการปวด บวม แดงร้อน

และเป็นหนอง ยาปฏิชีวนะที่ใช้ ได้แก่ tetracycline แบบแคปซูลปลดปล่อย ยาทีซิมัยซิน ยากาโน penicillin และ amoxicillin [22] โดยเลือกหาซื้อจากร้านชำ นอกจากนี้งานวิจัยสถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า แหล่งที่มาของยาที่ไม่ปลอดภัยมาจาก บุตรหลาน/เพื่อนบ้าน ร้านยา และร้านชำ ในระดับชุมชนพบ ร้านชำจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่าย ร้อยละ 67.77 พบยาที่ห้ามจำหน่ายตามกฎหมาย จำนวน 242 รายการ ส่วนใหญ่เป็นยาบรรเทาหวัด ยาปฏิชีวนะ และยาแก้ปวด ร้อยละ 29.75, 21.90 และ 18.60 ตามลำดับ แหล่งที่มาของยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำส่วนใหญ่มาจากร้านยา ร้านชำ และรถเร่ ร้อยละ 84.71, 9.09 และ 2.07 ตามลำดับ โดยแรงจูงใจที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการจำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านชำ คือ ความต้องการของคนในชุมชน ดังนั้นปัญหาที่ไม่ปลอดภัยยังคงพบมากในชุมชน ซึ่งทำให้ประชาชนเสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเสี่ยงต่ออันตรายจากความรุนแรงของโรคและปัญหาเชื้อดื้อยาได้ เนื่องจากสามารถซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเองจากแหล่งต่างๆ ซึ่งกระจายอยู่ในชุมชน [21]

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยโครงการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Rational Drug Use (RDU) ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นมาตรการควบคุมให้ใช้ยาอย่างสมเหตุผลและป้องกันการติดเชื้อมีประสิทธิภาพและแสดงถึงความสำเร็จตามเป้าหมายจากตัวชี้วัดของกระทรวง [13] ซึ่งจากแนวคิดเพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล เพื่อคาดหวังว่าจะลดปัญหาเชื้อดื้อยา โดยจำกัดหน่วยงานรัฐให้มีการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะและมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ แต่สถานการณ์การใช้ยาในชุมชนมีการกระจายยาปฏิชีวนะหลายช่องทาง โดยในความเป็นจริงประชาชนไม่ได้พึ่งพาการรักษาพยาบาลแต่เพียงหน่วยงานของรัฐ เพราะฉะนั้นการแสดงผลถึงความสำเร็จของกระทรวงสาธารณสุขอาจไม่ทำให้ปัญหาเชื้อดื้อยาลดลง เนื่องจากมีการรายงานผู้ป่วยไปแสวงหายาปฏิชีวนะ ผู้วิจัยจึงสนใจเรื่องพฤติกรรมของผู้รับบริการหลังจากการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นจุดแรกของระบบบริการสุขภาพที่สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เมื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่จ่ายยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยยังคงไปแสวงหายาปฏิชีวนะภายหลังการรักษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแหล่งบริการต่างๆ ของชุมชนหรือไม่อย่างไร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะ เนื่องจากหากประชาชนมีความเข้าใจต่อโรคและเชื้อก่อโรค ประชาชนไม่จำเป็นที่จะแสวงหายาปฏิชีวนะหลังการรักษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วง

เฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

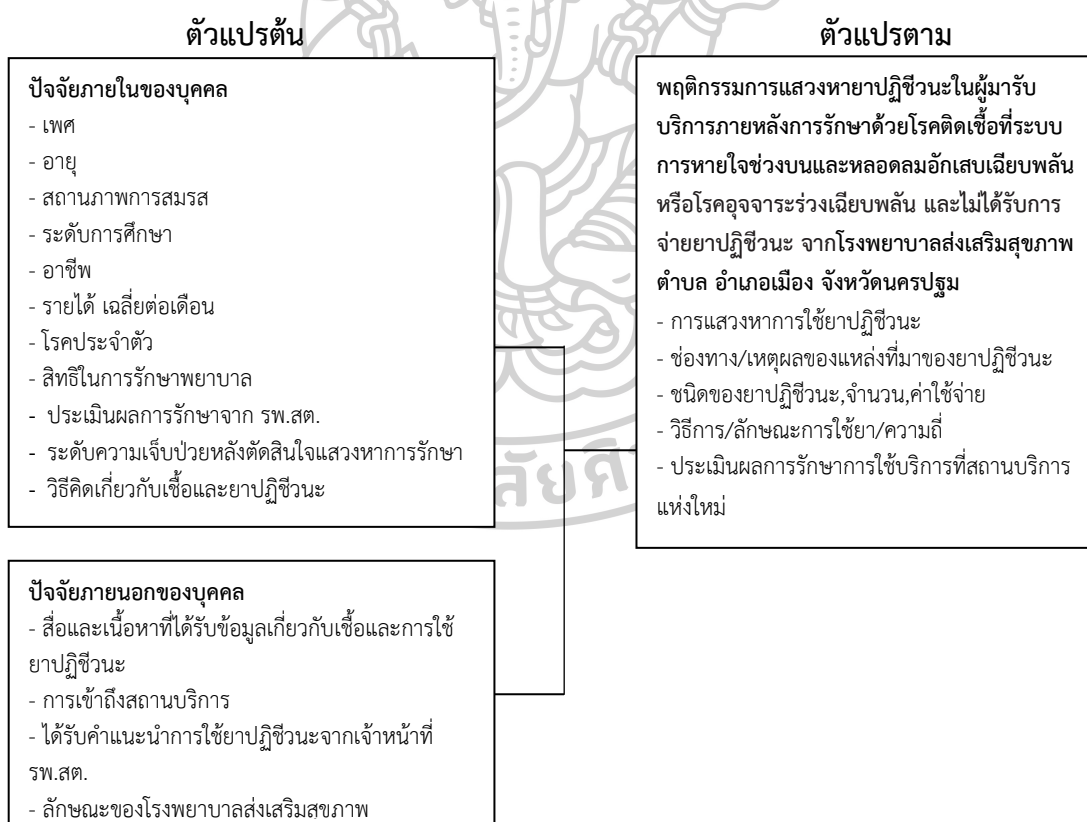
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

3. ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้แนวทางในการส่งเสริม สร้างความรู้ ความเข้าใจและแก้ไขพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้รับบริการ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนพัฒนาระบบให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในพื้นที่ต่อไปได้

4. กรอบแนวคิดในงานวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ตุลาคม 2562

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) หมายถึง ยาที่ผลิตมาจากสิ่งมีชีวิต เพื่อใช้รักษาโรคติดเชื้อ [1] การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักฐานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยาเป็นการใช้ยาในกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้ยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน และไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ [3]

โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน (Upper respiratory tract infections, URI) หมายถึง โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบการหายใจช่วงบน เริ่มตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงเนื้องอกล่องเสียง ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนมากไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น [3]

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันเกือบทั้งหมดไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา [3]

พฤติกรรมแสวงหาการใช้ยาปฏิชีวนะ หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ภายหลังจากการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของตนเองครั้งล่าสุด และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อตอบสนองต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายเมื่อบุคคลรู้ตัวว่าป่วยหรือมีอาการผิดปกติหรือมีอาการผิดปกติจากประสบการณ์ของตนเองโดยแสดงพฤติกรรมแสวงหา โดยครอบคลุมถึงประเด็น ดังนี้ การแสวงหาการใช้ยาปฏิชีวนะ ช่องทางและเหตุผลของแหล่งที่มาของยาปฏิชีวนะชนิดของยาปฏิชีวนะ จำนวนของยาปฏิชีวนะ ค่าใช้จ่ายของยาปฏิชีวนะ วิธีการการใช้ยาปฏิชีวนะ ลักษณะการใช้ยาปฏิชีวนะ ความถี่การใช้ยาปฏิชีวนะ ประเมินผลการรักษา การใช้บริการที่สถานบริการแห่งใหม่

บทที่ 2

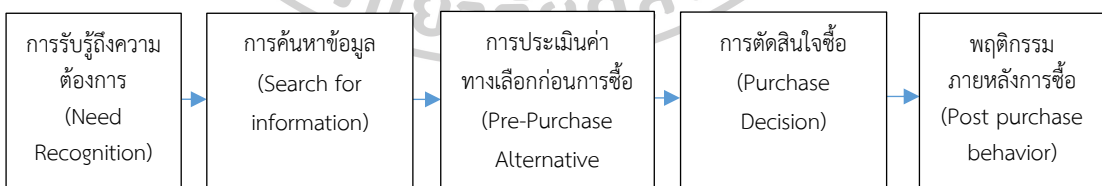
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหาการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ตามประเด็น ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีการตัดสินใจเลือกซื้อของผู้บริโภค (Theory of Decision)
2. แนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ
3. แนวคิดเรื่องยาปฏิชีวนะ
4. นโยบายการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อใช้อย่างสมเหตุสมผล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

1. แนวคิดและทฤษฎีการตัดสินใจเลือกซื้อของผู้บริโภค (Theory of Decision)

กระบวนการตัดสินใจซื้อ หมายถึง ขั้นตอนในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากสองทางเลือกขึ้นไป [23] (อ้างอิงจาก Schiffman and Kanuk Consumer Behavior 1994) พฤติกรรมของผู้บริโภคจะพิจารณาในส่วนกระบวนการตัดสินใจทั้งด้านจิตใจและด้านกายภาพ การซื้อถือเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่น่ากระบวนการตัดสินใจมาใช้ ซึ่งเกิดการซื้อและเกิดพฤติกรรมการซื้อตามบุคคลอื่น กระบวนการตัดสินใจซื้อและบริการ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน [24] (อ้างอิงจาก Kotler , 1997) ดังนี้



ภาพที่ 2 กระบวนการตัดสินใจซื้อสินค้าและบริการอยู่ 5 ขั้นตอน

1. การรับรู้ถึงความต้องการ (Need Recognition) หรือรับรู้ปัญหา (Problem Recognition) เป็นลำดับแรกของกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งจะถูกระตุ้นจาก 3 ประการ ได้แก่ ข้อมูลที่เก็บไว้ในความทรงจำ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นภายในบุคคลและทางด้านจิตใจ รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ด้านสังคมวัฒนธรรม โดยปัจจัยเหล่านี้จะพิจารณาและร่วมกำหนดความต้องการจากภายในจิตใจ

ของแต่ละบุคคล ส่งผลให้ผู้บริโภคเกิดการสนองความต้องการเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป

2. การค้นหาข้อมูล (Search for information) หรือการค้นหาข้อมูลก่อนการซื้อ (Prepurchase Search) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือข่าวสาร ซึ่งเป็นลักษณะของการแสวงหาข้อมูล เพื่อกำหนดทางเลือกในการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าหรือบริการ ซึ่งการแสวงหาข่าวสารนั้นสามารถได้จากแหล่งข้อมูลที่สำคัญ 2 แหล่ง คือ แหล่งข้อมูลภายใน (Internal Search) เป็นแหล่งข้อมูลโดยอาศัยการพิจารณาจากด้านจิตวิทยา และแหล่งข้อมูลภายนอก (External Search) เป็นข้อมูลจากแหล่งบุคคล เช่น ครอบครัว มิตรสหาย เป็นต้น แหล่งธุรกิจ เช่น ร้านค้า บริษัท พนักงานขาย เป็นต้น แหล่งข่าวทั่วไป เช่น โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น รวมทั้งจากประสบการณ์ของตนเองที่เคยได้ทดลองหรือตรวจสอบ

3. การประเมินค่าทางเลือกก่อนการซื้อ (Pre-Purchase Alternative Evaluation) ผู้บริโภคจะนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และประเมินในข้อดีและข้อเสียในทางเลือกต่างๆตามความคาดหวังที่จะได้รับให้คุ้มค่ามากที่สุด เพื่อเลือกแนวทางการตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค ในการประเมินคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ที่ต้องการซื้อ จะประกอบด้วยวัตถุประสงค์และเกณฑ์มาตรฐานของคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลิตภัณฑ์หรือการบริการ รวมทั้งผลลัพธ์จากการซื้อและการบริโภค โดยจะแสดงผลในรูปแบบความพึงพอใจหลังการใช้หรือการบริการ

4. การตัดสินใจซื้อ (Purchase Decision) หลังจากผู้บริโภคทราบถึงข้อดีและข้อเสียที่จะได้รับ การตัดสินใจเลือกซื้อนี้เป็นไปตามการประเมินคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์และบริการที่ผู้บริโภคที่เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา

5. พฤติกรรมภายหลังการซื้อ (Post purchase behavior) เป็นขั้นสุดท้ายหลังจากการซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการเรียบร้อยแล้ว ผู้บริโภคจะทำการประเมินหลังเลือกซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้น จะเกิดผลลัพธ์สองทาง คือ พึงพอใจและไม่พึงพอใจ โดยจะส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อหรือใช้บริการซ้ำ ซึ่งความไม่พอใจจะทำให้ลายความจงรักภักดีต่อตราสินค้าของผู้บริโภค

2. แนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ

พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อค้นหาวิธีการรักษาตนเอง เมื่อรู้สึกว่าคุณเองเกิดสภาวะที่ผิดปกติหรือเจ็บป่วย โดยตามธรรมชาติบุคคลจะพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบในการดูแลตนเองให้สภาวะร่างกายกลับมาปกติ ซึ่งการดูแลตนเองหรือการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองนั้นจะขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย โดยจะมีการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้หลากหลายวิธี เริ่มตั้งแต่การอยู่เฉยๆยังไม่ได้ปฏิบัติหรือกระทำได้ เพียงแต่เฝ้ารอดูอาการและรอให้อาการต่างๆทุเลาลงหรือหายไปเอง หรือสอบถามความคิดเห็นและขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ทำการดูแลรักษาด้วยตนเอง ตลอดจนค้นหาและเลือกแหล่งบริการที่เหมาะสม เพื่อเข้ารับการรักษา เช่น ไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน คลินิก ร้านยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมอพื้นบ้าน หรือ

บุคคลและสถานที่อื่นๆ และอาจเปลี่ยนแหล่งการรักษาใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้สภาวะที่ผิดปกติกลับมาปกติดังเดิม บุคคลนั้นๆจะมีกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพที่แตกต่างกันขึ้นกับการตีความและการให้ความหมายต่อสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วย โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ค่านิยม ความเชื่อดั้งเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณีของบุคคลนั้นๆ [25] ซึ่งพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพนั้นได้มีนักวิชาการเสนอแนวคิดไว้หลายท่าน ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการความเจ็บป่วยของซัสแมน [26] ซึ่งได้กล่าวถึงลำดับของการแสวงหาบริการสุขภาพและขั้นตอนการตัดสินใจในการรักษา โดยมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ เริ่มจากขั้นตอนการประสบอาการ บุคคลจะตัดสินใจถึงลักษณะอาการเจ็บป่วย โดยอาศัยจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งอาจใช้ระยะเวลาหนึ่งเพื่อสังเกตอาการของตนเอง ขั้นตอนถัดมา จะเข้าสู่การยอมรับความเจ็บป่วย และเริ่มแสวงหาเพื่อใช้ตัดสินใจไปหาแหล่งรักษาพยาบาลหรือผู้บำบัดรักษา ขั้นตอนถัดมา บุคคลจะเปลี่ยนบทบาทจากผู้ที่มีสุขภาพปกติกลายเป็นผู้ป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาให้หายจนกระทั่งผู้บำบัดรักษายอมรับว่า ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับทุกคนหรือทุกคนจะต้องมีครบทุกขั้นตอน อย่างไรก็ตามในขั้นตอนการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลหรือผู้บำบัดรักษานั้น อาจขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนตัวของบุคคล ปัจจัยด้านสถานบริการรักษา ปัจจัยจากทางสังคมและสื่อต่างๆ

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษาสุขภาพของ คริสแมน (health seeking process) [27] กล่าวว่าเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองเกิดสภาวะที่ผิดปกติหรือเจ็บป่วย จะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาสุขภาพของตนเองเป็นกระบวนการขั้นตอนต่างๆ จากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน (ภาพที่ 3) เริ่มตั้งแต่ตีความและให้ความหมายของการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยขึ้นกับความเข้าใจ ค่านิยม ความเชื่อดั้งเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่มีประสบการณ์หรือได้รับการถ่ายทอดมา รวมทั้งอาจไปปรึกษาบุคคลใกล้ชิด เพื่อขอคำรับรองอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการเจ็บป่วยจริง และควรได้รับการรักษาด้วยวิธีใด ซึ่งหากเมื่อประเมินอาการและได้รับคำรับรองว่าเป็นอาการของการเจ็บป่วย บุคคลผู้นั้นจะเปลี่ยนบทบาทสถานะจากผู้ที่มีสุขภาพปกติกลายเป็นผู้ป่วย ซึ่งในขณะนี้ผู้ป่วยบางรายอาจสามารถดำเนินชีวิตตนเองได้ตามปกติหรือบางรายอาจไม่สามารถปฏิบัติกรดำเนินชีวิตของตนเองให้ปกติในสังคมได้ ขึ้นอยู่กับอาการความรุนแรงและลักษณะแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง แล้วเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา ซึ่งการเลือกแหล่งรักษาและวิธีการรักษาจะขึ้นอยู่กับความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งขั้นตอนนี้แบ่งได้ 2 ส่วน คือ เลือกแหล่งบริการรักษาเยียวยา และเลือกชนิดของการรักษาจากผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด ซึ่งจะร่วมกันประเมินและเลือกวิธีการรักษา โดยแหล่งบริการมีหลากหลาย ได้แก่

