

การรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และอุจจาระร่วงเฉียบพลันของประชาชนที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

กนกพร ทองเลื่อน¹, สุชาดา จาปะเกษตร², จินตนา สุนทรวิวัฒน์³, ลลิตา พรพนาวัลย์⁴,
พรสวรรค์ อิมามี⁵, พรพรรณ ปิตอสริยาภรณ์⁶, อัญมณี ศิริรัตนภิญโญ⁷, พัชรียา พรมศรี⁸, ปุณณภา
แสงอำนาจเจริญ⁹, ฤชุวิ แซ่มั่น¹⁰, หิรัญญา เย็นสบาย¹¹, ปราญชลี ศรีศฤงคาร¹², วราภรณ์ ยุบล
พาส¹³, ประพัทธ์ เนรมิตพิทักษ์กุล¹⁴

1 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลแปลงยาว, 2 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร, 3 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร, 4,5 กลุ่ม
งานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 6 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว, 7 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล
พนมสารคาม, 8 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางปะกง, 9 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบ้านโพธิ์, 10 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางคล้า,
11 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชสาส์น, 12 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสนามชัยเขต, 13 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าตะเกียบ, 14
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลคลองเขื่อน

สารบัญ

บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความสำคัญของปัญหาและที่มาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์	2
ขอบเขตของการศึกษา	2
นิยามศัพท์เฉพาะ	2
กรอบแนวคิด	3
บทที่ 2.....	4
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
ทบทวนวรรณกรรม.....	4
นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU).....	4
แนวทางการรักษา URI และ AD ในหน่วยบริการปฐมภูมิตามนโยบาย RDU.....	5
ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory).....	7
บทที่ 3.....	8
วิธีดำเนินการวิจัย	8
รูปแบบของการวิจัย	8
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	8
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	9
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	10
บทที่ 4.....	11
ผลการวิจัย.....	11
ข้อมูลทั่วไป	11

ประสบการณ์ ประวัติการเป็นหวัดเจ็บคอและท้องเสีย และการเข้ารับการรักษาที่สถานีนามัย.....	12
การรับรู้ผลการรักษาโรคหวัดเจ็บคอและอุจจาระร่วงเฉียบพลัน.....	15
การปฏิบัติหลังรับรู้ผลการรักษาโรคหวัดเจ็บคอและอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	16
บทที่ 5.....	18
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	18
สรุปผลการวิจัย.....	18
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	19
เอกสารอ้างอิง.....	20

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันการดื้อยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในประเทศไทย^(1,2) โดยแต่ละปีมีคนไทยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาอย่างน้อย 100,000 ราย ส่งผลให้เสียชีวิตอย่างน้อย 38,000 ราย อยู่โรงพยาบาลนานขึ้นอย่างน้อย 3 ล้านวัน คิดเป็นมูลค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อดื้อยาไม่น้อยกว่า 6,000 ล้านบาท และความสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมทั้งสิ้นมากกว่า 40,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้สาเหตุหลักของการเกิดแบคทีเรียดื้อยา มาจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากผู้สั่งจ่ายยาและผู้บริโภคขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง^(1,2)

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักได้ถึงความสำคัญของปัญหาเชื้อดื้อยาดังกล่าว จึงได้กำหนดให้มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital; RDU) ขึ้น^(3,4) โดยเริ่มจากสถานพยาบาลภาครัฐ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาการใช้ยา และสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในการดำเนินการได้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ผ่านตัวชี้วัดที่กำหนดประกอบด้วย 18 ตัวชี้วัดในโรงพยาบาล และ 2 ตัวชี้วัดในหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible Use of Antibiotics; RUA) โดยเป้าหมายกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสม.) ทุกแห่ง มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection; URI) อุดจากรว่งเฉียบพลัน (Acute Diarrhea; AD) ไม่เกินร้อยละ 20 ทั้งนี้มีงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากแสดงให้เห็นว่าอาการทั้งสอง 2 โรคนี้เป็นความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในประชากรทั่วไป และมักหายเองได้โดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้เล็งเห็นความสำคัญของการปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จึงได้บรรจุนโยบายด้านการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไว้ในแผนยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของจังหวัดฉะเชิงเทราตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ภายหลังดำเนินการ ในส่วนของ RUA ในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า⁽⁵⁾ อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะใน URI ลดลงจากร้อยละ 30.33 และ AD ลดจากร้อยละ 69.75 ในไตรมาสแรก ของปีงบประมาณ 2560 เหลือร้อยละ 6.05 ใน URI และร้อยละ 6.69 ใน AD เมื่อสิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ 2561 (31 มีนาคม 2561) และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งใน จ.ฉะเชิงเทราผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 (122/122 แห่ง)

อย่างไรก็ดีแม้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของจ.ฉะเชิงเทรา จะบรรลุเป้าหมายอย่างดียิ่ง และน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงความสมเหตุผลในการสั่งจ่ายยา ตามข้อสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมาก ที่แสดงให้เห็นถึงความไม่จำเป็นในการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 โรคดังกล่าว แต่การรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาจากมุมมองของผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการต้องให้

ความสนใจ โดยจะสะท้อนถึงคุณภาพ และความพึงพอใจในการให้บริการ อันจะส่งผลถึงทางเลือกในการรักษา ครั้งถัดไป

คณะทำงาน Service Plan สาขา RDU จ.ฉะเชิงเทรา มีมติให้ทำการศึกษาวิจัยนี้ขึ้น เพื่อศึกษา การรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษา URI และ AD ของผู้มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจ.ฉะเชิงเทรา ว่าเป็นไปในทิศทางที่มีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนแนวทางในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะ ทั้งสองโรค และผลสำเร็จในการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือไม่ อันจะช่วยให้ทราบแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม ให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินการรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษา URI และ AD ของประชาชนที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในจ.ฉะเชิงเทรา
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษา URI และ AD ของประชาชนที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในจ.ฉะเชิงเทรา
- 3) เพื่อศึกษาการตอบสนองในด้านความพึงพอใจ และการปฏิบัติของผู้ป่วย หลังรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษา URI และ AD ของผู้ป่วยที่มารับบริการ

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ และบ้านพักของประชาชนที่เคยมารับบริการรักษาอาการเป็นหวัด เจ็บคอ และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 122 แห่ง ใน 11 อำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง ธันวาคม 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก⁽⁷⁾ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด

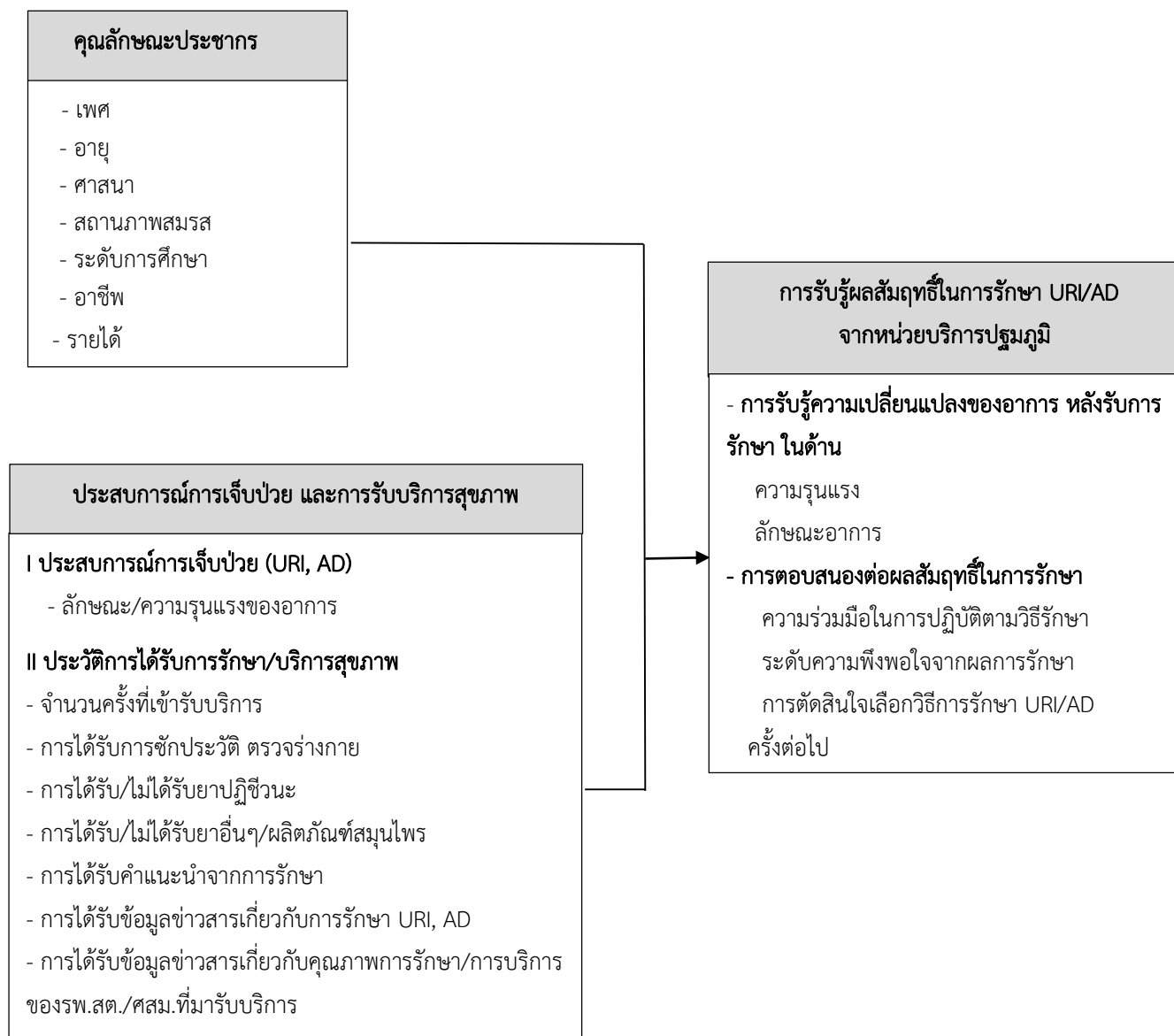
โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection; URI) ^(8,9) หมายถึง โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนต้น คือ เริ่มตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงกล่องเสียง