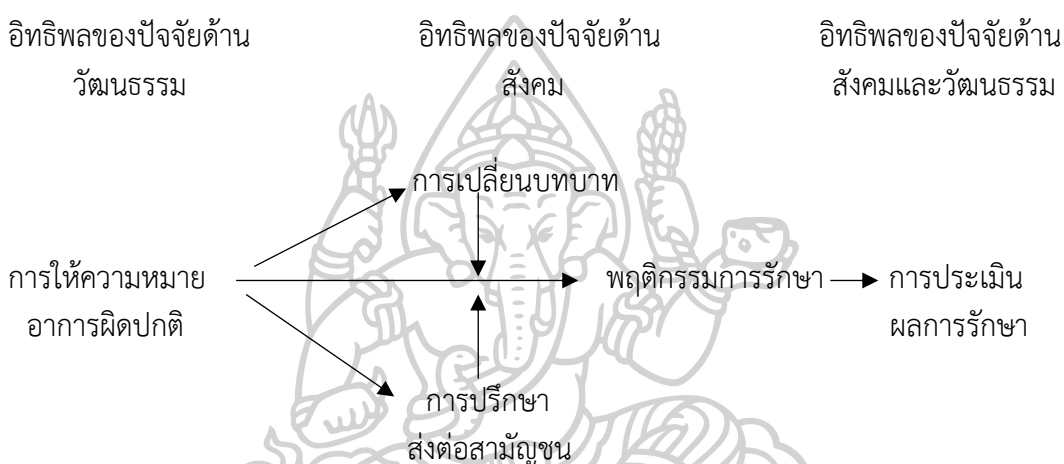
- 1) แหล่งบริการทางวิชาชีพหรือเป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ โรงพยาบาล
- 2) แหล่งบริการที่เป็นลักษณะกึ่งวิชาชีพ ได้แก่ เกษัชกร ผดุงครรภ์
- 3) หมอพื้นบ้านต่างๆ ได้แก่ หมอไสยศาสตร์ หมอกระดูก หมอพระ
- 4) เป็นการปรึกษาหารือกับบุคคลอื่นๆ
- 5) การรักษาตนเอง ชนิดของการรักษา ได้แก่

5.1) การทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ออกกำลังกาย การนอนพักผ่อน การดื่มน้ำร้อน การอาบน้ำอุ่น

5.2) การรักษาทางการแพทย์ เช่น การฉีดยา การรับประทานยา การผ่าตัด

5.3) พฤติกรรมบนพื้นฐานของพิธีกรรมหรือการพุดคุย เช่น การไปหาหมอผี การไปพบจิตแพทย์

จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้าย คือการประเมินผล ทั้งนี้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะถูกประเมินผลจากผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งเครือข่ายทางสังคม โดยความเจ็บป่วยที่แสดงมีอาการดีขึ้น หายไปหรือแยลงจะอธิบายและตีความตามความเชื่อ สังคมวัฒนธรรม ในขั้นตอนทั้งหมดของการเจ็บป่วย อาจมีการย้อนกลับได้อีก ถ้าผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดได้ข้อมูลใหม่เพิ่มเติมต่อการรักษา [25, 27, 28]



ภาพที่ 3 แบบจำลอง “กระบวนการแสวงหาการรักษา” ของคริสแมน

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษาสุขภาพของ Igun [29] กล่าวว่า แนวคิดนี้จะให้ความสำคัญกับบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อน คนสนิท ซึ่งเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการด้านสุขภาพ นอกจากนี้รวมถึงการประเมินอาการและประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการนั้นๆ เมื่อบุคคลนั้นๆ รู้สึกเกิดความผิดปกติจะประเมินอาการหากอาการไม่ร้ายแรงจะทำการรักษาด้วยตนเองก่อน แต่หากอาการไม่สามารถรักษาด้วยตนเองอาจจะปรึกษาศูนย์บุคคลใกล้ชิด เพื่อช่วยในการประเมินอาการ และอาจจะช่วยนำเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินทำการรักษาที่แหล่งการรักษาต่างๆ และอาจจะเข้าสู่บทบาทของการยอมรับการเป็นผู้ป่วยแล้วเมื่อระหว่างการรักษาจะมีผู้ใกล้ชิดมาเยี่ยม ซึ่งจะเป็นผู้ร่วมวินิจฉัยและประเมินผลการรักษา ถ้าหายจากอาการป่วยจะเข้าสู่ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาพปกติ แต่ถ้าไม่หายอาจจะทำการเปลี่ยนแหล่งการรักษาและกลับเข้าสู่ขั้นตอนประเมินการรักษาอีกครั้ง [30]

แนวคิดในการแสวงหาบริการสุขภาพของแฟรบริกา [31] มุ่งเน้นเกี่ยวกับหลักการทางเศรษฐศาสตร์และผลประโยชน์สุทธิ ที่ได้รับจากวิธีการรักษาและแหล่งบริการ กล่าวว่า บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา จะพิจารณาถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษา เริ่มจากขั้นตอนของการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย จากการตีความถึงความผิดปกติจากข้อมูล ประสบการณ์ หรือการรับข้อมูลจาก

บุคคลรอบข้าง จากนั้นจึงนำมาประเมินถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยของตนเอง หากมีความสำคัญ จึงจะนำมาวางแผนการรักษา ซึ่งทางเลือกที่จะเลือกใช้รักษาความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์จากการเจ็บป่วยในอดีต รวมถึงประเพณี วัฒนธรรม นอกจากนี้การประเมินประสิทธิภาพการรักษาในอดีต รวมทั้งค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา เป็นต้น สถานการณ์และเงื่อนไขทางสังคม และพิจารณาถึงผลสุทธิของประโยชน์ที่ได้รับ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพและกระบวนการแสวงหาการรักษาสุขภาพของไคลส์แมน (Khenman) [32] กล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ วิธีที่บุคคลใช้ประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมปรับตัวของมนุษย์อย่างหนึ่งและเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลระมัดระวังมาจากที่บุคคลรับรู้และตีความอาการผิดปกติของตนเองว่าเป็นอย่างไร นอกจากนี้กระบวนการแสวงหาการรักษาสุขภาพเป็นระบบการแพทย์ ซึ่งหมายถึง องค์รวมของระบบสังคมวัฒนธรรมและชีวภาพที่จัดการกับความเจ็บป่วย (illness) โดยเชื่อมโยงกับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรับรู้อาการ พฤติกรรม การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ รวมทั้งการประเมินผลการรักษา ซึ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันเป็นระบบ โดยได้อธิบายระบบการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนของชาวบ้าน ส่วนของวิชาชีพ และส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งแต่ละส่วนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมต่อการรักษาพยาบาล เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายของการเจ็บป่วย การตัดสินใจรักษา การเลือกแหล่งการรักษา แผนการรักษา ซึ่งแต่ละส่วนมีความเชื่อมโยงต่อกัน แต่มีความแตกต่างในเชิงความคิดและกระบวนการ [33]

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ มีกระบวนการที่เกี่ยวข้องหลายขั้นตอน โดยขั้นตอนหลักๆที่พบในแนวคิดต่างๆ ได้แก่ ขั้นตอนแรก การรับรู้ตัวเอง เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติ ขั้นตอนถัดมา การประเมินตนเองเมื่อมีความเจ็บป่วย จะมีการให้ความหมายต่ออาการหรือสิ่งที่ผิดปกตินั้นๆ ตามประสบการณ์เดิมหรือได้รับคำปรึกษาจากบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญ หากอาการไม่รุนแรงจะมีการจัดการรักษาด้วยตนเอง แต่หากรุนแรงจะเข้าสู่ขั้นตอนการแสวงหาแหล่งรักษา จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินการรักษาร่วมกับบุคคลใกล้ชิด เมื่อหายจากอาการป่วยจะเข้าสู่ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาพปกติ แต่ถ้าไม่หายอาจจะทำการเปลี่ยนแหล่งการรักษาและกลับเข้าสู่ขั้นตอนประเมินการรักษาอีกครั้ง ทั้งนี้อาจมีความแตกต่างกันในส่วนของแต่ละขั้นย่อยของแต่ละขั้นตอนและปัจจัยต่างๆของบุคคลนั้นๆ

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

สุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เมื่อมีความรู้สึกผิดปกติหรือเกิดอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การเกิดอาการและความรุนแรงจะส่งผลต่อสุขภาพแตกต่างกัน โดยบุคคลนั้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะมีการพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพที่แตกต่างกันแล้วแต่ปัจจัยต่างๆที่มี [30]

จากการทบทวนกรรม พบว่า มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยไว้หลายท่าน ซึ่งสามารถสรุปเป็นปัจจัยหลักได้ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ และปัจจัยผู้รับบริการสุขภาพ

2.1.1 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ในระบบบริการสุขภาพในสังคมไทย จะประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ระบบบริการสุขภาพส่วนวิชาชีพ ระบบบริการสุขภาพพื้นฐาน และระบบบริการสุขภาพส่วนของประชาชน

2.1.1.1 ระบบบริการสุขภาพส่วนวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ในรูปแบบวิชาชีพที่มีวิทยากรชั้นสูง ซึ่งเป็นศาสตร์ที่ได้รับการยอมรับด้านการรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีหลักฐานวิชาการในการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพในสังคมไทยสามารถแบ่งได้ 2 ระบบ คือ ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐและระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน

2.1.1.1.1 ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ เป็นระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ เพื่อเน้นการป้องกัน แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยอยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

ระดับที่ 1 บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เป็นการให้บริการด้านการแพทย์ โดยเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขในระดับสูงขึ้นไป ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยที่ให้บริการ ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน

ระดับที่ 2 บริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ผู้ปฏิบัติงานจะดำเนินการนำโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่นๆ ที่มีความรู้และความชำนาญ ซึ่งจะมีหน่วยให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการที่รุนแรงต้องทำการรักษาโรคที่เฉพาะเจาะจงตามโรค

ระดับที่ 3 บริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ ผู้ปฏิบัติงานจะดำเนินการนำโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่นๆ ที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษ ซึ่งจะมีหน่วยให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลรักษาเฉพาะทาง โดยผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้จะรักษาโรคที่เฉพาะทางและรักษาด้วยวิธีการขั้นสูง

2.1.1.1.2 ระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน เป็นระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยดำเนินการของภาคเอกชน

ร้านยา เป็นหน่วยหนึ่งของระบบสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ด้านการกระจายยาเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทสำคัญเปรียบเสมือนเป็น “ที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน” เป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการหรือเจ็บป่วยเบื้องต้น (common illness)

คลินิก โพลีคลินิก เป็นสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน มีลักษณะเป็นคลินิกเวชกรรม ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับวุฒิบัตรหรือ

อนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรองเฉพาะทางเวชกรรม จากแพทยสภา ส่วนใหญ่จะกระจายอยู่ตามสังคมเมือง สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ง่ายและสะดวก

โรงพยาบาลเอกชน เป็นโรงพยาบาลที่จัดตั้งโดยเอกชน มีทั้งที่เป็นบริษัทจำกัด และบริษัทมหาชนจำกัดด้วย เป็นสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ส่วนใหญ่ให้บริการด้านรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

2.1.1.2 ระบบบริการสุขภาพพื้นบ้าน หรือการแพทย์แผนโบราณ เป็นการรักษาแบบดั้งเดิมที่ยึดถือสืบต่อกันมาตั้งแต่โบราณ เกิดขึ้นบนพื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ คนกับคนและคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติในจารีตแบบเดิมที่คนยังยอมรับอำนาจของธรรมชาติและอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งส่งผลต่อการจัดระเบียบความสัมพันธ์ของคน การสืบทอดส่งต่อการรักษานั้นโดยการบอกกล่าวหรือเขียนเป็นตำราสืบทอดกันมา ระบบบริการสุขภาพพื้นบ้าน ได้แก่ หมอยา หมอสมุนไพร หมอดำแย หมอผี หมอน้ำมนต์ หมอทรง หมอคุณไสย เป็นต้น

2.1.1.3 ระบบบริการสุขภาพส่วนของประชาชน เป็นการตีความและวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยหรือความรู้สึที่ผิดปกติของผู้ป่วยและสังคม เพื่อตัดสินใจว่าเคยทำการรักษาหรือไม่ด้วยวิธีใด

2.1.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ ซึ่งผู้ให้บริการในระบบสุขภาพจะมีความแตกต่างกันไป ดังนี้

2.1.2.1 บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล ผดุงครรภ์ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

2.1.2.2 บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพในส่วนพื้นบ้าน หรือแผนโบราณ โดยศาสตร์ทางการแพทย์พื้นบ้าน มีการจำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.) บุคลากรที่ทำงานด้านการแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบประสภการณ์ (secular subsector) เช่น หมอสมุนไพร (หมอยาต้ม, หมอยาฝน, หมอยาแช่, หมอยาพอก, หมอยาลูกกลอน, หมอยาขง, หมอยาดอง) หมอดำแย หมอนวด หมอรักษากระดูก เป็นต้น

2.) บุคลากรที่ทำงานด้านการแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและความเชื่อ (seared subsector) เช่น หมอไสยศาสตร์ หมอผี หมอทรง เป็นต้น [34]

ในระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ จะมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วย แต่สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการเลือกใช้บริการ คือ ความสามารถในการทำงาน การมีความรู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยได้และมีอัธยาศัยกับผู้รับบริการ ซึ่งจะส่งผลต่อความพึงพอใจและเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า มีความพึงพอใจด้านอัธยาศัยไมตรีในการให้บริการ มีความสะดวกในการให้บริการและมีความน่าเชื่อถือไว้วางใจ [35]

ในระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน เป็นระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการธุรกิจแสวงหากำไรเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นความพึงพอใจที่จะดึงดูดใจลูกค้าจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ได้แก่ การบริการรักษาพยาบาลที่เอาใจใส่ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย รวมทั้งการที่องค์กรมีชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือ ซึ่งจะทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจและเกิดความจงรักภักดีและกลับมาใช้บริการซ้ำอีกครั้ง นอกจากนี้ส่งผลให้เกิดการแนะนำให้คนในครอบครัวมาใช้บริการสถานพยาบาลแห่งนี้ต่อไป [36]

ในระบบบริการส่วนพื้นบ้านหรือบริการสุขภาพแผนโบราณ จะเห็นว่าผู้ให้บริการมีลักษณะชีวิตคล้ายคลึงกับชาวบ้าน ซึ่งหมอพื้นบ้านจะเป็นบุคคลที่อยากดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยแบบสงเคราะห์และพึ่งพาอาศัยกันและกัน มีความคุ้นเคยและเป็นกันเอง โดยชุมชนจะให้ความเคารพหมอพื้นบ้าน [37]

ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจแสวงหาเลือกใช้บริการสุขภาพของตน

2.1.3 ปัจจัยด้านผู้รับบริการสุขภาพ ผู้รับบริการถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติ จะมีการให้ความหมายต่ออาการหรือสิ่งที่ผิดปกตินั้นๆ ตามประสบการณ์เดิมหรือได้รับคำปรึกษาจากบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญ นำไปสู่การวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง บุคคลจะประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้นๆ หากอาการไม่รุนแรงจะมีการจัดการรักษาด้วยตนเอง แต่หากรุนแรงจะเข้าสู่การแสวงหาและเลือกหาแหล่งบริการรักษา และจะประเมินการรักษาร่วมกับบุคคลใกล้ชิด หากหายจากอาการป่วย จะเข้าสู่ขั้นตอนการกลับคืนสู่สุขภาพปกติ แต่ถ้าไม่หายอาจจะทำการเปลี่ยนแหล่งการรักษาและกลับเข้าสู่ขั้นตอนประเมินการรักษาอีกครั้ง ทั้งนี้แต่ละขั้นตอน จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ตนเองได้รับมา ความเชื่อและวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ รวมทั้งบุคคลใกล้ชิดที่ให้คำปรึกษา จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพในส่วนปัจจัยด้านผู้รับบริการสุขภาพ ประกอบด้วยหลายปัจจัย ดังนี้

2.1.3.1 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ดังต่อไปนี้

1.) เพศ เป็นปัจจัยทางประชากรและสังคมปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ ซึ่งมีการศึกษา พบว่า เพศหญิงที่เจ็บป่วยจะเลือกใช้บริการเพื่อรักษาพยาบาลตนเองมากกว่าเพศชาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง, จิตเวช [25, 30] แต่จากการศึกษา รายงาน พบว่า เพศชายที่เจ็บป่วยจะเลือกใช้บริการเพื่อรักษาพยาบาลตนเองมากกว่าเพศหญิง เช่น โรคเอดส์ [33]

2.) อายุ เป็นปัจจัยทางประชากรและสังคมปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้แสวงหาบริการสุขภาพ โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 6 ช่วงอายุ คือ 24-29 ปี, 30-39 ปี, 40-49 ปี, 50-59 ปี, 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ป่วยในวัยอายุ 60 ปี ขึ้นไป ไปใช้บริการสถานพยาบาลมากที่สุด รองลงมาเป็นช่วงของวัยทำงาน [27] และจากการศึกษาการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหัวใจพิการ พบว่า มีอายุ

โดยเฉลี่ย 44.7 ปี ที่เลือกมาใช้บริการที่โรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากโรคที่เป็นมีความรุนแรง จึงให้ความสำคัญในการตรวจรักษาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ [38]

3.) สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยทางประชากรและสังคมปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่มีคู่สมรสชีวิตจะมีลักษณะที่คอยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งจะให้คำแนะนำปรึกษาในการเลือกตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ ดังนั้นรายงานการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า สถานภาพสมรสต่างกัน มีการแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพเพื่อรักษาพยาบาลแตกต่างกัน เช่น จากการศึกษารูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นหม้ายจะเลือกใช้วิธีการรักษาตนเองหรือซื้อยามาเองและเลือกใช้แหล่งบริการการรักษาแบบแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่โสดหรือสมรส [39]

4.) การศึกษา ระดับการศึกษาถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ชี้วัดฐานะทางสังคม ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีโอกาสที่ได้รับข้อมูลข่าวสารได้มากกว่า โดยสามารถแสวงหาสืบค้นด้วยตนเองหรือได้รับจากสถานศึกษา และจะใช้วิจารณญาณพิจารณาไตร่ตรอง รวมทั้งตัดสินใจเลือกรับบริการจากแหล่งสถานบริการสุขภาพที่เกิดประโยชน์แก่ตนเองสูงสุด มีรายงานการศึกษาหลายงานที่พบว่า ระดับการศึกษาต่างกันส่งผลต่อการแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพแตกต่างกัน เช่น จากการศึกษาผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะแสวงหาแหล่งบริการที่มีแพทย์รักษาพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า [39]