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea; AD) ^(8,10) หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้งต่อกัน หรือมากกว่า หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งใน 1 วัน หรือถ่ายเป็นมูกปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ⁽¹⁾ หมายถึงยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย รวมทั้งทำลายและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ทั้งที่ได้มาจากสิ่งมีชีวิตและการสังเคราะห์ โดยมีชื่อที่ใช้เรียกแทนกันได้ คือ ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย หรือยาด้านแบคทีเรีย

การรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษา⁽¹¹⁻¹³⁾ หมายถึงการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด รวมทั้งความรู้ความเข้าใจในการคงเดิม หรือเปลี่ยนแปลงอาการของโรค (มีอาการดีขึ้น คงเดิม หรือแย่ลง) ที่เกิดจากการรักษาด้วยวิธีใดๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากการตีความ หรือแปลความหมาย หรือแปลความอาการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

กรอบแนวคิด



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรม

นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible Use of Antibiotics; RUA) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกหมายถึง “การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด”⁽³⁾ ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ RDU เป็นนโยบายสำคัญ ให้เริ่มปฏิบัติในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศไทย ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2560 เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาการใช้ยา และสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในการดำเนินงาน ประกอบด้วยกลยุทธ์สำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ได้แก่ P (PTC); การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด, L (labelling); การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน, E (Essential Tool); การจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล, A (Awareness); การสร้างความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ, S (Special Population); การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ และ E (Ethic in prescription); การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา ในการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว ได้มีการกำหนดตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัดในโรงพยาบาล (RDU1) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดเกี่ยวกับนโยบายและฉลากยา 5 ตัวชี้วัด, การใช้ยาปฏิชีวนะ 4 ตัวชี้วัด, การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 ตัวชี้วัด, การใช้ยาในประชากรกลุ่มพิเศษ 4 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดในหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU2) ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible Use of Antibiotics; RUA) 2 ตัวชี้วัด

อย่างไรก็ดี หากศึกษาในรายละเอียด พบว่าเหตุผลสำคัญที่สุดประการหนึ่ง ที่เป็นแรงผลักดันให้เกิดนโยบายดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม นั่นคือปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะหรือยาต้านเชื้อแบคทีเรีย โดยรัฐบาลได้ตั้งเป้าหมายว่าภายในปี 2564 อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในคนไทย ลดลงร้อยละ 50 ดังนั้นตัวชี้วัดตามนโยบาย RDU จึงมีตัวชี้วัดที่ช่วยควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล 4 โรค ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 5-8 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน URI และ AD ไม่เกินร้อยละ 20 ในแผลสด (Fresh Traumatic Wound; FTW) ไม่เกินร้อยละ 40, ในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (Antibiotic Prophylaxis of Normal Labor Term; APL) ไม่เกินร้อยละ 10 และตัวชี้วัดที่ช่วยควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะ

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน URI และ AD ไม่เกินร้อยละ 20 ซึ่งเป็น 2 ตัวชี้วัดสำคัญที่มุ่งเน้น ในช่วงปีแรกๆของการดำเนินงานตามนโยบาย เนื่องจากเป็นส่วนของการบริการรักษาขั้นต้นที่มีความใกล้ชิดกับประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดของการดำเนินงานในส่วนนี้ จึงนับว่ามีประโยชน์ในการช่วยลดความเสี่ยงปัญหาเชื้อดื้อยาในชุมชน อย่างไรก็ตาม การรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาของประชาชนที่ได้รับบริการ ที่มีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนแนวทางการรักษาตามนโยบาย นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะส่งผลให้การดำเนินงาน ประสบผลสำเร็จอย่างแท้จริงและยั่งยืน

แนวทางการรักษา URI และ AD ในหน่วยบริการปฐมภูมิตามนโยบาย RDU

การรักษาโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบน ⁽⁴⁾

จากแนวทางการรักษา URI ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบนมีอาการเด่น 2 อาการ ได้แก่ อาการที่จมูก หรือ เป็นหวัดธรรมดา (Acute Nasopharyngitis และ Acute Upper Respiratory Infection, unspecified) และ อาการที่คอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน (Acute Pharyngitis, Acute Tonsillitis) กรณีเป็นหวัดธรรมดา มักมีอาการเด่นที่จมูก คือ คัดจมูก มีน้ำมูก จาม อาจมีอาการ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตัว อ่อนเพลีย ไข้ต่ำ ใ้ ร่วมด้วย เมื่อตรวจร่างกาย มักพบน้ำมูก คอหอยแดงเล็กน้อย ไม่มีฝ้าขาวหรือตุ่มหนองที่เพดานปากหรือต่อมทอนซิล ซึ่งเกือบทุกรายเกิดจากไวรัส การรักษาให้รักษาตามอาการที่ผู้ป่วยมี หรืออาการที่รบกวนผู้ป่วยมาก เช่น ยาลดน้ำมูก ยาลดไข้ ยาแก้ไอ ทั้งนี้ไม่ให้ใช้ยาลดน้ำมูก และยาแก้ไอในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ขวบ ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยส่วนมาก (มากกว่าร้อยละ 95) แต่อาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหวัดธรรมดาที่มีอาการรุนแรงคือหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน โดยจะปวดหูมากหรือมีของเหลวไหลจากหู และไซนัสอักเสบเฉียบพลัน มีอาการไข้สูง ปวดแก้ม/หน้าผาก หรือมีอาการของโรคหวัดมากขึ้นหลังจากอาการดังกล่าวดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ 3 – 4 วัน, เจ็บคอ 4 – 5 วัน, น้ำมูก 5 – 7 วัน, ไอ 7 – 14 วัน และยาปฏิชีวนะไม่ลดความรุนแรงและระยะเวลาของอาการดังกล่าวของโรคหวัดอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับอาการที่คอหอย ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน มีอาการเด่นคือ เจ็บคอ มักมีอาการมากเวลากลิ่น อาการที่อาจมีร่วมด้วยคือ ไข้ อาจมีอาการของหวัด (คัดจมูก มีน้ำมูก จาม) ปวดเมื่อยตัว อ่อนเพลีย ไอ ตรวจคอหอยพบคอหอยแดง ต่อมทอนซิลแดง ควรตรวจด้วยไฟฉายแสงขาวเพื่อเห็นความแดงของคอหอยและต่อมทอนซิลตามจริง อาจมีฝ้าหรือตุ่มหนองที่ต่อมทอนซิล อาจมีจุดเลือดออกที่เพดานปาก อาจมีแผลในปาก อาจคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ (ไม่ใช่ต่อมน้ำเหลืองใต้คาง) โตและกดเจ็บ สาเหตุส่วนมาก (มากกว่าร้อยละ 80) เกิดจากไวรัส ส่วนน้อยเกิดจากแบคทีเรีย (โดยเฉพาะ สเตรปโตคอคคัส กลุ่มเอ) คอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบจากไวรัสมักมีลักษณะแดงเล็กน้อย ต่อมทอนซิลอาจโตได้ อาจมีแผลในปาก ส่วนที่เกิดจากแบคทีเรียมักมีลักษณะแดงจัด อาจพบฝ้าหรือตุ่มหนองที่ต่อมทอนซิล อาจพบจุดเลือดออกที่เพดานปาก การรักษา เป็นไปตามอาการที่ผู้ป่วยมีหรืออาการที่รบกวนผู้ป่วยมาก เช่น ยาลดไข้ (จะบรรเทาอาการเจ็บคอด้วย) ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก อาจพิจารณาใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อไปนี้ตั้งแต่ 3 ข้อคือ ไข้ (อุณหภูมิ

>38 องศาเซลเซียส), เป็นฝ้าหรือตุ่มหนองที่ต่อมทอนซิล, ต่อม้ำเหลืองที่ลำคอ (ไม่ใช่ได้คาง) โต/กดเจ็บ และไม่ไอ

สำหรับยาปฏิชีวนะ ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของยาปฏิชีวนะ โดยพิจารณาให้เพนิซิลลิน วี (Penicillin V) เป็นยาลำดับแรก เพราะเชื้อแบคทีเรีย สเตรปโตคอคคัส กลุ่มเอ ไม่เคยดื้อยานี้ และอาจใช้อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) ทดแทนเพนิซิลลิน วี เพื่อความสะดวก โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก หากผู้ป่วยแพ้ เพนิซิลลิน ให้ใช้ ร็อกซิโทรมัยซิน (Roxithromycin) ในผู้ใหญ่และเด็กโต หรือ อีริโทรมัยซิน ซินดร้า (Erythromycin Syrup) ในเด็กเล็กและให้ยาปฏิชีวนะนาน 10 วัน เพื่อป้องกันไข้หูอักเสบ

การรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ⁽⁴⁾

โรคอุจจาระร่วง ท้องเสียเฉียบพลัน หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวกว่าปกติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน หรืออุจจาระเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง มักมีอาการน้อยกว่า 7 วัน อาจปวดท้อง อาเจียน มีไข้ ส่วนมากเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค ส่วนน้อยเกิดจากแบคทีเรีย ไวรัส รา ปรสิต ในการรักษา การให้สารน้ำทดแทนเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด หากผู้ป่วยดื่มน้ำได้ ให้ดื่มน้ำเกลือแร่ หากดื่มน้ำไม่ได้ อาจพิจารณาให้สารน้ำ (น้ำเกลือ) ทางหลอดเลือดดำในช่วงแรก ในกรณีนี้ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 95 ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ อาการอุจจาระร่วงจะหายภายใน 3-7 วัน

การให้ยาปฏิชีวนะอาจพิจารณาให้ในผู้สูงอายุ มีไข้สูง อุจจาระมีมูกเลือดร่วมกับมีไข้ หรือเป็นกรณีที่สงสัยอหิวาตกโรค (อุจจาระปริมาณมากเป็นน้ำสีขาว) หรืออยู่ในช่วงระบาดของอหิวาตกโรคในพื้นที่ ยาปฏิชีวนะจะช่วยลดความรุนแรงและระยะเวลาของโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ควรได้รับยาปฏิชีวนะ เช่น อหิวาตกโรค บิด แต่ไม่ลดความรุนแรงและระยะเวลาของโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากไวรัสหรือสารพิษของแบคทีเรียหลายชนิด เช่น อี โคไล และยาปฏิชีวนะอาจทำให้มีเชื้อแบคทีเรียอยู่ในอุจจาระนานขึ้น ในโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียบางชนิด เช่น ซัลโมเนลลา

กรณีที่ผู้ป่วยมีอุจจาระร่วงเฉียบพลันร่วมกับไข้สูง ซึม หอบเหนื่อย หรือความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท บุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ แล้วส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า หรือหากผู้ป่วยได้ ยาปฏิชีวนะ 2-3 วันแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือเลวลง ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม (เช่น ตรวจอุจจาระ) และการรักษาด้วยวิธีการและยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มี

จากแนวทางการรักษา URI และ AD ข้างต้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาใน 2 โรค ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ ซึ่งหากบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจ ก็จะทำให้การรักษา และการส่งไข้อย่างเป็นไปตามเกณฑ์หรือแนวทางที่กำหนดได้ อย่างไรก็ตามการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชน นับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะส่งผลถึงความร่วมมือในการรักษา รวมถึงการรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาของผู้ป่วยได้

การรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาของผู้ป่วย

ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)

นักวิชาการหลายท่านได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้ ว่าหมายถึงการแสดงออกถึงความรู้สึนึกคิด ความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากการตีความ หรือแปล ความหมาย (Meaning) หรือแปลความอาการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมโดย อาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย (Garrison & Magoon (1972, p.607), จำเนียร ชวงโชติ (2526, หน้า 177) ⁽⁵⁻⁶⁾ ส่วนด้านจิตวิทยาการรับรู้เป็นสิ่งที่เลือกสรรเฉพาะสิ่งที่ต้องการและแปลความหมายให้เข้ากับตัวเอง โดยมีอิทธิพลจากความรู้เดิม ความต้องการ ทศนคติ ภาวะทางอารมณ์และลักษณะวัฒนธรรมการรับรู้ของ บุคคลที่แตกต่างตามคุณสมบัติส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม⁽⁷⁾