5.) อาชีพ เป็นปัจจัยทางประชากรและสังคมปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งรับบริการสุขภาพ พบว่า ผู้หญิงเจ็บป่วยที่มีอาชีพต่างกันจะมีการใช้บริการสุขภาพแตกต่างกัน [40] และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพด้านวิชาชีพ วิชาการ ธุรกิจ ค่าขาย จะมีร้อยละการเลือกรับบริการจากสถานบริการสุขภาพที่มีแพทย์ประจำสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ และผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรจะมีการเลือกรับบริการที่มีแพทย์ประจำน้อยที่สุด [39]

2.1.3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และความรุนแรงของความเจ็บป่วย

การรับรู้และความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นความเชื่อที่บุคคลหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้ประเมินด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง สาหัส พิการ เสียชีวิต รวมทั้งเกิดความลำบากและต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาล เกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งความรุนแรงของบุคคลรับรู้อาจมีความแตกต่างจากแพทย์ประเมิน [40] จากการศึกษาของชนิตา สันธินาค [41] พบว่าเมื่อผู้หญิงเจ็บป่วยด้วยอาการไม่รุนแรง ส่วนใหญ่จะเลือกซื้อยามาเอง รองลงมาคือการใช้บริการสุขภาพของรัฐและเอกชน แต่ในผู้หญิงที่เจ็บป่วยเฉียบพลันค่อนข้างรุนแรง จะเข้ารับบริการสุขภาพของรัฐและเอกชนมากกว่าจะซื้อยามาเอง เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน [33]

2.1.3.3 ปัจจัยด้านความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ เกี่ยวกับการแหล่งบริการสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพจากแหล่งบริการการรักษาพยาบาลต่างๆ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและการปฏิบัติ

ตัวในการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยพบว่ามีการรายงานว่าผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองที่เกิดขึ้น เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น ภูติผีปีศาจเจ้าที่ จะแก้ไขโดยการบนบานศาลกล่าวจากหมอพระ ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าเกิดจากธรรมชาติจะแสวงหาการรักษาแบบแผนไทย โดยการนวดประคบหรือใช้ยาสมุนไพร [27]

2.1.3.4 ปัจจัยด้านการใช้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ดังต่อไปนี้

1.) ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ การเลือกแหล่งบริการสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ในการเลือกใช้บริการ หากเป็นแหล่งบริการที่มีที่ตั้งแหล่งบริการไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อการเลือกใช้บริการ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ตำแหน่งสถานที่ของแหล่งบริการสุขภาพ เป็นต้น

2.) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ ความสะดวกในการเข้ารับบริการและความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ มีการรายงาน พบว่า ในระบบบริการสุขภาพแบบแผนไทยจะมีลักษณะ การชกถามโรค โดยให้ความคุ้นเคยและเป็นกันเองให้แก่ผู้รับบริการ ผู้รับบริการจึงมีความพึงพอใจในการใช้บริการ นอกจากนี้ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ สามารถรักษาพยาบาลให้หายจากโรค ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ดี และมีอัยาศัยที่ดีต่อผู้รับบริการ เป็นต้น [33]

3.) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ของผู้บริโภค สิทธิประกันสุขภาพ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ต้นทุนด้านเวลา เช่น เวลารอคอยในการรับบริการ เวลาใช้ในการเดินทางและเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงอำนาจซื้อ ความสามารถในการจ่าย และตั้งใจที่จะจ่าย มีการศึกษาปัจจัยในการเลือกใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในชนบท พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ ส่วนใหญ่จะเลือกการรักษาแบบแผนโบราณ รองลงมา คือ รักษาตนเองและใช้บริการของรัฐ แต่กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางและรายได้สูง ส่วนใหญ่จะใช้บริการของรัฐ รองลงมา คือ รักษาตนเองและใช้บริการของเอกชน [33] จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ และปัจจัยผู้รับบริการสุขภาพ เป็นตัวกำหนดในการเลือกแหล่งบริการนั้นเป็นสิ่งสำคัญ

4.) การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่ การติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลระหว่างผู้ให้การรักษาแก่ผู้รับการรักษา โดยข้อมูลที่ผู้รับการรักษาจะได้รับ ได้แก่ ขั้นตอนการเข้ารับบริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารของบริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ ข้อมูลความสะดวกในการบริการอื่นๆของผู้รับการรักษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้รับการรักษาตัดสินใจเลือกใช้บริการ จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชาชนในเขตชุมชนแออัด พบว่า ผู้ที่รับฟังคำแนะนำจากวิทยากรรายการสุขภาพเป็นประจำจะเลือกไปซื้อยาจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยในสัดส่วนที่ต่ำกว่าที่ไม่ได้ฟังหรือฟังเป็นบางครั้ง [30, 33]

5.) การเข้าถึงแหล่งบริการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการกำหนดทางเลือกแหล่งบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความ

สะดวกในการเดินทางไปรับบริการจากแหล่งบริการ ระยะทางและความสะดวกในการเดินทางไปกลับจากแหล่งบริการนั้นๆ [30]

3. แนวคิดเรื่องยาปฏิชีวนะ

“ยา” คือหนึ่งในปัจจัย 4 ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะทุกคนสามารถเจ็บป่วยกันได้ตลอดเวลา หรืออาจเกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเล็กๆ น้อยๆ ได้ในแต่ละวัน เมื่อเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับข้อมูลยาปฏิชีวนะโดยทั่วไป มีความเข้าใจในความหมายของทางการแพทย์ แต่ในขณะที่เดียวกันการทำความเข้าใจในยาปฏิชีวนะมีมุมมองความเข้าใจในอีกหลายส่วน ที่ไม่ใช่เพียงเป็นวัตถุประสงค์บรรเทาการรักษาเกี่ยวกับสุขภาพเท่านั้น แต่กล่าวถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการระหว่างยา

จากข้อมูลการวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทยระบุว่า ราว 1 ใน 3 ของมูลค่าการบริโภคยาของประเทศไทยเป็นการใช้ยาโดยไม่ผ่านการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการซื้อยาทานเองของประชาชน (Self-medication) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาว่ามีการนำยาหลายชนิดไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งการใช้ยารักษาตนเองนั้นเป็นรูปแบบการจัดการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดอย่างหนึ่งในสังคม ทั้งนี้เป็นส่วนประกอบสำคัญของสิ่งที่เรียกว่าระบบการดูแลสุขภาพแบบชาวบ้าน (popular health sector) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง ที่เป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ในชีวิตของมนุษย์ เนื่องด้วยการรักษาตนเองเป็นทางเลือกที่สะดวก ประหยัด และเป็นไปได้มากกว่าการไปปรึกษากับแพทย์ [42]

หลายครั้งประชาชนมีมุมมองและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ นั่นคือ สุขภาพกลายเป็นสินค้าหรือโภคภัณฑ์ [42, 43] ซึ่งสุขภาพสามารถจัดการได้ด้วยยาที่มีความมีประสิทธิภาพและอำนาจในการจัดการกับตนเองโดยที่จะซื้อหามาใช้ได้ตามใจ เมื่ออยากหายป่วยหรืออยากมีสุขภาพที่ดี จะใช้เงินซื้อหาหรือผ่านบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้แนะนำ ด้วยเหตุจากยาเป็นสิ่งที่จัดการ กำจัดและบรรเทาให้หายจากความเจ็บป่วย ให้สามารถกลับไปสู่วิถีชีวิตตามปกติได้ตามปกติสังคมได้ รวมทั้งเป็นสิ่งที่ใช้สะดวก และมีลักษณะเป็นรูปธรรมของสินค้าสุขภาพและทำให้การแพทย์เป็นสิ่งที่สามารถจับต้องได้ด้วยความเชื่อว่าภายในตัวเรามีฤทธิ์ในการบำบัดโรคที่ได้ผลเร็ว [44] โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาปฏิชีวนะซึ่งเปรียบเสมือน “กระสุนมหัศจรรย์ (magic bullet)” หรือเครื่องมือจัดการความเจ็บป่วยในโรคติดเชื้อที่ทรงประสิทธิภาพ [44] ด้วยการเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย จึงมีความเชื่อที่ว่าโรคไม่มีทางหายได้ ถ้าไม่รับประทานยาปฏิชีวนะ ดังนั้นในหลายสถานการณ์ ยาปฏิชีวนะจึงเป็นอาวุธหนึ่งเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย และทดแทนกระบวนการรักษาทั้งหมด โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาหรือคำแนะนำใดๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ เพราะยาหมายถึงการรักษา

นอกจากนี้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคม ทั้งเศรษฐกิจ ชีวิตทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนหลายๆด้าน เช่น ระดับความอดทนต่อความไม่สบายทางกายและใจลดลง เมื่อสังคมอยู่ในสภาวะที่มีการแข่งขันกับเวลา ผู้ป่วยจึงตัดสินใจรับการรักษาเร็วขึ้น โดยพึ่งการใช้ยาปฏิชีวนะมากยิ่งขึ้น บ่อยขึ้น เพื่อลดระยะเวลาการบรรเทาหรือขจัด

ความรู้สึกไม่สบายที่เกิดขึ้น รวมทั้งเปลี่ยนแหล่งรักษาพยาบาลหรือยาชนิดใหม่เร็วขึ้น เพื่อไม่เสียเวลาในการทำงานและรายได้ที่ควรได้รับ โดยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ แทนการใช้เวลาที่จะพักผ่อนตนเองเพื่อให้อาการดีขึ้น นั่นคือ ระยะเวลาการรักษาสั้นจะใช้เป็นเกณฑ์ประเมินผลการรักษาของยาหรือแพทย์ในแต่ละครั้ง เกิดมีค่านิยมว่ายาหรือการรักษาที่ดีจะต้องให้ผลรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยละเลยการดูแลตนเองเบื้องต้น [42, 45]

เมื่อยาปฏิชีวนะมิใช่เป็นเพียงแค่สารที่มีฤทธิ์เปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะหรือกลไกการทำงานในร่างกายของสิ่งมีชีวิตเท่านั้น แต่ยังเป็นสิ่งแสดงความสามารถและคุณค่าของผู้สั่งจ่ายหรือแพทย์ รวมทั้งบ่งบอกตัวตนของตนเองถึงการส่งเสริมความสำเร็จของการรักษาในระยะเวลาอันสั้น ให้ได้รับการยกย่องเป็นผู้มีความสามารถเชี่ยวชาญและสร้างชื่อเสียง [42, 45]

4. นโยบายการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อใช้อย่างสมเหตุสมผล (Service plan : Rational Drug Use) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

องค์การอนามัยโลกนิยาม “การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (rational drug use)” ว่า คือ “การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” [4] มีความสอดคล้องกับ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2522 ที่ขยายความว่า การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่มีการใช้ยาซ้ำซ้อนคำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ยาในกรอบบัญชียามีผลการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยบริการในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้รับบริการให้การยอมรับและสามารถใช้จ่ายดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายยานั้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับบริการทุกคนสามารถใช้นานนั้นได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ [13]

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลถือว่าเป็นประเด็นเร่งด่วนของในหลายๆประเทศรวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากพบว่ามีการใช้ยาไม่สมเหตุผลมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยา ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อการใช้ยา การเกิดเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงเกิดการสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ [46, 47]

จากปัญหาที่จำเป็นเร่งด่วนดังกล่าว จึงได้จัดตั้งอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และผลักดันให้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลบรรจุในกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 เรื่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ แล้วให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป็น

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาที่ 15 คือ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU : Rational Drug Use) ซึ่งจะครอบคลุมสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจนถึงระดับปฐมภูมิ โดยดำเนินโครงการ “โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital; RDU Hospital)” ที่ได้รับความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันดำเนินการเพื่อพัฒนาสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2557 โดยได้บูรณาการมาตรการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกสู่การพัฒนาแบบกลไกการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้เป็นรูปธรรม ภายใต้บริบทปัญหาของประเทศไทย และจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาลและระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินงานดังนี้

4.1 แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาล (PTC) ร่วมกับคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) ดำเนินการ ดังนี้

4.1.1 จัดทำแผนขับเคลื่อนมาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.1.2 กำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

4.1.3 ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคติดเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะให้บุคลากรทางการแพทย์

4.1.4 สร้างความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้ผู้ป่วยและประชาชน

4.1.5 เผื่อระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์ (Steriod) และยาลดการอักเสบกลุ่ม NSAIDs และผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตราย เช่น ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก ยาสมุนไพร Steriod หรือ NSAIDs ในร้านชำ เป็นต้น

4.1.6 รายงานผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน ให้โรงพยาบาลแม่ข่าย

4.2 เป้าหมายและระดับการพัฒนา

การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีเกณฑ์การประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 ตัวชี้วัด โดยมีการจัดแบ่งเป้าหมายและระดับการพัฒนาเป็น 3 ชั้น ดังนี้

ชั้นที่ 1 : ประเมินกระบวนการดำเนินงาน

- 1) มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital
- 2) มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล

- 3) มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด RDU
- 4) มีการติดตามประเมินผล
- 5) การจัดการการดื้อยา (AMR)

ประเมินผลดำเนินงาน ตาม 2 ตัวชี้วัด คือ รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ คือ จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของรพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

ขั้นที่ 2 : การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU คือ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องผ่านเกณฑ์ คือ จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของรพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

ขั้นที่ 3 : การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU คือ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องผ่านเกณฑ์ คือ จำนวน รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

4.3 ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี 2 ตัวชี้วัด

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวชี้วัด	เกณฑ์
1. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	ร้อยละ 100
2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	ร้อยละ 100

4.4 การกำกับติดตามและประเมินผล

4.4.1 ติดตามกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้

- 1.) มีกิจกรรมหรือเผยแพร่สื่อเพื่อสร้างความเข้าใจในการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยและประชาชน
- 2.) มีแผนเฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์และยาลดการอักเสบกลุ่ม NSAIDs และผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตราย
- 3.) มีข้อมูลอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ ตามตัวชี้วัด RDU 2 ชี้วัด

4.4.2 ติดตามผลการดำเนินงาน ดังนี้

- 1.) ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน \leq ร้อยละ 20
- 2.) ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20
- 3.) จำนวนและร้อยละของตำบล “ร้านชำปลอดยาปฏิชีวนะ”

4.4.3 ติดตามผลการดำเนินงาน ดังนี้

การพัฒนากระบวนการให้มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายของการใช้ยาสมเหตุสมผล เพื่อสะท้อนถึงคุณภาพการบริการด้านยาที่ดี สร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งการควบคุมปริมาณการใช้จ่ายและค่าใช้จ่ายด้านยาของสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่า ดังนั้น จึงกำหนดให้มีรายงาน ข้อมูลต้นทุนยาต่อผลผลิต และจำนวนการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ เพื่อวิเคราะห์เรื่องค่าใช้จ่ายด้านยา และปริมาณการใช้จ่าย

4.5 การบริหารจัดการเพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.5.1 จัดให้มีเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพ (Rational drug supply)

4.5.1.1 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ดำเนินการด้านเวชภัณฑ์ยาให้เหมาะสม ดังนี้

- 1.) จัดทำบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มียาที่เหมาะสม เพียงพอ ต่อการให้บริการ โดยคำนึงถึงการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลัก
- 2.) วางระบบการบริหารจัดการและการกระจายยา/วัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพยา/วัคซีน

4.5.1.2 ในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตรวจสอบและกำกับสถานที่ผลิต กระจายและจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงร้านชำ ไม่ให้มียาปฏิชีวนะ

4.5.2 ให้มีการสั่งใช้และจ่ายยาอย่างเหมาะสม

4.5.2.1 ดำเนินการตามแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

จากผลการวิเคราะห์พบโรคที่อาจเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2556 ได้แก่

- 1.) โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 77

2.) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อยละ 5

3.) การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและแผลสดจาก

อุบัติเหตุ ร้อยละ 4

ยาปฏิชีวนะ (ยาต้านแบคทีเรีย) ที่มีใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ก. Penicillin V Tablet และ Syrup

ข. Amoxicillin Capsule และ Syrup

ค. Roxithromycin Tablet

ง. Erythromycin Syrup

จ. Dicloxacillin Capsule และ Syrup

ฉ. Cotrimoxazole Tablet และ Syrup

ช. Norfloxacin Tablet

ซ. Ofloxacin Tablet

ณ. Doxycycline Capsule

ญ. Metronidazole Tablet

การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ระยะที่ 1 เป็นการรักษาและป้องกันโรคหรือภาวะที่มีหลักฐานว่ายาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็นในผู้ป่วยส่วนมาก แต่ยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่มาก โดยมีโรคและภาวะเป้าหมาย ได้แก่ Respiratory infection (RI) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและ Acute Diarrhea (AD) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป้าหมายของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ดังนี้

- 1.) ใช้ยาปฏิชีวนะน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น
- 2.) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะไม่มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
- 3.) ลดโอกาสเสี่ยงต่อพิษและผลข้างเคียงของยาปฏิชีวนะ
- 4.) ชะลอการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย
- 5.) ลดค่าใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ
- 6.) สร้างวัฒนธรรมใหม่ของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

4.5.2.2 การจัดการบริการและส่งมอบยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม เพียงพอต่อการให้บริการ

4.5.2.3 มาตรฐานความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา เพื่อติดตามและเฝ้าระวัง และจัดการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการระดับที่สูงกว่า [13]

4.5.3 ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Rational Drug Use)

4.5.3.1 สร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาอย่างเหมาะสมเหตุผลผล ได้แก่ ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน โรคอหิวาต์ระว่างเฉียบพลัน บาดแผลสด

4.5.3.2 สร้างชุมชนเข้มแข็งด้านยา

พัฒนาศักยภาพผู้บริโภค เครือข่ายในชุมชน ผู้ประกอบการในพื้นที่ให้ตระหนักถึงความปลอดภัยในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ และส่งเสริมการดูแลสุขภาพและใช้ยาอย่างเพียงพอ เช่น การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพ เป็นต้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

จากการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพมีการใช้ระบบบริการสุขภาพ โดยแบ่งได้ 3 ระบบ คือ ระบบสามัญ พื้นบ้าน และวิชาชีพ และมีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ ตั้งแต่ 1-3 แห่ง โดยพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจะเริ่มเมื่อผู้นั้นสังเกต รับรู้ และตีความหมายหรือให้ความหมายว่าตนมีความผิดปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่การเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพมากกว่า 1 ระบบบริการ ประกอบด้วยระบบการบริการสุขภาพสามัญ นั่นคือ การรักษาตนเอง หลังจากนั้นจะขอคำปรึกษาจากคนใกล้ชิด โดยเป็นระบบแรกที่ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการรักษา แต่เมื่อผลการรักษาไม่ดีขึ้นหรือพบว่ามีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น จะเลือกใช้การรักษาบริการสุขภาพระบบวิชาชีพ นั่นคือ ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งจะเห็นได้จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ ปริญญาพรพรรณราย [27] ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ พบว่า กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ มี 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) การรับรู้ ให้ความหมาย และการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยรับรู้อาการที่ผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้วิธีการรักษาด้วยตนเอง ร้อยละ 83.5 โดยจะสังเกตอาการและรักษาตนเองก่อนเป็นระยะเวลา 1-6 เดือน ส่วนใหญ่จะมีการปรึกษาจากสมาชิกครอบครัว 2) การเลือกแหล่งและการเข้ารับบริการสุขภาพ แหล่งที่ไปเลือกรับบริการก่อนมาโรงพยาบาลที่ศึกษา ได้แก่ คลินิก รพ.รัฐและเอกชน รพ.สต. ร้านขายยา และจากการศึกษาวิลาสิณี คีตวัฒนานนท์, ญัฐณีย์ มีมนต์และธรรมรัตน์ มะโรหบุตร [48] ได้ศึกษาความเจ็บป่วยและการแสวงหาการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกัมพูชา ที่ตลาดการค้าชายแดนช่องจอมจังหวัดสุรินทร์ พบว่า เมื่อเจ็บป่วยแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชา ร้อยละ 54.3 เลือกที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง ส่วนที่เหลือมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่สถานบริการสุขภาพประเภทต่างๆ โดยร้อยละ 74 ของผู้ใช้บริการสุขภาพนั้น ใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย โดยส่วนใหญ่ไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ ตามด้วยโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน และสถานอนามัยตามลำดับ ส่วนที่เหลือร้อยละ 26 กลับไปใช้บริการสุขภาพที่กัมพูชา [20] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงธิดา ช่างยิ้ม [20] ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พบว่า ร้อยละ 71 มีการใช้ยาด้วยตนเองก่อนมาพบแพทย์, ร้อยละ 90 มีการแสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพและแหล่งบริการสุขภาพ, น้อยกว่า

ร้อยละ 10 ซึ่อยากใช้เองโดยไม่มีเภสัชกรแนะนำ นอกจากนี้ พบว่า มีการแสวงหาบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบบริการไปพร้อมๆกันหรือสลับไปมา ซึ่งจะเห็นได้จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ ธวัชชัย ยืนยาว, นริมาลย์ นีละไพจิตร และจุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย [49] ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เลือกใช้การดูแลที่มากกว่า 1 ระบบบริการ โดยมีลักษณะการเลือกใช้บริการแบบระบบบริการสุขภาพแบบสามัญก่อน แต่เมื่อมีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้นจะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพแต่หากการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพไม่หาย ชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านข้างจะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน ได้แก่ การเช่นไหว้ผีบรรพบุรุษ ศาลปะกำและการรำกล่อม เนื่องจากมีความเชื่อว่าเกิดจากการผีหรือถูกคุณไสย ซึ่งช่วยบำบัดบรรเทาด้านจิตใจและตอบสนองความคาดหวังจากการเจ็บป่วย และจากการศึกษาของ ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ [50] ได้ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ จะมีการเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพอย่างน้อย 2 ระบบ เริ่มจากการบริการสุขภาพระบบสามัญ โดยการดูแลตนเองและขอคำปรึกษาจากผู้อื่น เมื่ออาการไม่ทุเลาจะใช้บริการสุขภาพระบบวิชาชีพและ/หรือพื้นบ้าน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างสองระบบ ที่สำคัญระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมหรือระบบดูแลสุขภาพพื้นบ้านยังคงเป็นที่นิยมของผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพใช้บริการแพทย์แผนไทย เป็นทางเลือกในการรักษาพยาบาล ซึ่งเห็นได้จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ อนนท์ รักดี [51] ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี พบว่า ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยใช้บริการการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการผสมผสานแพทย์แผนไทย 7 แห่ง โดยวิเคราะห์ข้อมูลและได้ผลการศึกษา คือ ลักษณะผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่วัยทำงานที่ฐานะดี มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยหลายครั้ง, ลักษณะโรค ส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ปวดเมื่อย รวมทั้งรักษาอัมพาตครึ่งซีก, คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่า การป่วยในอดีตที่ เป็นจุดเริ่มต้นของการเจ็บป่วย ส่งผลต่อความรุนแรง และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบริการการแพทย์แผนไทย คือ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ ด้านระบบบริการ [51] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ใช้บริการมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่นอกเหนือจากการบริการสุขภาพทางภาครัฐ นั่นคือ ระบบบริการสุขภาพระบบวิชาชีพภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านยา ส่วนระบบบริการสุขภาพระบบพื้นบ้าน ได้แก่ แพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น

สถานการณ์การกระจายยาปฏิชีวนะในหน่วยบริการด้านสุขภาพมิได้หลายช่องทาง ซึ่งเป็นแหล่งที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีจำนวนมากที่กระจายทั่วประเทศ ทั้งในระบบสุขภาพของรัฐบาลและภาคเอกชน โดยเห็นได้จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ นิธิมา สุ่มประดิษฐ์และคณะ [5] ได้ศึกษาการกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกและร้านยา พบว่า จากรายการยาทั้งสิ้น 47 ชนิด รพ.สต. คลินิก และร้านยา มีจำนวนยาปฏิชีวนะ 25, 35 และ 37 ชนิด ตามลำดับ ยาปฏิชีวนะที่พบมากที่สุด คือ amoxicillin ร้อยละ 98-100 โดยคลินิกและร้านยามีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคที่ส่วนมากไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะใกล้เคียงกัน ประมาณร้อยละ 40-60 ซึ่งสูงกว่าใน รพ.สต. ที่มีการใช้ที่ร้อยละ 20-30 ซึ่งสอดคล้องเป็นไปทางเดียวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ วนิตา ฉายติลก และกรแก้ว จันทภาษา [52] ได้ศึกษาเรื่องการใช้

ความหมายต่อยาแก้อักเสบในมุมมองของประชาชน พบว่า ยาแก้อักเสบที่มีการใช้ในชุมชน คือ ยาปฏิชีวนะ โดยยา Amoxicillin มีลักษณะเป็นปดกสีเหลืองแดง สีเหลืองดำ สีชมพูขาว ส่วนใหญ่ได้รับจากโรงพยาบาลและคลินิก ส่วนยาปดกสีฟ้าเขียว ส่วนใหญ่ได้รับยากร้านขายยาและโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจว่าใช้บรรเทาอาการอักเสบเจ็บคอ ส่วนยา Ampicillin มีลักษณะปดกสีด้าแดง ใช้รักษาอาการอักเสบเจ็บคอ และเป็นแผล ที่มีจำหน่ายในร้านขายยาและร้านชำ

ในขณะที่มีงานวิจัยส่วนหนึ่งแสดงให้เห็นว่านอกเหนือจากสถานบริการสุขภาพที่เป็นรูปแบบหลักทางการให้บริการทางการแพทย์ที่มีการจำหน่ายยาปฏิชีวนะแล้ว ยังพบว่ามีจำหน่ายยาปฏิชีวนะที่สถานที่เป็นรูปแบบไม่เป็นทางการ นั่นคือ ร้านชำ ซึ่งจะเห็นได้จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล [53] ได้ศึกษาสถานการณ์ยาปฏิชีวนะในร้านชำ โดยสำรวจร้านชำจำนวน 775 แห่ง และกองทุนยาหมู่บ้าน 96 แห่ง ใน 195 หมู่บ้านของ 8 จังหวัด พบว่า ทุกหมู่บ้านมีร้านชำที่ขายยาปฏิชีวนะ ซึ่งสอดคล้องเป็นไปทางเดียวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ วราภรณ์ สังข์ทอง [54] ได้ศึกษาความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และปัจจัยที่ทำให้เกิดการจำหน่าย พบว่า ร้านชำ ร้อยละ 51.8 จำหน่ายยาปฏิชีวนะแรงจูงใจของการจำหน่ายยาในทุกร้านมาจากความต้องการของคนในชุมชน แหล่งของยาปฏิชีวนะของร้านชำ ร้อยละ 73.0 และ 59.0 มาจากร้านขายของส่งและร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ ได้แก่ ความต้องการของคนในชุมชน ความเชื่อในเรื่องความปลอดภัยของยา และการมีบริการส่งถึงร้าน ยาปฏิชีวนะที่พบมากที่สุด คือ tetracyclin ถัดมาคือ กลุ่ม penicillin และยาปฏิชีวนะสูตรผสม (ร้อยละ 42.5, 24.2 และ 14.0 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ อัปสร บุญยั้ง และรุ่งทิวา หมื่นปา [55] ได้ศึกษาความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของ ร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล พบว่า ร้านขายของชำในจังหวัดพิษณุโลก ร้อยละ 47.9 จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม โดยยาปฏิชีวนะที่พบมากที่สุด คือ ยาเม็ด tetracycline รองลงมา คือ ยา penicillins และยา amoxicillin แหล่งที่มาของยาในร้านขายของชำที่พบมากที่สุด คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน รองลงมาคือ ร้านขายส่งร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ และร้านขายของชำแห่งอื่น

ฉะนั้น จะเห็นว่าพฤติกรรมการแสวงหาการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการมีหลากหลายช่องทาง เนื่องจากมีการกระจายยาปฏิชีวนะในชุมชนที่เข้าถึงยาได้ง่ายเกินไป ซึ่งไม่เพียงแสวงหายาปฏิชีวนะจากทางภาครัฐที่เป็นรูปแบบหลักทางการให้บริการทางการแพทย์เท่านั้น ยังพบว่ามีแสวงหาการใช้ยาปฏิชีวนะจากร้านชำหรือกองทุนยาหมู่บ้าน การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาและปัญหาเชื้อดื้อยา ดังนั้นทุกภาคส่วนควรร่วมกันแก้ไขปัญหาการจำหน่ายและการบริโภคยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียด ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 ประชากร
 - 2.2 กลุ่มตัวอย่าง
 - 2.3 เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.4 วิธีการสุ่มตัวอย่าง
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ตุลาคม 2562

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม (โดยคำนวณจากจำนวนครั้งที่ ผู้มารับบริการมารักษา) จำนวนการรับบริการ 46,401 ครั้ง และ 3,722 ครั้ง

ตามลำดับ (สัดส่วน 12.50:1) รวมทั้งหมด 50,123 ครั้งที่มาใช้บริการ (ข้อมูลรายงานการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2560 ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2561) [56]

ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2560

เรื่อง	โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
จำนวนครั้งของผู้มารับบริการและไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม	46,401 ครั้ง	3,722 ครั้ง
สัดส่วน	12.50	1

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้มารับบริการการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 31 แห่ง โดยการใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Yamane T., 1967) [57]

สูตรที่ใช้ในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากรทั้งหมด (50,123 ครั้ง)

e = ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (e = 0.05)

แทนค่า ดังนี้

$$n = \frac{50,123}{1+50,123 (0.05)^2}$$

$$= 396.83 \approx 397 \text{ ตัวอย่าง}$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนครั้งของผู้มารับบริการการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 397 ตัวอย่าง และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วน จึงเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 คิดเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 437 ตัวอย่าง

2.3 เกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเข้าการศึกษา

โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1.) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2.) สามารถฟังและเข้าใจภาษาไทยได้
- 3.) ผู้มารับบริการการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยของตนเองด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
- 4.) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีทั้งหมดจำนวน 31 แห่ง กำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบ่งเป็นกลุ่มตามลักษณะพื้นที่ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และกลุ่มชุมชนชนบท (ข้อมูลการแบ่งลักษณะพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจาก สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2560) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนครั้งผู้มารับบริการการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2560

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนครั้งของผู้มารับบริการ และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม (ครั้ง)	
	โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลัน	โรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน
กลุ่มชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท		
- รพ.สต.พระประโทน	1,890	198
- รพ.สต.สนามจันทร์	2,611	220
- รพ.สต.บ่อพลับ	813	66
- รพ.สต.บ้านอ้อยอิต้าย ตำบลบ่อพลับ	1001	42
- รพ.สต.ลำพญา	2,176	192
- รพ.สต.ห้วยจรเข้มะ	1,328	177
- รพ.สต.บ้านนาสร้าง	1,720	70
- รพ.สต.หนองปากโลง	2,721	137
- รพ.สต.บางแหม	1,370	78
กลุ่มชุมชนชนบท		
- รพ.สต.วังตะกู่	1,236	203
- รพ.สต.ธรรมศาลา	1,280	125
- รพ.สต.ตาก้อง	1,154	109
- รพ.สต.มาบแค	1,304	137
- รพ.สต.ดอนยายหอม	1,289	45
- รพ.สต.ถนนขาด	2,688	323
- รพ.สต.สามควายเผือก	2,044	210
- รพ.สต.หนองดินแดง	1,741	24
- รพ.สต.วังเย็น	1,245	120
- รพ.สต.โพรงมะเดื่อ	2,652	472
- รพ.สต.บ้านหุบกี้ ตำบลโพรงมะเดื่อ	1,414	127
- รพ.สต.สระกระเทียม	865	15
- รพ.สต.ลาดหญ้าแพรก ตำบลสระกะ	1,633	10

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนครั้งของผู้มารับบริการ และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม (ครึ่ง)	
	โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลัน	โรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน
เทียม		
- รพ.สต.สวนป่า	527	22
- รพ.สต.ทัพหลวง	1,546	173
- รพ.สต.บ้านม่วงตารส ตำบลทัพหลวง	2,164	71
- รพ.สต.ทุ่งน้อย	865	65
- รพ.สต.หนองงูเหลือม	1,616	79
- รพ.สต.บ้านยาง	801	90
- รพ.สต.หนองกระโดน ตำบลบ้านยาง	1,493	76
- รพ.สต.ดอนเสาเกียด	515	27
- รพ.สต.บ้านต้นสำโรง	699	19
รวม	46,401	3,722

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, ข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2560

ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling Without replacement) เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากแต่ละกลุ่มมา 4 แห่ง ตัวอย่างที่สุ่มมา มีลักษณะของกลุ่มชุมชนกึ่งเมืองชนบท และกลุ่มชนบทที่คล้ายกัน ซึ่งสุ่มด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในลักษณะคล้ายกัน และเมื่อสุ่มตัวอย่างจะได้ครบตามจำนวนพอดีเป็นกลุ่มละ 4 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่สุ่ม ได้แก่ กลุ่มชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้แก่ รพ.สต.บ่อพลับ รพ.สต.บ้านนาสร้าง รพ.สต.ลำพญา รพ.สต.หนองปากโลง และกลุ่มชุมชนชนบท ได้แก่ รพ.สต.ดอนยายหอม รพ.สต.โพรงมะเดื่อ รพ.สต.บ้านม่วงตารส รพ.สต.ถนนชาติ

จากนั้นคัดเลือกแบบกำหนดโควตา (Quota Selection) กำหนดสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มพื้นที่

โดยใช้สูตร
$$n_i = \frac{N_i \times n}{N}$$

n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

N_i = จำนวนประชากร ของแต่ละกลุ่ม

N = จำนวนประชากร รวมทั้งกลุ่มชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และ
กลุ่มชุมชนชนบท

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

ได้ขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มพื้นที่ตั้ง

กลุ่มพื้นที่ตั้ง	โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลัน		โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	
	จำนวน ประชากร (N_i)	ขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง (n_i)	จำนวน ประชากร (N_i)	ขนาดของกลุ่ม ตัวอย่าง (n_i)
กลุ่มชุมชนกึ่งเมืองกึ่ง ชนบท	15,630	136	1,180	10
- รพ.สต.บ่อพลับ	813	15	66	1
- รพ.สต.บ้านนาสร้าง	1,720	31	70	2
- รพ.สต.ลำพญา	2,176	40	192	4
- รพ.สต.ลำพญา	2,721	50	137	3
- รพ.สต.หนองปากโลง	30,771	268	2,542	23
กลุ่มชุมชนชนบท	2,652	80	472	12
- รพ.สต.โพรงมะเดื่อ	1,289	40	45	1
- รพ.สต.ดอนยายหอม	2,164	65	71	2
- รพ.สต.บ้านม่วงตารส	2,688	83	323	8
- รพ.สต.ถนนขาด				
รวม	46,401 (N)	404 (n)	3,722 (N)	33 (n)

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันกลุ่มชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่ รพ.สต.บ่อพลับ รพ.สต.บ้านนาสร้าง รพ.สต.ลำพญา และรพ.สต.หนองปากโลง จึงเท่ากับ 136 ตัวอย่าง กลุ่มชุมชนชนบท ที่ รพ.สต.โพรงมะเดื่อ รพ.สต.ดอนยายหอม รพ.สต.บ้านม่วงตารส รพ.สต.ถนนขาด จึงเท่ากับ 268 ตัวอย่าง และขนาดของกลุ่มตัวอย่างในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน กลุ่มชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่ รพ.สต.บ่อพลับ รพ.สต.บ้านนาสร้าง รพ.สต.ลำพญา และรพ.สต.หนองปากโลง จึงเท่ากับ 10 ตัวอย่าง กลุ่มชุมชนชนบท ที่ รพ.สต.โพรงมะเดื่อ รพ.สต.ดอนยายหอม รพ.สต.บ้านม่วงตารส รพ.สต.ถนนขาด จึงเท่ากับ 23 ตัวอย่าง ซึ่ง

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจุดคัดกรอง โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชี้แจงการทำวิจัยและผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ข้อมูล โดยการติดต่อทางโทรศัพท์ อีก 1 สัปดาห์ถัดมา

3. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

3.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับตัวแปรต้นและตัวแปรตามตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ประกอบไปด้วยเนื้อหา 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เรื่องปัจจัยภายในของบุคคล เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เรื่องปัจจัยภายนอกของบุคคล เกี่ยวกับสื่อและเนื้อหาที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ลักษณะของ รพ.สต. และการได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เรื่องวิถีชีวิตเกี่ยวกับเชื้อและยาปฏิชีวนะ ระดับความเจ็บป่วยหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา และการประเมินผลการรักษาจาก รพ.สต.

ตอนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์เรื่องพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ให้ข้อมูลที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

3.2 การสร้างเครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.2.1 ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารทางวิชาการ งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.2.2 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาประมวลผล เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการในแต่ละตัวแปร

3.2.3 สร้างข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

3.2.4 ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา การหาความเชื่อมั่น ดังนี้

3.2.4.1 การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ญ.อ.ดร. น้าฝน ศรีบัณฑิต อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร, ภก.เชื้อพรหม พะยอมแย้ม หัวหน้างานเภสัชปฐมภูมิ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม และคุณชนิษฐา ตั้งกิตติวัฒน์ ผู้อำนวยการ รพ.สต.โพรงมะเดื่อ จ.นครปฐม พิจารณาตรวจสอบเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมของเนื้อหา จำนวนข้อคำถาม เมื่อปรับข้อความให้มีความเหมาะสมทาง ภาษา ความชัดเจนของเนื้อหา แบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา นำไป ทดลองใช้ โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรที่ต้องการวัด โดยใช้ค่าดัชนีความ สอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence Index) คำนวณจากสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

$$IOC = \frac{\text{ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและ วัตถุประสงค์}}{\text{ผลคูณของคะแนนกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญ}}$$

$$\sum R = \text{ผลคูณของคะแนนกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญ}$$

$$n = \text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}$$

โดยผู้เชี่ยวชาญจะประเมินด้วยคะแนน 3 ระดับ คือ

$$+1 = \text{สอดคล้อง}$$

$$0 = \text{ไม่แน่ใจ}$$

$$-1 = \text{ไม่สอดคล้อง}$$

การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มีค่า IOC ทุกข้อ มากกว่า 0.5 (ค่า IOC มีค่าระหว่าง -1 ถึง 1 ข้อคำถามที่ดีจะต้องมีค่า IOC ใกล้เคียง 1 ถ้ามีค่า IOC ต่ำกว่าจะต้องปรับปรุง)

3.2.4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบทดสอบไปทดสอบใช้กับ กลุ่มตัวอย่างประชาชน ในรพ.สต.วังตะกุก อำเภอมะเอนก จังหวัดนครปฐม ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการจับ ฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling Without replacement) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ของการศึกษานี้ จำนวน 30 คน ซึ่งจะนำข้อมูลมาหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบ คำถามสามารถสื่อความหมายตรงความต้องการและเหมาะสมหรือไม่ จากนั้นจึงนำมาทดสอบความ เชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้

วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest Reliability) โดยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป PSPP version 1.9.0

การหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ มีเกณฑ์การแปลผลของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.00-1.00 ซึ่งจะประเมินความเชื่อมั่นหรือความสัมพันธ์ พิจารณาจากเกณฑ์แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับความสัมพันธ์เชิงความหมาย [58] ดังนี้

0.00	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
น้อยกว่า 0.30	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.30-0.69	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.70-0.90	มีความสัมพันธ์กันสูง
มากกว่า 0.90	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
1.00	มีความสัมพันธ์กันสมบูรณ์

การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest Reliability) ทั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ 0.86 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันสูง ซึ่งถือได้ว่าแบบสัมภาษณ์มีความน่าเชื่อถือในระดับที่ยอมรับได้ จึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

4.1 ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลงานวิจัย และรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พร้อมโครงร่างและเครื่องมือวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 8 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

4.4 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลให้แก่ผู้วิจัยระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2562 จากผู้ให้ข้อมูลที่มารับบริการการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ อายุ หมายเลขโทรศัพท์บ้านและหมายเลขโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้ ช่วงเวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์ข้อมูลทางโทรศัพท์ เป็นต้น และชี้แจงแก่ผู้ให้ข้อมูลจะมีผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อขอสัมภาษณ์ข้อมูลภายหลังจากมารับบริการการรักษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 สัปดาห์ถัดไป

4.5 ภายหลังจากได้ข้อมูลผู้ให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 สัปดาห์ถัดมา ผู้วิจัยจึงโทรศัพท์ไปขออนุญาตสัมภาษณ์ข้อมูลตอบแบบสัมภาษณ์ โดยชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะเริ่มสัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ โดยก่อนการทำการสัมภาษณ์ข้อมูลจะให้คำมั่นสัญญาว่าจะไม่มีข้อมูลใดๆที่จะเป็นการบ่งชี้หรือเปิดเผยถึงลักษณะเฉพาะให้สามารถอ้างอิงผู้ให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องและเป็นจริงของข้อมูล พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการจดบันทึก แต่หากข้อมูลที่ได้มาไม่ครบถ้วนชัดเจนหรือผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตนัดสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติม โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-20 นาที หากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถโทรศัพท์ติดต่อได้ผู้วิจัยจะติดต่อซ้ำ จำนวน 3 ครั้ง วันละ 1 ครั้ง โดยช่วงเวลาที่ติดต่อเป็นช่วงเวลาที่แตกต่างกัน แต่หากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถโทรศัพท์ติดต่อได้หรือไม่ยินดีที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะติดต่อผู้ให้ข้อมูลคนถัดไปตามลำดับจนได้ครบตามจำนวน และส่วนของข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจะเป็นผู้ลงข้อมูลให้ครบถ้วน

4.6 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนและบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

4.7 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ แปลผลวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รวบรวมตรวจสอบถูกต้อง และสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ศึกษาและวิเคราะห์โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติและประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำหรับรูป PSPV version 1.9.0 โดยใช้สถิติดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ใช้ในการวิเคราะห์เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลปัจจัยภายในและภายนอก รวมทั้งข้อมูลพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพชีวิตในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

5.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและภายนอกที่แสวงหาการดูแลสุขภาพชีวิตในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ กับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพชีวิตในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นตัวแปรตามด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และในกรณีที่

ข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) จึงจะใช้การทดสอบของ Fisher's Exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

6. การรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน

การดำเนินการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สากล ได้รับการอนุมัติเมื่อ 27 สิงหาคม 2560 (เอกสารรหัสโครงการ 030/2018)



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 437 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2562

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้มารับบริการการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 320 ราย (ร้อยละ 73.23) เพศชาย 117 ราย (ร้อยละ 26.77) (ร้อยละ 26.77) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 41 – 50 ปี 118 ราย (ร้อยละ 27.00) รองลงมาอายุ 51 – 60 ปี 115 ราย (ร้อยละ 26.32) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส 336 ราย (ร้อยละ 76.89) จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา 177 ราย (ร้อยละ 40.50) รองลงมามัธยมศึกษา 149 ราย (ร้อยละ 34.10) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง 140 ราย (ร้อยละ 32.04) ธุรกิจส่วนตัว 104 ราย (ร้อยละ 23.80) มีรายได้ส่วนใหญ่ 5,001 – 10,000 บาท 135 ราย (ร้อยละ 30.89) ต่ำกว่า 5,000 บาท 113 ราย (ร้อยละ 25.86) สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า 292 ราย (ร้อยละ 66.82) รองลงมาประกันสังคม 99 ราย (ร้อยละ 22.65) ส่วนใหญ่ โรคประจำตัว พบว่า โรคความดันโลหิตสูง 105 ราย (ร้อยละ 19.30) รองลงมา โรคเบาหวาน 99 ราย (ร้อยละ 28.38) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 1 โรค พบว่า โรคความดันโลหิตสูง 38 ราย (ร้อยละ 8.70) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 2 โรค พบว่า โรคไขมันในโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง 26 ราย (ร้อยละ 5.95)(ตารางที่5)

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=437)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	320	73.23
ชาย	117	26.77
2. อายุ		
อายุ 18 – 20 ปี	17	3.89
อายุ 21 – 40 ปี	124	28.38
อายุ 41 – 60 ปี	233	53.31
อายุมากกว่า 60 ปี	63	14.42
3. สถานภาพสมรส		
สมรส	336	76.89
โสด	73	16.70
หม้าย/หย่า	28	6.41
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	19	4.35
ประถมศึกษา	177	40.50
มัธยมศึกษา	149	34.10
อุดมศึกษา	92	21.05
5. อาชีพ		
รับจ้าง	140	32.04
ธุรกิจส่วนตัว	104	23.80
ไม่ได้ทำงาน	95	21.74
พนักงานบริษัทเอกชน	36	8.24
เกษตรกร	28	6.41
รับราชการ	17	3.89
นักเรียน/นักศึกษา	15	3.43
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	0.46
6. รายได้		
ไม่มีรายได้	29	6.64
1- 10,000 บาท	248	56.75
10,001 – 20,000 บาท	122	27.92
20,000 ขึ้นไป	38	8.70

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
7. สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	305	68.79
ประกันสังคม	104	23.80
ข้าราชการ	19	4.35
สิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ เช่น สวัสดิการของ หน่วยงานเอกชน ประกันเอกชน บัตรสวัสดิการสำหรับ ผู้นำชุมชน	9	2.06
8. โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	105	24.03
โรคเบาหวาน	63	14.42
โรคภูมิแพ้	52	11.90
โรคไขมันโลหิตสูง	49	11.21
โรคหัวใจ	16	3.66
โรคเก๊าท์	8	1.83
โรคเข้าเสื่อม	8	1.83
โรคมะเร็ง	8	1.83
โรคไตเรื้อรัง	1	0.23
ไม่มีโรคประจำตัว	234	53.55
9. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	234	53.55
มี โรคประจำตัว 1 โรค		
- โรคความดันโลหิตสูง	38	8.70
- โรคภูมิแพ้	36	8.24
- โรคเบาหวาน	24	5.49
- โรคเข้าเสื่อม	8	1.83
- โรคมะเร็ง	7	1.60
- โรคหัวใจ	6	1.37
- โรคไขมันในโลหิตสูง	6	1.37
- โรคเก๊าท์	3	0.69
มี โรคประจำตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรคขึ้นไป		
- โรคไขมันในโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง	26	5.95
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	23	5.26
- โรคภูมิแพ้ โรคความดันโลหิตสูง	23	5.26
- โรคเบาหวาน โรคไขมันในโลหิตสูง โรคความดันโลหิต	5	1.14

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
สูง		
- โรคเบาหวาน โรคไขมันในโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง	2	0.46
- โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในโลหิตสูง โรคเก๊าท์	2	0.46
- โรคโรคเบาหวาน โรคไขมันในโลหิตสูง โรคหัวใจ	2	0.46
- โรคไขมันในโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเก๊าท์	2	0.46
- โรคภูมิแพ้ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง	4	0.92
10. โรคที่มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม	404	92.45
อักเสบเฉียบพลัน		
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	33	7.55

สำหรับโรคที่มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน 404 ราย (ร้อยละ 92.45) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 33 ราย (ร้อยละ 7.55) กลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้บริการ พบว่า กลุ่มชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท 146 ราย (ร้อยละ 33.41) กลุ่มชุมชนชนบท 291 ราย (ร้อยละ 66.59) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้บริการ (n=437)

กลุ่มพื้นที่ตั้ง	โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน		โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท	136	31.12	10	2.29
- รพ.สต.บ่อพลับ	15	3.43	1	0.23
- รพ.สต.บ้านนาสร้าง	31	7.09	2	0.46
- รพ.สต.ลำพญา	40	9.15	4	0.92
- รพ.สต.หนองปากโลง	50	11.44	3	0.69
กลุ่มชุมชนชนบท	268	61.33	23	5.26
- รพ.สต.โพรงมะเดื่อ	80	18.31	12	2.75
- รพ.สต.ดอนยายหอม	40	9.15	1	0.23
- รพ.สต.บ้านม่วงตารส	65	14.87	2	0.46
- รพ.สต.ถนนขาด	83	18.99	8	1.83

**ส่วนที่ 2 การประเมินผลการรักษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ระดับความเจ็บป่วย
หลังตัดสินใจแสวงหาการรักษาและวิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อและยาปฏิชีวนะ**

2.1 การประเมินผลการบริการรักษาโดยผู้รับบริการโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจาก รพ.สต. พบว่า หาย จากโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน 368 ราย (ร้อยละ 84.21) และหาย จากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 33 ราย (ร้อยละ 7.55) นอกจากนี้ พบว่า ไม่หาย จากโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน 36 ราย (ร้อยละ 8.24) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงการประเมินผลการรักษาโดยผู้รับบริการจาก รพ.สต. (n=437)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ประเมินผลการบริการรักษาโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจาก รพ.สต.		
หาย	401	91.76
หาย จากโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน	368	84.21
หาย จากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	33	7.55
ไม่หาย จากโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน	36	8.24

2.2 ระดับความเจ็บป่วยหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา (ข้อมูลสำหรับผู้ไปรักษาบริการที่
อื่นๆ จำนวน 36 ราย) พบว่า 3 วัน 12 ราย (ร้อยละ 33.33) 2 วัน 11 ราย (ร้อยละ 30.56) 1 วัน 6
ราย (ร้อยละ 16.67) ระดับความรุนแรงของโรคหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา พบว่า ระดับมาก 21
ราย (ร้อยละ 58.33) ระดับปานกลาง 13 ราย (ร้อยละ 36.11) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงวิธีคิดเกี่ยวกับระดับความเจ็บป่วยหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา (n=36)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. หลังจากใช้บริการสุขภาพที่ รพ.สต. ระยะเวลาสั้นเท่าใด จึงไปรักษาบริการที่อื่น		
3 วัน	12	33.33
2 วัน	11	30.56
1 วัน	6	16.67
5 วัน	4	11.11
4 วัน	3	8.33

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
2. ระดับความรุนแรงของโรคหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา		
มาก	21	58.33
ปานกลาง	13	36.11
มากที่สุด	2	5.56

2.3 วิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อ โดยกลุ่มตัวอย่างมีวิธีเกี่ยวกับเชื้อในหลายรูปแบบ ทั้งนี้ในประเด็นความหมายของเชื้อ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าเชื้อ คือ สิ่งมีชีวิตที่ก่อเกิดโรค 129 ราย (ร้อยละ 29.52) รองลงมามองว่าเชื้อ คือ สิ่งมีชีวิตที่อยู่ในสิ่งสกปรก 106 ราย (ร้อยละ 24.26) สำหรับรูปร่างลักษณะของเชื้อ พบว่า มองไม่เห็น 258 ราย (ร้อยละ 59.04) ขนาดของเชื้อ พบว่า มองไม่เห็น 262 ราย (ร้อยละ 59.95) ซึ่งส่วนใหญ่แหล่งที่พบเชื้อ พบได้ทุกแห่ง 189 ราย (ร้อยละ 31.71) อากาศ 125 ราย (ร้อยละ 20.97) ที่สกปรก 109 ราย (ร้อยละ 18.29) โดยเชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยทางการหายใจ 359 ราย (ร้อยละ 38.89) การรับประทาน 278 ราย (ร้อยละ 30.12) ทางผิวหนัง 215 ราย (ร้อยละ 23.29) นอกจากนี้ให้ข้อมูลว่าเชื้อเข้ามาในร่างกายก่อให้เกิดประโยชน์ 152 ราย (ร้อยละ 34.78) โดยต่อต้านเชื้อโรคอื่นๆ 31 ราย (ร้อยละ 7.09) เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน 6 ราย (ร้อยละ 1.37) แต่ยังไม่พบว่ามีเชื้อก่อให้เกิดโทษ ที่ส่งผลก่อโรค 369 ราย (ร้อยละ 84.44) ทำลายภูมิคุ้มกัน 10 ราย (ร้อยละ 2.29) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงวิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อ (n=437)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความหมายของเชื้อ		
สิ่งมีชีวิตที่ก่อเกิดโรค	129	29.52
สิ่งมีชีวิตที่อยู่ในสิ่งสกปรก	124	28.38
สิ่งมีชีวิตที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม	53	12.13
ไวรัส/แบคทีเรีย	43	9.84
ไม่ทราบ	88	20.14
2. รูปร่างลักษณะของเชื้อ		
มองไม่เห็น	258	59.04
ไม่ทราบ	177	40.50
รูปร่างแตกต่างกันแล้วแต่ชนิด	2	0.46
3. ขนาดของเชื้อ		
ขนาดเล็กจนมองไม่เห็น	262	59.95
ไม่ทราบ	175	40.05
4. แหล่งที่พบเชื้อ		
ทุกแห่ง	189	31.71
อากาศ	125	20.97

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ที่สกปรก	109	18.29
อาหาร	58	9.73
ฝุ่นละออง	48	8.05
คน	43	7.21
สัตว์	9	1.51
ไม่ทราบ	15	2.52
5. ช่องทางการเข้าสู่ร่างกายของเชื้อ		
การหายใจ	359	38.89
การรับประทาน	278	30.12
ทางผิวหนัง	215	23.29
มีบาดแผล	49	5.31
การมีเพศสัมพันธ์	4	0.43
ไม่ทราบ	18	1.95
6. ประโยชน์และโทษของเชื้อที่เข้ามาทำในร่างกาย		
ประโยชน์		
- ไม่มีประโยชน์	285	65.22
-ต่อต้านเชื้อโรคอื่นๆ	31	7.09
- เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน	6	1.37
- ช่วยขับถ่าย	2	0.46
- ไม่ทราบประโยชน์	113	25.86
โทษ		
- ก่อโรค	369	84.44
- ทำลายภูมิคุ้มกัน	10	2.29
- ไม่ทราบโทษ	58	13.27

2.4 วิธีคิดเกี่ยวกับการให้ความหมายของเชื้อดื้อยา พบว่า เกิดเมื่อรับประทานยาเดิมไม่หาย 146 ราย (ร้อยละ 33.41) เกิดเมื่อรับประทานยาไม่ครบหรือต่อเนื่อง 90 ราย (ร้อยละ 20.59) เกิดเมื่อรับประทานยามากเกินความจำเป็น 89 ราย (ร้อยละ 20.37) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 แสดงวิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา (n=437)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ความหมายของเชื้อดื้อยา		
เกิดเมื่อรับประทานยาเดิมไม่หาย	146	33.41
เกิดเมื่อรับประทานยาไม่ครบหรือไม่ต่อเนื่อง	90	20.59
เกิดเมื่อรับประทานยามากเกินความจำเป็น	89	20.37

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เชื้อที่รุนแรงที่ต้องใช้ยาฆ่าเชื้อระดับสูงรักษา	9	2.06
เชื้อต่อต้าน	8	1.83
ปรับตัว	7	1.60
เชื้อโรคไม่ตาย โรคยังไม่หายหลังรับประทานยา	6	1.37
ไม่ทราบ	82	18.76

2.5 วิธีคิดเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ โดยกลุ่มตัวอย่างมีวิธีเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ในหลายรูปแบบ ทั้งนี้ในประเด็นความหมายของยาปฏิชีวนะ คือ ยาฆ่าเชื้อ 339 ราย (ร้อยละ 77.57) ยารักษาโรคติดเชื้อ 15 ราย (ร้อยละ 3.43) ยาแก้อักเสบ 7 ราย (ร้อยละ 1.60) สำหรับยาฆ่าเชื้อและยาแก้อักเสบให้ความเห็นว่ามีคามหมายคล้ายกัน คือ มีข้อบ่งใช้ทั้งฆ่าเชื้อและแก้อักเสบ 84 ราย (ร้อยละ 19.22) มีข้อบ่งใช้รักษาอาการหวัดและเจ็บคอ 48 ราย (ร้อยละ 10.98) มีข้อบ่งใช้รักษาแผล 12 ราย (ร้อยละ 2.75) แต่มีผู้ให้ความเห็นว่า แตกต่างกัน คือ ยาฆ่าเชื้อใช้รักษาอาการหวัด ยาแก้อักเสบรักษาแผล 82 ราย (ร้อยละ 18.76) ยาฆ่าเชื้อใช้ฆ่าเชื้อโรค ส่วนยาแก้อักเสบรักษาอาการปวด 64 ราย (ร้อยละ 14.65) ยาฆ่าเชื้อใช้ฆ่าเชื้อ แต่ไม่ทราบเหตุผล 71 ราย (ร้อยละ 16.25) ยาปฏิชีวนะเข้าไปฆ่าเชื้อในร่างกาย 340 ราย (ร้อยละ 77.80) รวมทั้งเข้าไปรักษาโรคหวัด 11 ราย (ร้อยละ 2.52) ยับยั้งเชื้อ 6 ราย (ร้อยละ 1.37) นอกจากนี้ให้ข้อมูลว่ายาปฏิชีวนะมีประโยชน์ คือ ฆ่าเชื้อ 303 ราย (ร้อยละ 69.34) รักษาโรคให้หาย 32 ราย (ร้อยละ 7.32) สร้างภูมิคุ้มกัน 4 ราย (ร้อยละ 0.92) รวมทั้งให้ข้อมูลว่า เกิดโทษ คือ เกิดอาการข้างเคียง 178 ราย (ร้อยละ 40.73) ดื้อยา 35 ราย (ร้อยละ 8.01) แพ้ยา 6 ราย (ร้อยละ 1.37) หากไม่มียาปฏิชีวนะใช้รักษาโรค พบว่า มีผลกระทบ 295 ราย (ร้อยละ 67.51) โดยเลือกไปพบแพทย์ 190 ราย (ร้อยละ 43.48) รับประทานอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ 41 ราย (ร้อยละ 9.38) พักผ่อน 23 ราย (ร้อยละ 23) แต่มีผู้ให้ความเห็นว่า ไม่มีผลกระทบ 30 ราย (ร้อยละ 32.49) เนื่องจากสามารถรับประทานสมุนไพรทดแทน 11 ราย (ร้อยละ 2.52) เลือกไปพบแพทย์ 9 ราย (ร้อยละ 2.06) ดื่มน้ำอุ่น 4 ราย (ร้อยละ 0.92) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 แสดงวิธีคิดเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ (n=437)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความหมายของยาปฏิชีวนะ		
ยาฆ่าเชื้อ	340	77.80
ยารักษาโรคติดเชื้อ	20	4.58
ยาแก้อักเสบ	7	1.60
ไม่ทราบ	70	16.02
2. ความหมายของยาฆ่าเชื้อและยาแก้อักเสบ		
คล้ายกัน		
- มีข้อบ่งใช้ทั้งฆ่าเชื้อและแก้อักเสบ	84	19.22

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
- มีข้อบ่งชี้ รักษาอาการหวัดและเจ็บคอ	48	10.98
- มีข้อบ่งชี้ รักษาแผล	12	2.75
- มีคุณสมบัติดักจับเชื้อโรค	1	0.23
แตกต่างกัน		
- ยาฆ่าเชื้อใช้รักษาอาการหวัด ยาแก้ไอเสบรักษาแผล	82	18.76
- ยาฆ่าเชื้อใช้ฆ่าเชื้อโรค ยาแก้ไอเสบรักษาอาการปวด	64	14.65
- ยาฆ่าเชื้อใช้ฆ่าเชื้อ ยาแก้ไอเสบรักษาอาการไอเสบ	6	1.37
- แตกต่างกัน แต่ไม่ทราบเหตุผล	71	16.25
ไม่ทราบ	69	15.79
3. ยาปฏิชีวนะเข้าไปทำอะไรในร่างกาย		
ฆ่าเชื้อ	340	77.80
รักษาโรคหวัด	11	2.52
ยับยั้งเชื้อ	6	1.37
ขับเชื้อออกจากร่างกาย	5	1.14
สร้างภูมิคุ้มกัน	2	0.46
ปรับสมดุลร่างกาย	1	0.23
ไม่ทราบ	72	16.48
4. ประโยชน์และโทษของยาปฏิชีวนะ		
ประโยชน์		
- ฆ่าเชื้อ	307	70.25
- รักษาโรคให้หาย	34	7.78
- ไม่ทราบ	96	21.97
โทษ		
- เกิดอาการข้างเคียง	178	40.73
- เชื้อดื้อยา	35	8.01
- แพ้ยยา	6	1.37
- ไม่มีโทษ	51	11.67
ไม่ทราบ	167	38.22
5. การมีผลกระทบ หากไม่มียาปฏิชีวนะใช้รักษาโรค		
มีผลกระทบ	295	67.51
- ไปพบแพทย์	190	43.48
- รับประทานอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์	41	9.38
- พักผ่อน	23	23
- ออกกำลังกาย	16	3.66

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
- รับประทานสมุนไพรทดแทน	15	3.43
- ดื่มน้ำร้อน	5	1.14
- แสงหยาอื่นๆทดแทน	5	1.14
ไม่มีผลกระทบ	30	32.49
- รับประทานสมุนไพรทดแทน	11	2.52
- ไปพบแพทย์	9	2.06
- ดื่มน้ำอุ่น	4	0.92
- แสงหยาอื่นๆทดแทน	4	0.92
- ออกกำลังกาย	1	0.23
- รักษาความสะอาด	1	0.23
ไม่ทราบ	112	25.63

ส่วนที่ 3 สื่อและเนื้อหาที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ลักษณะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.1 สื่อและเนื้อหาที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ทราบแหล่งที่รับรู้ข้อมูลแนะนำเรื่องเชื้อจากโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 135 ราย (ร้อยละ 16.96) พยาบาล 105 ราย (ร้อยละ 13.96) แพทย์ 97 ราย (ร้อยละ 12.19) ไม่มีผู้แนะนำ 78 ราย (ร้อยละ 9.80) โทรทัศน์ 169 ราย (ร้อยละ 21.23) อินเทอร์เน็ต 94 ราย (ร้อยละ 11.81) รวมทั้งแหล่งที่รับรู้ข้อมูลแนะนำเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 247 ราย (ร้อยละ 25.03) แพทย์ 149 ราย (ร้อยละ 15.10) เกษัชกร 119 ราย (ร้อยละ 12.06) ไม่มีผู้แนะนำ 71 ราย (ร้อยละ 7.19) โทรทัศน์ 118 ราย (ร้อยละ 11.96) อินเทอร์เน็ต 98 ราย (ร้อยละ 9.93) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 แสดงสื่อและเนื้อหาที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะ (n=437)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. แหล่งที่ได้รับข้อมูลแนะนำเรื่องเชื้อจากโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	135	16.96
พยาบาล	105	13.19
แพทย์	97	12.19
เกษัชกร	42	5.28

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัว	24	3.02
เพื่อน/จากคนรู้จัก	7	0.88
คุณครู/อาจารย์	2	0.25
ไม่มีผู้แนะนำ	78	9.80
โทรทัศน์	169	21.23
อินเทอร์เน็ต	94	11.81
วิทยุ	15	1.88
หนังสือพิมพ์	13	1.63
โปสเตอร์	10	1.26
เสียงตามสาย	1	0.13
2. แหล่งที่ได้รับข้อมูลแนะนำเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	247	25.03
แพทย์	149	15.10
เภสัชกร	119	12.06
พยาบาล	111	11.25
ครอบครัว	23	2.33
ไม่มีผู้แนะนำ	71	7.19
โทรทัศน์	118	11.96
อินเทอร์เน็ต	98	9.93
โปสเตอร์	13	1.32
หนังสือพิมพ์	9	0.91
นิตยสาร	6	0.61

3.2 การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและลักษณะของ รพ.สต. โดยระยะทางในการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า 1 กม. 151 ราย (ร้อยละ 34.55) 2 กม. 111 ราย (ร้อยละ 25.40) สำหรับความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ระดับมาก 387 ราย (ร้อยละ 88.56) สำหรับแหล่งที่ใช้บริการสถานบริการสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย พบว่า ดูแลตนเองเบื้องต้น 180 ราย (ร้อยละ 41.19) รพ.สต. 166 ราย (ร้อยละ 37.99) ร้านยา 45 ราย (ร้อยละ 10.30) แหล่งที่ได้รับยาปฏิชีวนะ พบว่า โรงพยาบาล 181 ราย (ร้อยละ 41.42) รพ.สต. 140 ราย (ร้อยละ 32.04) (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 แสดงการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ (n=437)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะทางในการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
1 กม.	151	34.55
2 กม.	111	25.40
3 กม.	75	17.16
4 กม.	50	11.44
5 กม.	39	8.92
7 กม.	7	1.60
10 กม.	4	0.92
2. ความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
มากที่สุด	43	9.84
มาก	387	88.56
ปานกลาง	7	1.60
3. แหล่งที่ใช้บริการสถานบริการสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย		
ดูแลตนเองเบื้องต้น	180	41.19
รพ.สต.	166	37.99
ร้านยา	45	10.30
โรงพยาบาลของรัฐ	23	5.26
คลินิก	17	3.89
โรงพยาบาลเอกชน	6	1.37
4. สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ		
โรงพยาบาล	181	41.42
รพ.สต.	140	32.04
คลินิก	66	15.10
ร้านยา	18	4.12
ไม่เคยได้รับ	32	7.32

3.3 การได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ครั้งล่าสุดที่มาใช้บริการ ได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เรื่องโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่า แนะนำ 260 ราย (ร้อยละ 59.50) ไม่แนะนำ 177 ราย (ร้อยละ 39.50) (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 แสดงการได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (n=437)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ครั้งล่าสุดที่มารับบริการได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เรื่องโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน		
แนะนำ	260	59.50
ไม่แนะนำ	177	39.50

3.4 ลักษณะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลให้บริการ พบว่า ขนาดกลาง 273 ราย (ร้อยละ 62.47) ขนาดใหญ่ 164 ราย (ร้อยละ 37.53) นอกจากนี้จำนวนครั้งของการตรวจรักษาพยาบาลของแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ พบว่า ไม่มีแพทย์ตรวจรักษา 198 ราย (ร้อยละ 45.31) รองลงมา มีแพทย์ตรวจรักษา เดือนละ 1 ครั้ง 115 ราย ร้อยละ 28.36 ราย มีแพทย์ตรวจรักษา เดือนละ 2 ครั้ง 124 ราย (ร้อยละ 26.32) สำหรับระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่า 4 ดาว 26 ราย (ร้อยละ 5.95) 5 ดาว 411 ราย (ร้อยละ 94.05) (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 แสดงลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้บริการ (n=437)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ขนาดของ รพ.สต. ที่ให้บริการ		
กลาง	272	62.24
ใหญ่	165	37.76
2. รพ.สต. มีแพทย์ตรวจรักษาพยาบาลที่ให้บริการ		
ไม่มีแพทย์ตรวจรักษา	254	58.12
มีแพทย์ตรวจรักษา เดือนละ 1 ครั้ง	50	11.44
มีแพทย์ตรวจรักษา เดือนละ 2 ครั้ง	133	30.43
3. ระดับ รพ.สต. ติดดาว ที่ให้บริการ		
4 ดาว	26	5.95
5 ดาว	411	94.05

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มาใช้บริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มาใช้บริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วย พบว่า แสวงหายาปฏิชีวนะ 36 ราย (ร้อยละ 100.00) สำหรับช่องทางของการได้รับยาปฏิชีวนะจากสถานบริการสุขภาพแห่งใหม่ พบว่า คลินิกเอกชน 16 ราย (ร้อยละ 44.44) โรงพยาบาล 12 ราย (ร้อยละ 33.33) ร้านยา 6 ราย (ร้อยละ 16.67) อีกทั้งเหตุผลที่เลือกรับยาปฏิชีวนะจากสถานบริการสุขภาพแห่งใหม่ พบว่า เคยมาใช้บริการแล้วอาการดีขึ้น 17 ราย (ร้อยละ 47.22) รักษาดีและมีชื่อเสียง 10 ราย (ร้อยละ 27.78) การเดินทางสะดวก ใกล้บ้าน 7 ราย (ร้อยละ 19.44) สำหรับจำนวนชนิดยาปฏิชีวนะที่ได้รับ พบว่า 1 ชนิด 28 ราย (ร้อยละ 77.78) 2 ชนิด 2 ราย (ร้อยละ 5.56) ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ 6 ราย (ร้อยละ 16.67) โดยชนิดยาปฏิชีวนะที่ได้รับ พบว่า Amoxicillin 15 ราย (ร้อยละ 41.67) ยาปฏิชีวนะที่เป็นสูตรผสมระหว่าง Amoxicillin และ Clavulanic acid 5 ราย (ร้อยละ 13.89) ไม่ทราบ 10 ราย (ร้อยละ 27.78) ซึ่งจำนวนยาปฏิชีวนะที่ได้รับ พบว่า 20 เม็ด 26 ราย (ร้อยละ 72.22) 10 เม็ด 2 ราย (ร้อยละ 5.56) ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ 6 ราย (ร้อยละ 16.67) สำหรับความถี่ของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ พบว่า รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร 21 ราย (ร้อยละ 58.33) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร 5 ราย (ร้อยละ 13.89) ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ 6 ราย (ร้อยละ 16.67) สำหรับจำนวนวันของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ พบว่า 5 วัน 12 ราย (ร้อยละ 33.33) 7 วัน 11 ราย (ร้อยละ 30.56) 10 วัน 5 ราย (ร้อยละ 13.89) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพ พบว่า 50 - 100 บาท 10 ราย (ร้อยละ 27.78) 100 - 200 บาท 10 ราย (ร้อยละ 27.78) 200 - 500 บาท 9 ราย (ร้อยละ 25.00) เมื่อประเมินผลการรักษาการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพแห่งใหม่ พบว่า อาการหายจากโรคที่เป็น 36 ราย (ร้อยละ 100.00) (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 แสดงพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มาใช้บริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=36)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเจ็บป่วยมีการแสวงหายาปฏิชีวนะ แสวงหายาปฏิชีวนะ	36	100.00
2. ช่องทางของการได้รับยาปฏิชีวนะจากสถานบริการสุขภาพ แห่งใหม่ คลินิกเอกชน	16	44.44

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล	12	33.33
ร้านยา	6	16.67
มียาอยู่ที่บ้าน	2	5.56
3. เหตุผลที่เลือกรับยาปฏิชีวนะจากสถานบริการสุขภาพแห่งใหม่		
เคยมาใช้บริการแล้วอาการดีขึ้น	17	47.22
รักษาดีและมีชื่อเสียง	10	27.78
การเดินทางสะดวก ใกล้บ้าน	7	19.44
ญาติ/คนรู้จักแนะนำ	2	5.56
4. จำนวนชนิดยาปฏิชีวนะที่ได้รับ		
1 ชนิด	28	77.78
2 ชนิด	2	5.56
ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	6	16.67
5. ชนิดยาปฏิชีวนะที่ได้รับ		
Amoxicillin	15	41.67
ยาปฏิชีวนะที่เป็นสูตรผสมระหว่าง Amoxicillin และ Clavulanic acid	5	13.89
ไม่ทราบ	10	27.78
ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	6	16.67
6. จำนวนยาปฏิชีวนะที่ได้รับ		
20 เม็ด	26	72.22
10 เม็ด	2	5.56
15 เม็ด	1	2.78
ยาฉีด 1 amp	1	2.78
ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	6	16.67
7. ความถี่ของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ		
รับประทานครั้ง 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร	21	58.33
รับประทานครั้ง 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร	5	13.89
รับประทานครั้ง 2 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร	3	8.33
ยาฉีด 1 amp ทันที	1	2.78
ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	6	16.67
8. จำนวนวันของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ		
5 วัน	13	36.11

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
7 วัน	11	30.56
10 วัน	5	13.89
1 วัน	1	2.78
9. ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพแห่งใหม่		
50 - 100 บาท	10	27.78
100 - 200 บาท	10	27.78
200 - 500 บาท	9	25.00
1- 50 บาท	7	19.44
10. ประเมินผลการรักษาการให้บริการจากสถานบริการสุขภาพแห่งใหม่ อาการหายจากโรคที่เป็น	36	100.00