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในด้านสุขภาพ มีผู้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ว่าเป็นความรู้สึนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อ สุขภาพของตนเองในแต่ละเวลา บรูคและคณะ (Brook et al., 1979) ได้ทำการศึกษาเพื่อการรับรู้ ภาวะ สุขภาพของบุคคล โดยประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทั้งในอดีตปัจจุบันและอนาคต รวมถึงการรับรู้ เกี่ยวกับความต้านทานโรคหรือความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความกังวลหรือความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี มักมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย (ดาวรุ่ง สุภาจรณ์, 2540; นูร์มา แวปือซา, 2551) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษา เกี่ยวกับการรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาโรค ซึ่ง หากวิเคราะห์ถึงการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ผลสัมฤทธิ์ดังกล่าว จะส่งผลถึงความร่วมมือในการรักษาครั้ง ปัจจุบัน และการเลือกวิธีการรักษาในครั้งถัดไป รวมทั้งพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อเกิดโรสดังกล่าวขึ้นอีก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาการรับรู้ผลสัมฤทธิ์ของการรักษา URI และ AD ของผู้มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน จ.ฉะเชิงเทรา และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราตามหลักการพิจารณาของ US Belmont Report เลขที่ PH_CCO_REC 009/2561 วันที่รับรอง 20 กรกฎาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการรักษา URI และ AD ณ หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในจ.ฉะเชิงเทรา ในช่วงเดือนเมษายน 2561 – มีนาคม 2562 จากรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการรักษา URI และ AD ที่ปรากฏในฐานข้อมูล HosXP ของแต่ละหน่วยบริการ อายุระหว่าง 15- 65 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการสุ่ม จากประชากรทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมดที่มารับบริการรักษา URI และ AD จากหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในจ.ฉะเชิงเทราในช่วงเวลาที่ศึกษา (URI = 151,936 คน, AD = 14,211 คน)

e = ความคลาดเคลื่อน กำหนดให้ = 5%

จากสูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับ URI ได้ = 400 คน ประเมินการเกินได้ 20% คิดเป็น 480 คน, AD ได้ = 384 คน ประเมินการเกินได้ 20% คิดเป็น 460 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- 1) เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 15-65 ปี
- 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจ.ฉะเชิงเทรา
- 3) มารับบริการรักษา URI และ AD ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในจ.ฉะเชิงเทรา ในช่วงเวลาที่

กำหนด

4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- 1) อาสาสมัครที่ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อำเภอ หรือจังหวัดอื่น ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล
- 2) อาสาสมัครที่มีความเจ็บป่วย หรืออยู่ในสถานะที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ณ ช่วงเวลาที่เก็บ

ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ไม่ระบุชื่อ)

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพ/ประวัติการเป็นหวัด เจ็บคอ และการเข้ารับบริการรักษาที่สถานีนอนมัย

ส่วนที่ 3 การรับรู้ผลการรักษาอาการเป็นหวัด เจ็บคอ

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติหลังรับรู้ผลการรักษาอาการเป็นหวัด เจ็บคอ

ข้อคำถามในแบบสอบถามได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการสร้างแนวของคำถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย การทดสอบแบบสอบถาม ใช้การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดุลยพินิจจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, I-CVI) ทั้งหมด 16 ข้อ แต่ละข้อมีค่า I-CVI = 1.00 และดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale, S-CVI) = 1.00

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนดังนี้

จำนวนแบบสอบถามทั้งหมดที่คำนวณได้ในแต่ละโรค ถูกแบ่งไปในแต่ละหน่วยบริการของแต่ละอำเภอ จำนวนแบบสอบถามที่ถูกกระจายไป จะคำนวณจากสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา URI/AD ในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดเข้ารับการรักษา URI/AD ของทั้งจังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงเวลาที่กำหนด จะได้จำนวนแบบสอบถามที่จะถูกส่งไปในแต่ละหน่วยบริการของแต่ละอำเภอ ดังนี้

อำเภอ	จำนวนแบบสอบถาม (ชุด)	
	URI	AD
เมืองฉะเชิงเทรา	71	87
บางคล้า	29	18
พนมสารคาม	67	80
แปลงยาว	30	13

สนามชัยเขต	71	57
บางน้ำเปรี้ยว	71	116
บ้านโพธิ์	53	43
บางปะกง	51	20
ท่าตะเกียบ	29	16
คลองเขื่อน	4	4
ราชสาส์น	4	6
รวม	480	460

รายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษ URI/AD ในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ ตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด จะถูกพิจารณาคัดเลือก โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดขึ้น แล้วนำมาสุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ได้รายชื่อผู้ป่วยที่จะไปขอเก็บข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสอบถาม ตามจำนวนที่คำนวณได้ในข้อ 1)

แบบสอบถาม จะถูกนำส่งสู่อาสาสมัคร โดยเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งจะได้รับการชี้แจงให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการในแบบสอบถาม ก่อนที่จะมีการนำส่งแบบสอบถามสู่อาสาสมัคร โดยใช้เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อสาสมัคร (Participant Information Sheet) และการชี้แจงด้วยการอธิบายเพิ่มเติม และ/หรือตอบคำถามที่เกี่ยวข้อง จนกว่าอาสาสมัครจะเกิดความเข้าใจเป็นอย่างดี และได้ทำการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย (Informed Consent Form) ก่อนให้ข้อมูลในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ PASW SPSS (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ในการประมวลผล สถิติที่ใช้ทดสอบ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon-rank sum test สำหรับหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ และ Chi-square สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการ URI และ AD มีจำนวน 447 และ 393 รายตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 840 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.7) อายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 43.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86.9) สมรสแล้ว (ร้อยละ 59.9) มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมต้น (ร้อยละ 58.7) ประกอบอาชีพเกษตรกร/รับจ้าง (ร้อยละ 52.3) และมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 70.1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการ, จำนวน (ร้อยละ)		
	เป็นหวัด เจ็บคอ (n = 447)	ท้องเสีย (n = 393)	รวม (n = 840)
1. เพศ			
- ชาย	142 (31.8)	146 (37.2)	288 (34.3)
- หญิง	305 (68.2)	247 (62.8)	552 (65.7)
2. อายุ			
- ต่ำกว่า 20 ปี	57 (12.8)	35 (8.9)	92 (11.0)
- 21 – 30 ปี	88 (19.7)	97 (24.7)	185 (22.0)
- 31 – 40 ปี	83 (18.6)	93 (23.7)	176 (21.0)
- 41 – 50 ปี	84 (18.8)	65 (16.6)	149 (17.7)
- 51 – 60 ปี	107 (23.9)	69 (17.6)	176 (21.0)
- มากกว่า 60 ปี	28 (6.3)	34 (8.7)	62 (7.4)
3. ศาสนา			
- พุทธ	400 (89.5)	330 (84.0)	730 (86.9)
- อิสลาม	44 (9.8)	60 (15.2)	104 (12.4)
- คริสต์	3 (0.7)	3 (0.8)	6 (0.7)
4. สถานภาพสมรส			
- โสด	153 (34.2)	125 (31.8)	278 (33.1)

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการ, จำนวน (ร้อยละ)		
	เป็นหวัด เจ็บคอ (n = 447)	ท้องเสีย (n = 393)	รวม (n = 840)
- สมรส	261 (58.4)	242 (61.6)	503 (59.9)
- หม้าย หย่า แยก	33 (7.4)	26 (6.6)	59 (7.0)
5. วุฒิการศึกษา			
- ต่ำกว่าประถม	16 (3.6)	15 (3.8)	31 (3.7)
- ประถมศึกษา	171 (38.3)	103 (26.2)	274 (32.6)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	106 (23.7)	113 (28.8)	219 (26.1)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	72 (16.1)	87 (22.1)	159 (18.9)
- ปวช / ปวส	48 (10.7)	37 (9.4)	85 (10.1)
- ปริญญาตรีและสูงกว่า	34 (7.6)	38 (9.7)	72 (8.6)
6. อาชีพ			
- นักเรียน	49 (11.0)	29 (7.4)	78 (9.3)
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	24 (5.4)	26 (6.6)	50 (6.0)
- บริษัทเอกชน	54 (12.1)	77 (19.6)	131 (15.6)
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	60 (13.4)	50 (12.7)	110 (13.1)
- เกษตร/รับจ้าง	228 (51.0)	211 (53.7)	439 (52.3)
- อาชีพอื่นๆ	32 (7.2)	0.0 (0.0)	32 (3.8)
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
- ไม่มีรายได้	62 (13.9)	48 (12.2)	110 (13.1)
- ต่ำกว่า 10,000	177 (39.6)	126 (32.1)	303 (36.1)
- 10,000 - 15,000	137 (30.6)	149 (37.9)	286 (34.0)
- 15,000 - 20,000	49 (11.0)	46 (11.7)	95 (11.3)
- 20,000 - 25,000	13 (2.9)	16 (4.1)	29 (3.5)
- มากกว่า 25,000	9 (2.0)	8 (2.0)	17 (2.0)

ประสบการณ์ ประวัติการเป็นหวัดเจ็บคอและท้องเสีย และการเข้ารับการรักษาที่สถานอนามัย

จากผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษา URI และ AD (ร้อยละ 92.6) แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่เคยได้จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการ ได้รับการชักประวัติ (ร้อยละ 95.7) ตรวจร่างกาย (ร้อยละ 78.9) และได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ระหว่างการรักษา URI และ AD (ร้อยละ 98.6) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับยา 1-4 ชนิด (ร้อยละ 99.5) โดย

ได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 20.4 สำหรับ URI และร้อยละ 19.2 สำหรับ AD โดยให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งในด้านรับประทานยาให้ครบ (ร้อยละ 86.7) และปฏิบัติตามคำแนะนำ (ร้อยละ 90.5)

ตารางที่ 2 ประสบการณ์ ประวัติการเป็นหวัดเจ็บคอและท้องเสีย และการเข้ารับการรักษาที่สถานีนามัย