ส่วนที่ 5 การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป วิธีคิดเกี่ยวกับเชื่อและยาปฏิชีวนะ ระดับความเจ็บป่วยหลังตัดลิ้นใจแสวงหาการรักษา กับพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ วิธีคิดเกี่ยวกับเชื่อและยาปฏิชีวนะ กับพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะ พบว่า ลักษณะทั่วไป เช่น เพศ ($\chi^2 = 6.249$; Sig.= .012) สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 6.978$; Sig.= .031) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 19.683$; Sig.= .001) ลักษณะของ รพ.สต. ($\chi^2 = 4.854$; Sig.= .028), วิธีคิดเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ เช่น ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ ($\chi^2 = 11.989$; Sig.= .002) การส่งผลกระทบ หากไม่มียาปฏิชีวนะใช้รักษาโรค ($\chi^2 = 17.722$; Sig.= .001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 แสดงการสรุปความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ วิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อและยาปฏิชีวนะ กับพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการ ภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรค อูจจาละร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวแปร	χ^2	Sig.
ลักษณะทั่วไป		
เพศ	6.249	.012
อายุ	0.029	.986
สถานภาพสมรส	6.978	.031
ระดับการศึกษา	19.683	.001
อาชีพ	13.629	.059**
รายได้	5.997	.086**
สิทธิการรักษาพยาบาล	11.685	.051**
โรคประจำตัว	8.282	.054**
โรคที่มารักษา	3.416	.100**
ลักษณะของ รพ.สต. (ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท/ชนบท)	4.854	.028
รพ.สต.มีแพทย์ตรวจ	4.697	.096
ขนาด รพ.สต.	4.029	.051
ลักษณะ รพ.สต. ติดดาว	1.087	.614
การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ		
ได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	0.042	.837
ระยะทาง	7.789	.058
ความสะดวก	5.716	.090
สถานบริการสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย	7.769	.126**
วิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อ		
ขนาดของเชื้อ	0.043	.836
ประโยชน์ของเชื้อ	29.731	.081**
โทษของเชื้อ	8.474	.014**
ความหมายของเชื้อคือยา	6.158	.188
วิธีคิดเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ		
ความหมายของยาปฏิชีวนะ	7.129	.054**
ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ	11.989	.002
โทษของยาปฏิชีวนะ	3.655	.490**
การส่งผลกระทบ หากไม่มียาปฏิชีวนะใช้รักษาโรค	17.722	.001

** วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's Exact test คำนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป วิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อและยาปฏิชีวนะ ระดับความเจ็บป่วยหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา กับพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพศ ($\chi^2 = 6.249$, P-value = .012), ลักษณะของ รพ.สต. ($\chi^2 = 4.854$, P-value = .028), วิธีคิดเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ เช่น ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ ($\chi^2 = 11.989$, P-value = .002) การส่งผลกระทบ หากไม่มียาปฏิชีวนะใช้รักษาโรค ($\chi^2 = 17.722$, P-value = .001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป วิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อและยาปฏิชีวนะ ระดับความเจ็บป่วยหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา กับพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวแปร	พฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะ (ร้อยละ)			χ^2	P-value
	แสวงหา	ไม่แสวงหา	รวม		
ลักษณะทั่วไป					
- เพศ					
ชาย	16 (9.64)	101 (107.36)	117	6.249	.012
หญิง	20 (26.36)	300 (293.64)	320		
รวม	36	401	437		
สถานภาพสมรส					
โสด	6 (6.01)	67 (66.69)	73	6.978	0.31
สมรส	24 (27.68)	312 (308.32)	336		
หม้าย/หย่า	6 (2.31)	22 (25.69)	28		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	2 (1.57)	17 (17.43)	19	19.683	.001
ประถมศึกษา	6 (14.58)	171 (162.42)	177		

ตัวแปร	พฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะ (ร้อยละ)			χ^2	P-value
	แสวงหา	ไม่แสวงหา	รวม		
มัธยมศึกษา	24 (12.27)	125 (136.73)	149		
อุดมศึกษา	4 (7.58)	88 (84.42)	92		
- ลักษณะของ รพ.สต. (ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท/ชนบท)					
กลุ่มชุมชนชนบท	18 (23.97)	273 (267.03)	291	4.854	.028
กลุ่มชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท	18 (12.03)	128 (133.97)	146		
วิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อ					
- ความหมายของเชื้อ					
ความหมายของเชื้อ (ก่อโรค)					
สิ่งมีชีวิตก่อโรค	10 (10.63)	119 (118.37)	129	8.007	.044
ความหมายของเชื้อ (แหล่งที่พบเชื้อ)					
สิ่งที่อยู่ในสิ่งสกปรก	3 (10.22)	121 (113.78)	124	8.229	.016
สิ่งมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม	7 (4.37)	46 (48.63)	53		
ความหมายของเชื้อ (ไวรัสหรือแบคทีเรีย)					
ไวรัสหรือแบคทีเรีย	10 (3.54)	33 (39.46)	43	14.904	.031**
- โทษของเชื้อ					
โทษ ไม่ทราบ	11 (4.78)	47 (53.22)	58	8.474	.014**
โทษ ก่อโรค	25 (30.40)	344 (338.60)	369		
โทษ ทำลายภูมิคุ้มกัน	0 (0.82)	10 (9.18)	10		
วิธีคิดเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ					
- ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ					
ฆ่าเชื้อ	19	288	307	11.989	.002

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะ (ร้อยละ)			χ^2	P-value
	แสวงหา	ไม่แสวงหา	รวม		
	(25.29)	(281.71)			
หายจากโรคที่เป็น	1 (2.80)	33 (31.20)	32		
ไม่ทราบ	16 (7.91)	80 (88.09)	96		
- การส่งผลกระทบ หากไม่มียาปฏิชีวนะใช้รักษาโรค					
ไม่มี	22 (24.38)	274 (271.62)	296	17.722	.001
ไม่ทราบ	3 (7.74)	91 (86.26)	94		
มี	11 (3.87)	36 (43.13)	47		

** วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's Exact test คำนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป วิธีคิดเกี่ยวกับเชื้อและยาปฏิชีวนะ ระดับความเจ็บป่วยหลังตัดสินใจแสวงหาการรักษา กับพฤติกรรมกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ลักษณะของ รพ.สต. (กิ่งเมืองกิ่งชนบท/ชนบท) กับ พฤติกรรมการเลือกช่องทางของการได้รับยาปฏิชีวนะ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's exact test (P-value.= .004) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของ รพ.สต. (กิ่งเมืองกิ่งชนบท/ชนบท) กับ

พฤติกรรมกรรมการเลือกช่องทางของการได้รับยาปฏิชีวนะ (n = 36)

ตัวแปร	ช่องทางของการได้รับยาปฏิชีวนะ(ร้อยละ)				χ^2	P-value
	โรงพยาบาล	คลินิก	ร้านยา	รวม		
- ลักษณะของ รพ.สต. (กิ่งเมืองกิ่งชนบท/ชนบท)						
กิ่งเมืองกิ่ง ชนบท	3 (6.00)	7 (8.00)	8 (4.00)	18	11.250	.004**
ชนบท	9 (6.00)	9 (8.00)	0 (4.00)	18		

** วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's Exact test คำนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยในรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 437 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ตุลาคม 2562

1. สรุปผลการวิจัย

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัย สามารถแบ่งสรุปผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะ ดังนี้เมื่อมีอาการเจ็บป่วย พบว่าแสวงหายาปฏิชีวนะ 36 ราย ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่แหล่งที่ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ คลินิกเอกชน ร้อยละ 44.44 โรงพยาบาล ร้อยละ 33.33 เหตุผลที่เลือกรับยาปฏิชีวนะจากสถานบริการสุขภาพแห่งใหม่ คือ เคยมาใช้บริการแล้วอาการดีขึ้น ร้อยละ 47.22 สำหรับจำนวนชนิดยาปฏิชีวนะที่ได้รับ คือ 1 ชนิด ร้อยละ 77.78 โดยชนิดยาปฏิชีวนะที่ได้รับ Amoxicillin ร้อยละ 41.67

หลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเหตุผลในยาปฏิชีวนะมีประโยชน์อย่างไร ส่วนใหญ่เป็นการฆ่าเชื้อ

2.3.2 การส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หากไม่มียาปฏิชีวนะใช้รักษาโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มาใช้บริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลัน และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. อภิปรายผลการศึกษา

2.1 มุมมองของเชื่อต่อสุขภาพ

การให้ความหมายของเชื่อในสังคมไทยมีความหมายซับซ้อนและไม่ได้เป็นไปตามความหมายทางการแพทย์ ซึ่งจากการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างมีวิถีคิดเกี่ยวกับความหมายของเชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความหมาย คือ สิ่งมีชีวิตที่ก่อเกิดโรค, สิ่งมีชีวิตที่อยู่ในสิ่งสกปรก (ร้อยละ 29.52 , ร้อยละ 28.38 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวคิดเรื่องมุมมองความหมายของเชื่อที่แตกต่างกันแต่มีสิ่งที่คล้ายกันอย่างหนึ่งที่เป็นทิศทางเดียวกัน คือ มุมมองที่ให้ความหมายของเชื่อมีแนวโน้มทางด้านลบ นอกจากนี้ให้ความเห็นว่า ขนาดและรูปร่างของเชื่อ พบว่า เชื้อมีขนาดเล็กจนไม่สามารถมองเห็นได้ ร้อยละ 59.95 ทำให้ต้องทำความเข้าใจผ่านจินตนาการถึงลักษณะทางกายภาพของเชื่อ จนนำไปสู่วิถีคิดของกลุ่มตัวอย่างบางส่วนให้ความเห็นว่าเชื่อพบได้ทุกแห่ง ร้อยละ 31.71 นั้นยังสะท้อนถึงความเข้าใจผ่านจินตนาการถึงเรื่องความอันตรายของเชื่อที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้และยังขยายเกินจริงจากมุมมองการให้ความหมายของเชื่อนั้นอาจเกิดจากการรับรู้จากประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล การได้รับคำปรึกษาจากบุคคลอื่น ๆ ร่วมกับการรับสารจากสื่อต่างๆ ที่นำเสนอและตอกย้ำเสริมความเข้าใจให้มีแนวโน้มทางด้านลบที่หนักแล้ว นั่นคือเป็นการให้ความหมายโดยการสร้างความเป็นจริงทางสังคม (Social construction of Reality) [59] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ พบว่า พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลของชาวชนบท รูปแบบการรักษาขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาของผู้ป่วย ญาติพี่น้อง และเครือข่ายสังคม รวมถึงสื่อโฆษณา เป็นต้น [60] ดังนั้นเรื่องเชื่อจึงเป็นความจริงที่สร้างขึ้นมาจากตัวเองมากกว่าข้อเท็จจริงโดยใช้ระบบวิถีคิดของตนเองและอิทธิพลจากสื่อที่ทรงพลังที่เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความจริงและขยายความจริง จึงนำไปสู่การตัดสินใจเลือกยาหรือวิธีใช้ยาตามความจริงที่สร้างขึ้น [42]

วิถีคิดในเรื่องเชื่อได้เดินทางเข้ามาในสังคมไทยพร้อมกับโรคระบาด ซึ่งแพร่กระจายตัวออกไปอย่างรวดเร็วตามเส้นทาง และวิวัฒนาการของเทคโนโลยีการคมนาคม ในด้านหนึ่งความคิดเรื่องเชื่อได้กลายเป็นรากฐานทางความคิดสำคัญให้กับรัฐในการดันรนต่อสู่ในสิ่งที่เรียกว่า "ศัตรูที่มองไม่เห็น และมีอยู่ทุกที่" [61] ดังนั้นมุมมองความหมายของเชื่อในสังคมไทยจึงได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จาก

ตนเองหรือสื่อต่างๆไปในทิศทางด้านลบและเกิดความเข้าใจว่า “เชื่อ คือ ศัตรูภัยร้ายคุกคามต่อสุขภาพ” อย่างไรก็ตามเชื่อหรือจุลินทรีย์มีหลากหลายชนิดที่มีบทบาทกับมนุษย์ในหลายๆด้านทั้งประโยชน์และโทษ ทั้งทางด้านอุตสาหกรรม การเกษตร สิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข [62] นั่นคือส่งผลต่อการแสวงหาการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษาสุขภาพของ Igun (1979) [29] ที่กล่าวว่า การให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติตามประสบการณ์เดิม จากการได้รับคำปรึกษาจากบุคคลหรือสื่อต่างๆ จะช่วยในการประเมินอาการและอาจจะช่วยนำเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินทำการรักษา ดังนั้นการแสวงหายาปฏิชีวนะของประชาชนมีรากฐานมาจากการให้ความหมายของเชื่อไปในทิศทางลบ และการใช้ยาปฏิชีวนะจึงเปรียบเสมือนอาวุธเข้าไปต่อสู้กับศัตรูที่เข้ามาคุกคาม จึงถูกมองว่าเป็นความสมเหตุสมผล

2.2 ยาปฏิชีวนะ เครื่องมือจัดการความเจ็บป่วย

ยาปฏิชีวนะเปรียบเสมือน “กระสุนมหัศจรรย์ (magic bullet)” หรือเครื่องมือจัดการความเจ็บป่วยและจัดการตัวตนในโรคติดเชื้อที่ทรงประสิทธิภาพ ด้วยความเชื่อที่ว่าโรคไม่มีทางหายได้ ถ้าไม่รับประทานยา ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า พฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะ มีความสัมพันธ์กับวิธีคิดเกี่ยวกับความหมายของยาปฏิชีวนะ ($\chi^2 = 11.989$, P-value = .002) คือ ข่าเชื่อ, รักษาโรคติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carlet J. และคณะ ระบุว่า ยาปฏิชีวนะ เป็น “ยาปาฏิหาริย์ หรือ Miracle drug” สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรีย [44] ยาปฏิชีวนะจึงเป็นอาวุธหนึ่งที่น่ามาใช้ในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย กำหนดความคิด พฤติกรรมและมีอิทธิพลในการจัดการการดำเนินชีวิตของมนุษย์ [63] เมื่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่บ่งบอกตัวตน (self) ของตนเองนั้นหายไป ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง [64] ดังนั้นยาปฏิชีวนะจึงทำให้ผู้ป่วยมีอิสระที่จะจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง และการใช้ยาปฏิชีวนะมีลักษณะของความเป็นรูปธรรมโดยการรักษาและเป็นเหมือนการรักษาเป็นสิ่งที่จับต้องได้ จึงส่งเสริมอิสรภาพในการจัดการตนเองยิ่งขึ้น เนื่องด้วยยาปฏิชีวนะเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ในการจัดการกับความเจ็บป่วย [42] รวมทั้งการมียาปฏิชีวนะสามารถทำให้เชื่อว่าผู้ที่ใช้จะหายจากโรคที่เป็นได้โดยเร็ว ถึงแม้ว่าความเจ็บป่วยนั้นจะเกิดขึ้นได้ด้วยหลายเหตุผลและซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Laurie Denyer Willis [65] กล่าวว่า ยาปฏิชีวนะในสังคมปัจจุบันได้กลายเป็นสิ่งที่ใช้แก้ปัญหาสุขภาพอย่างเร่งด่วน (Quick fix) ทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ โดยใช้ในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยทั้งในมนุษย์ สัตว์และพืชผล โดยไม่ได้คำนึงถึงปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะในเชิงโครงสร้างที่มีความซับซ้อน

ในขณะที่เดียวกันยาปฏิชีวนะทำให้ผู้สั่งจ่ายหรือแพทย์บ่งบอกตัวตนของตนเองถึงการส่งเสริมความสำเร็จของการรักษาในระยะเวลายาวนาน ได้รับการยกย่องเป็นผู้มีความสามารถเชี่ยวชาญและสร้าง[66] ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เมื่อไม่มียาปฏิชีวนะใช้รักษาโรค จะส่งผลกระทบต่อหรือไม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยส่วนใหญ่ให้ข้อมูล คือ มีผลกระทบต่อตนเอง แต่จะเลือกการแก้ปัญหาโดยการไปพบแพทย์ (ร้อยละ 43.48) ซึ่งแสดงถึงบ่งบอกตัวตนของการพึ่งพาให้

แก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยเป็นหน้าที่แก่แพทย์ ดังนั้นยาปฏิชีวนะจึงเป็นเครื่องมือจัดการความเจ็บป่วย และปกป้องตัวตนของทั้งผู้สั่งจ่ายและผู้ป่วย จึงถูกใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการสุขภาพ

เมื่อความหมายของการฆ่าเชื้อยา (infection) กับการแก้อักเสบ (inflammation) ไม่ได้ถูกแยกกันอย่างชัดเจนในระบบสังคมไทย แล้วผู้ป่วยหลายครั้งคิดว่าคือสิ่งเดียวกัน จึงส่งผลให้มีการใช้ยา กลุ่มนี้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง ให้ความหมายของยาปฏิชีวนะ พบว่าส่วนใหญ่มีการให้ความหมายถูกต้อง คือ ยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 77.57 แต่เมื่อสัมภาษณ์ถึงความแตกต่างระหว่างยาปฏิชีวนะและยาแก้อักเสบ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถูกต้อง เพียง ร้อยละ 14.65 โดยเข้าใจว่ายาชนิด 2 ชนิด เป็นยาชนิดเดียวกัน ร้อยละ 33.18 แต่ถึงแม้จะเข้าใจว่ามีความแตกต่างกัน แต่ไม่สามารถแยกความแตกต่างของยาทั้ง 2 ชนิดได้ ร้อยละ 52.17 สอดคล้องกับแนวคิดของสยมพร ศิรินาวัน [67] เรื่อง 15 คำถามยาปฏิชีวนะที่กินผิด ใช้ผิดกันเกือบเมือง ที่ได้อธิบายถึงความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะว่า ยาปฏิชีวนะเรียกชื่ออย่างอื่น เช่น ยาฆ่าเชื้อ หรือยาแก้อักเสบ ทำให้เกิดความเข้าใจผิด คิดว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาที่มีคุณสมบัติสามารถฆ่าเชื้อโรคได้ แก้อักเสบได้ แต่แท้จริงแล้วยังมีโรคที่เกิดจากภาวะการอักเสบอีกมากมายที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ต้องใช้ยาแก้อักเสบที่มีคุณสมบัติลดการอักเสบโดยตรง

ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่ความต้องการการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งความต้องการการใช้ยาปฏิชีวนะนี้จะถูกตอบสนองด้วยแหล่งกระจายยาที่หลากหลายในสังคมไทย ทั้งรูปแบบของสถานบริการทางภาครัฐ เอกชน และอื่นๆ เช่น ออนไลน์ ถึงแม้รัฐได้จัดตั้งแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU : Rational Drug Use) เพื่อคาดหวังให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผลและไม่นำไปสู่การเกิดเชื้อดื้อยา แต่กลับพบว่ายังคงมีสถานบริการทางภาคเอกชนและอื่นๆ ที่ยังคงตอบสนองความต้องการการใช้ยาปฏิชีวนะ

2.3 การแสวงหายาปฏิชีวนะ: ความสอดคล้องกันระหว่างอุปสงค์และอุปทาน

ด้วยแนวคิดเรื่องความต้องการแสวงหายาปฏิชีวนะหรืออุปสงค์ที่เกิดจากวิถีคิดเรื่องเชื้อและยาปฏิชีวนะ ประกอบกับการรับสารจากบุคคลและสื่อต่างๆ ที่กล่าวมาเบื้องต้นได้ผลักดันให้เกิดการใช้ยาของประชาชนทั่วไป นอกจากนี้มีแนวคิดเรื่องความต้องการจำหน่ายยาปฏิชีวนะหรืออุปทาน ซึ่งมีแหล่งกระจายยาปฏิชีวนะในสังคมไทยที่หลากหลาย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพทางภาครัฐ เอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านยา และอื่นๆ เช่น internet [5] ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า มีผู้รับบริการแสวงหา 36 ราย (ร้อยละ 8.24) ส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะจากคลินิกเอกชน ร้อยละ 44.44 ซึ่งแหล่งกระจายยาปฏิชีวนะมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ระบุว่า งานวิจัยจำนวนมากพบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในสถานพยาบาลทุกระดับของประเทศ ซึ่งการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น เช่น การใช้ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory infection) พบในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน คลินิก และร้านยา การสำรวจร้านยา จำนวน 280 แห่ง พบว่า มีการจ่ายยาปฏิชีวนะใน 5 กลุ่มโรคและอาการที่ไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ influenza, acute viral sinusitis, acute viral pharyngitis, acute viral gastroenteritis และ non-infected skin abrasion สูงถึงร้อยละ 64-80 [8] รวมทั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาการสำรวจระบบการควบคุมและเฝ้าระวังการใช้ยา

ปฏิชีวนะและการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล: ผลการศึกษาเบื้องต้นของนิธิตา สุ่ม ประดิษฐ์และคณะ พบว่า มีการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคที่พบบ่อยและส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ในคลินิกและร้านยา (ร้อยละ 35-40 และ 43-56 ตามลำดับ) [68] นอกจากนี้ในรายงานสถานการณ์ระบบยา พ.ศ. 2555-2559 ของศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา พบว่า ยาอันตรายกระจายอยู่ในชุมชนเป็นจำนวนมากจากการเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งยาปฏิชีวนะเป็นยาลำดับ 1 ใน 3 ของการใช้ยารักษาตนเองมากที่สุดในชุมชน [69]

ดังนั้นแม้ว่าจะมีมาตรการเชิงนโยบายของทางภาครัฐที่นำโดยกระทรวงสาธารณสุขที่จำกัดการเข้าถึงภายใต้หลักการใช้อย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลของรัฐ [13] แต่ในขณะเดียวกันภาคเอกชนเป็นธุรกิจเชิงวิชาชีพที่ยังคงเป็นแหล่งกระจายยาที่สำคัญในบริบทสังคมไทย เนื่องจากยาปฏิชีวนะในภาคเอกชนเป็นระบบการตลาดที่ถูกผูกกับผลกำไรและขาดทุน [45] ดังนั้นการพัฒนาบบบริการสุขภาพของภาครัฐให้มีการใช้อย่างสมเหตุผลที่เข้มงวด โดยไม่ได้คำนึงถึงระบบคิดส่วนนี้ จึงอาจไม่สามารถลดปัญหาเชื้อดื้อยาได้อย่างแท้จริง

จากการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะของผู้รับบริการเมื่อมาใช้บริการที่ รพ.สต. และไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับทั้งระดับวิถีคิดว่าด้วยเรื่องเชื้อ เชื้อดื้อยา และยาปฏิชีวนะ รวมถึงการรับรู้ข้อมูลจากบุคคลและสื่อต่างๆ เหล่านี้ล้วนผลักดันให้เกิดความต้องการใช้ยาปฏิชีวนะในฐานะของเครื่องมือจัดการความเจ็บป่วยที่มีความเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ขณะเดียวกันยาปฏิชีวนะได้มีการกระจายผ่านช่องทางต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลเอกชน ร้านยา คลินิก เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมการแสวงหายาปฏิชีวนะจึงดำรงอยู่ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลและกลายเป็นปัญหาเชื้อดื้อยาในที่สุด แม้จะมีนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลของรัฐก็ตาม

ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ

1.) การศึกษานี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ พบว่า มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น สัมภาษณ์ได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้เท่านั้น ไม่สามารถใช้วิธีการสังเกตการณ์จึงอาจยากจะเข้าใจถึงอารมณ์และความรู้สึก และการใช้เวลาในการสัมภาษณ์ค่อนข้างจำกัด

2.) แม้ว่าการศึกษานี้พบการแสวงหาการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้มารับบริการภายหลังการรักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 8.24) ซึ่งเป็นจำนวนไม่มากนัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงตนเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจมีข้อจำกัดเรื่องความเชื่อใจ ซึ่งตรงผลต่อความรู้สึกของผู้ตอบคำถาม ประกอบกับการสัมภาษณ์มี

ระยะเวลาจำกัด แต่อย่างไรก็ตามจำนวนดังกล่าวเพียงพอที่จะสะท้อนให้เห็นว่า มีผู้รับบริการจำนวนหนึ่งที่พยายามแสวงหายาปฏิชีวนะเมื่อการจ่ายยาในภาครัฐไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

3. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.) เมื่อผู้รับบริการสุขภาพถือเป็นผลผลิตจากระบบบริการสุขภาพ แต่เนื่องด้วยระบบบริการสุขภาพในสังคมไทยไม่ได้ส่งเสริมให้รู้และเข้าใจเรื่องเชื่อที่เป็นพื้นฐานของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง และนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยา แต่กลับผลักและเสนอสื่อให้เข้าใจเรื่องเชื่อในมุมมองเดียวและมีแนวโน้มด้านลบ คือ เชื่อเป็นภัยก่อโรคและคุกคามต่อสุขภาพ กระทั่งเกิดความหวาดกลัวและส่งผลต่อกันเป็นลูกโซ่จนถึงขั้นแสวงหาการใช้ยาปฏิชีวนะ แต่เมื่อเราไม่สามารถจะฆ่าหรือกำจัดเชื้อให้หมดไปจากโลกนี้ได้ ดังนั้นเราจะต้องอยู่กับเชื้อด้วยความเข้าใจอย่างสมดุล เพื่อให้เชื่อไม่กลายเป็นภัยคุกคามต่อตัวเราและทำลายเผ่าพันธุ์มนุษยชาติ ฉะนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมเรื่องศึกษาหาสาเหตุที่ส่งผลกับการเรียนรู้และก่อนเกิดความเข้าใจต่อเชื้อ เพื่อที่จะสร้างผลผลิตที่ดีผู้ซึ่งเป็นมนุษย์นั้นที่รู้จักและเข้าใจเรื่องเชื่อ รวมถึงการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

2.) เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU : Rational Drug Use) ควรมองเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ทั้งระบบ จึงไม่ควรแยกการวางมาตรการแต่เพียงทางด้านสถานบริการภาครัฐอย่างเดียว โดยควรศึกษาเพิ่มเติมเรื่องแหล่งกระจายยาปฏิชีวนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยเฉพาะภาคเอกชน เนื่องจากอาจเกิดปัญหาการย้ายที่ของปัญหา (balloon effect) เช่น เมื่อมีมาตรการเข้มงวดกับสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ประชาชนอาจไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน รวมทั้งซื้อผ่านช่องทางที่ไม่ใช่สถานบริการสุขภาพ ดังนั้นถึงแม้จะมีมาตรการการใช้ยาสมเหตุผลการใช้ยาปฏิชีวนะจะยังไม่ลดลง จึงควรคำนึงถึงระบบทั้งระดับมหภาคด้วยเช่นกัน [5]





รายการอ้างอิง

1. ศูนย์วิทยบริการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ. 2558 21 ตุลาคม 2560]; Available from: http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=subdetail&id_L1=27&id_L2=15517&id_L3=321.
2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศ. สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในไทย. 2556 [cited 2560 25 ตุลาคม]; Available from: <http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html>.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, การรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิชีวนะ. 2558.
4. World Health Organization, Promoting rational use of medicines core components. WHO Policy Perspectives on Medicines, 2002.
5. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, et al., การกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกและร้านยา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556. 7(2).
6. สรุศักดิ์ สวนทอง, พัทธวีภา สุวรรณพรหม, and ทศกัญญา เขาวนพูนผล, รูปแบบและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา ปฏิชีวนะ สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอสามเงา จังหวัดตาก. 2557, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. Services, U.S.D.H.a.H., Antibiotic resistance threats in the United States. 2013. p. 11-12.
8. คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการต่อต้านจุลชีพ, ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการต่อต้านจุลชีพ ในประเทศไทย. 2558.
9. บุนลั บ วงเสนา, พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยแรงงานแขวงบอลิคาไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. 2555.
10. ศิริตรี สุทธิจิตต์, สถานการณ์เชื้อดื้อยาในนานาประเทศ. 2552. p. 77-80.
11. ปริญญา ปุยะติ and ทิพาพร กาญจนราช, ความชุกและลักษณะของการใช้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียในโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน การศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหน่วยคู่สัญญาบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา, in มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558.
12. ทิพวรรณ วงเวียน, ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรี

- ราชา. วารสารเภสัชกรรมไทย, 2557. 2(6).
13. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักบริหารการสาธารณสุข, แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล, in การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาพัฒนาระบบบริการให้ยาอย่างสมเหตุสมผล. 2559, กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการสำนักบริหารการสาธารณสุข- นนทบุรี. p. 5-26.
 14. จวงจันท์, ว., ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคท่อน้ำเหลือง และแผลเลือดออกของคนวัยทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. 2560, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
 15. อาริวรรณ เขียวชาญวัฒนา, et al., คุณภาพการสั่งจ่ายผู้ป่วยนอก ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล 18 เพิ่มมาตรฐานของโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555. 6(2).
 16. กมลนัฏ ม่วงยิ้ม, et al., ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในบุคลากรทางการแพทย์. 2559.
 17. ปริญา ไศสุรย์พิศาลกุล and ฉัตรวดี กฤษณพันธ์, การสำรวจความรู้ด้านยาและการปฏิบัติตัวในการใช้ยารักษาตนเองของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 2556. 10(1).
 18. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา RDU. 2560; Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=03b912ab9ccb4c07280a89bf05e5900e.
 19. พิณทิรา ต้นเถียร, อุปนิสัยการใชยาเองในคนไทย. Journal of Hematology and Transfusion Medicine, 2552. 19(4).
 20. ดวงธิดา ช่างยิ้ม, มุกดา เดชประพนธ์, and พรทิพย์ มาลาธรรม, พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2561. 10: p. 345-357.
 21. สิริลักษณ์ รื่นรอย and สุรศักดิ์ เสากแก้ว, สถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3. Thai Journal Pharmacy Practice, 2560. 9(1).
 22. นฤมล สุรินทร์, ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง. 2558.
 23. ศิริวรรณ เสรีรัตน์ and ปริญา ลักขิตานนท์ศุกร, กลยุทธ์การตลาดการบริหารการตลาด. 2551.
 24. จารุ ประภาส, พฤติกรรมของผู้บริโภคกาแฟสด ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2548, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
 25. สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์, พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของชนเผ่า ปกาเกอญอที่ป่วยด้วยโรค

- ความดันโลหิตสูง อำเภอภักดีพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่. 2553, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.
26. Suchman E., Stage Of Illness And Medical Care. *Journal of Health and Human Behavior*, 1965.
 27. ปฏิญญา พรรณราย, การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้. 2540, มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.
 28. Chriman Ni., The health seeking process. An approach to the natural history of illness. *culture medicine and psychiatry*, 1992.
 29. Igun U.A., Stage in Health-seeking : A Descriptive Model. *Social Sciences and Medicine*, 1972.
 30. อำไพ สีนถาวร, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา. 2548, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
 31. Fabreca H., Toward amodel of illness behavior. *Medical care*, 1973.
 32. Kleinman A., Eisenman L., and Good B., Culture, illness and Care. *Annual of medicaine*, 1978.
 33. วรณวิมล เปลี่ยนมา, พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์. 2544, มหาวิทยาลัยบูรพา: ชลบุรี.
 34. เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ and รุจิณา อรรถสิขุ, สถานภาพและทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ, in สำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2550: นนทบุรี.
 35. เนตรเพชรศรี ตระกูลบุญเนตร, ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนวมิสมเด็ญยา. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 2560. 60: p. 93-104.
 36. ชาญกิจ อ่างทอง, การศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. 2558, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: ปทุมธานี.
 37. กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, ว่าด้วยการแพทย์พื้นบ้านไทย. 2558, นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
 38. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร. 2540, มหาวิทยาลัยมหิดล.
 39. วาทีนี บุญชะลักษ์, รูปแบบการเลือกใช้บริการรักษาของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย. 2530, มหาวิทยาลัยมหิดล.

40. ดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, and นิลาวรรณ งามขำ, ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรค. วไลยอลงกรณ์ปริทัศน์, 2557. 8: p. 103-115.
41. ชนิตา สันธินาค, ความแตกต่างกันทางสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการแสวงหาบริการรักษาอาการเจ็บป่วยของสตรีไทยในชนบท. 2530, มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.
42. ลือชัย ศรีเงินยวง. มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาในชุมชน การพัฒนาองค์ความรู้จากทฤษฎีและการวิจัย. 2542; Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1688?show=full>.
43. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.). อุบายชายสุขภาพ : เมื่อสุขภาพเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือหากำไร. 2558; Available from: <https://www.hiso.or.th/hiso5/report/report2015T.php>.
44. Chandler C., Hutchinson E., and Hutchison C., in Addressing antimicrobial resistance through Social theory, p.a.s. Applying social theory to the study of amr in three domains : practice, Editor. 2016. p. 5-17.
45. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ยากับสุขภาพ in คู่มือทางสังคมและมานุษยวิทยาในงานบริการสุขภาพ. 2547. p. 61-68.
46. สุมาลี ท่อชู and รุ่งทิวา หมื่นป่า, ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการเข้ายาอย่างสมเหตุผล ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. เกษตรกรรมไทย, 2560. 9: p. 464-472.
47. คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, คู่มือการเรียนการสอน เพื่อการเข้ายาอย่างสมเหตุผล. 2560, นนทบุรี: คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
48. วิลาสิณี คีตวัฒนานนท์, ณัฐณีย์ มีมนต์, and ชรรมรัตน์ มะโรหบุตร, ความเจ็บป่วยและการแสวงหาการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกัมพูชา. วิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2560. 8: p. 96-106.
49. ธวัชชัย ยืนยาว, นริมาลย์ นิลไพจิตร, and จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2560. 3: p. 120-131.
50. ขวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์, et al., พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. 2545, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์.
51. อนนท์ รักดี, พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี. 2546, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

52. วนิตา ฉายติลก and กรแก้ว จันทภาษา, การให้ความหมายต่อยาแก้ไอเสบในมุมมองของประชาชน: กรณีศึกษาบ้านนาโคก หมู่ที่ 3 ตำบลศรีสองรัก อำเภอเมือง จังหวัดเลย. เกสซ์ ศาสตร์อีสาน, 2557. 9: p. 93-98.
53. สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล. ร้านชำหมู่บ้านแหล่งขายยาปฏิชีวนะ 100%. 2554; Available from: <https://mgronline.com/qol/detail/9540000059489>.
54. วราภรณ์ สังข์ทอง, ความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และปัจจัยที่ทำให้เกิดการจำหน่าย. เกสซ์กรรมไทย, 2558. 7: p. 38-46.
55. อัสสร บุญยัง and รุ่งทิวา หมั่นป้า, ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. เกสซ์กรรมไทย, 2562. 11: p. 105-118.
56. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2560. 2557; Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
57. ญัฐวรรณ นาคประกาศ, ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของลูกค้าในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการตลาด กรณีศึกษา บริษัทอินเด็กซ์ครีเอทีฟ วิลเลจ จำกัด (มหาชน). มหาวิทยาลัยเนชั่น: ลำปาง.
58. ยุทธ ไภยวรรณ, สถิติวิจัยทางเทคโนโลยี. 2550, กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
59. เขมริน จุลมาศ. การสร้างความเป็นจริงทางสังคมของรายการ “เรื่องจริงผ่านจอ” และการรับรู้ของผู้ชม มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. 2551; Available from: http://www.tnrr.in.th/?page=result_search&record_id=10364096.
60. กิ่งแก้ว เกษโกวิท, et al., พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้าน 3 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2543(24 กรกฎาคม 2549).
61. ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรคร่างกายและรัฐเวชกรรม. 2 ed. 2561, กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
62. ธีรพัฒน์ เวชประสิทธิ์, จุลชีววิทยาสำหรับนักเรียน. นิตยสาร สสวท., 2558. 43(196).
63. Jean Carlet, et al., Society's Failure to Protect a Precious Resource: Antibiotics. 2011. 378(9788): p. 369–371.
64. ชุตินณทน ตรีอำรรค, เรื่องเล่าความเจ็บป่วย : การนำเสนอตัวตนของผู้ป่วยในสังคมหลังสมัยใหม่. 2552, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
65. Laurie Denyer Willis and Clare Chandler, Quick fix for care, productivity, hygiene and inequality: reframing the entrenched problem of antibiotic overuse. BMJ

Global Health, 2019.

66. ชัชพล เกียรติขจรธาดา, สงครามที่ไม่มีวันชนะ, in สงครามที่ไม่มีวันชนะ. 2018.
67. สยมพร ศิรินาวิน, 15 คำถาม ยาปฏิชีวนะที่กินผิดใช้ผิดกันเกลื่อนเมือง. นิตยสารหมอชาวบ้าน, 2540. 215.
68. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, et al., การสำรวจระบบควบคุมและเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะและการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล : ผลการศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555. 6(3).
69. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์, แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. 2556.





ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	กนกวรรณ ตุ่มสังข์ทอง
วัน เดือน ปี เกิด	21 ตุลาคม 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2558 สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดนครปฐม พ.ศ.2558 ศึกษาต่อระดับปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดนครปฐม
ที่อยู่ปัจจุบัน	229 ถ.อุบล-ตระการ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