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการ, จำนวน (ร้อยละ)		
	เป็นหวัด เจ็บคอ (n = 447)	ท้องเสีย (n = 393)	รวม (n = 840)
1. ปกติแล้วเวลาที่ท่านเจ็บป่วย ไม่สบาย ส่วนใหญ่ท่านไปรับการรักษาที่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
- สถานีอนามัยใกล้บ้าน	418 (93.5)	357 (90.8)	775 (92.3)
- หาหมอที่คลินิก	87 (19.5)	75 (19.1)	162 (19.28)
- หาหมอที่โรงพยาบาล	124 (27.7)	134 (34.1)	258 (30.71)
- ซื้อยากินที่ร้านขายยา	71 (15.9)	50 (12.7)	121 (14.40)
- ไม่ไปที่ไหน รักษาตัวเองที่บ้าน	23 (5.1)	11 (2.8)	34 (4.05)
2. ท่านเคยได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาอาการหวัดเจ็บคอและท้องเสีย มาก่อนหรือไม่			
- เคย	419 (93.7)	359 (91.3)	778 (92.6)
- ไม่เคย	28 (6.3)	34 (8.7)	62 (7.4)
กรณีที่เคยได้รับข้อมูลท่านได้ข้อมูลจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
- แผ่นพับ/โปสเตอร์	106 (23.7)	95 (24.2)	201 (23.93)
- โปสเตอร์	58 (13.0)	69 (17.6)	127 (15.12)
- โทรทัศน์	154 (34.5)	124 (31.6)	278 (33.10)
- วิทยุ	41 (9.2)	26 (6.6)	67 (7.98)
- สื่อออนไลน์	155 (4.7)	123 (31.3)	278 (33.10)
- แพทย์ที่โรงพยาบาล	134 (30.0)	129 (32.8)	263 (31.31)
- เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	312 (69.8)	264 (67.2)	576 (68.57)
- ญาติ	73 (16.3)	64 (16.3)	137 (16.31)
3. เมื่อท่านไปที่สถานีนามัยใกล้บ้าน			

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการ, จำนวน (ร้อยละ)		
	เป็นหวัด เจ็บคอ (n = 447)	ท้องเสีย (n = 393)	รวม (n = 840)
ท่านได้รับการอะไรบ้าง			
- ได้รับการซักประวัติ ซักอาการ	428 (95.7)	376 (95.3)	804 (96.71)
- ได้รับการตรวจร่างกาย	367 (82.1)	296 (75.3)	663 (78.93)
- ได้รับยา	445 (95.6)	391 (99.5)	836 (99.52)
4.ท่านให้ความร่วมมือในการรักษา			
อย่างไรบ้าง			
- กินยาครบตามที่แนะนำ	374 (83.7)	354 (90.1)	728 (89.88)
- ปฏิบัติตัวครบตามที่แนะนำ	323 (72.3)	340 (86.5)	663 (78.93)

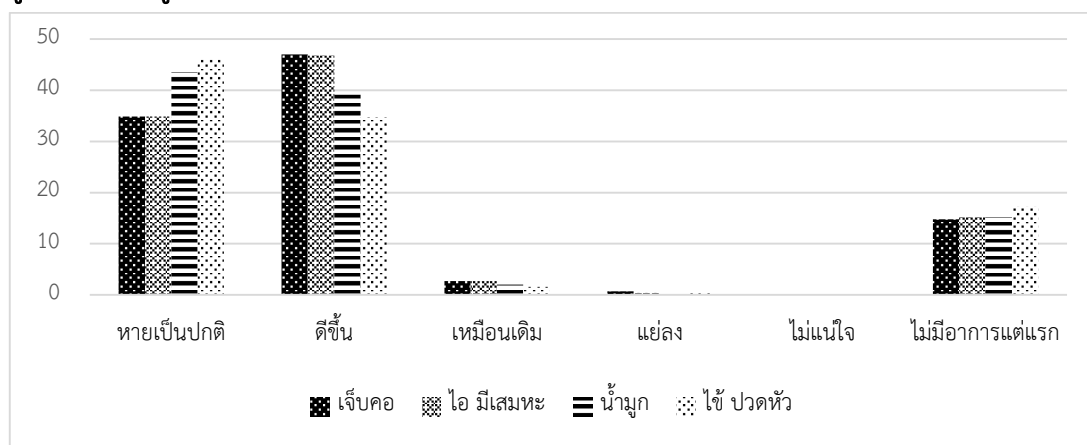
ตารางที่ 3 ข้อมูลการได้รับยาในการรักษาโรคหวัดเจ็บคอและท้องเสีย

ข้อมูลการได้รับยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	กลุ่มตัวอย่าง, จำนวน (ร้อยละ)		
	ได้รับยา	ไม่ได้รับยา	รวม
1. โรคหวัด เจ็บคอ			
- ยาแก้ไอ	323 (72.3)	122 (27.3)	445 (99.6)
- ยาลดน้ำมูก	309 (69.1)	136 (30.4)	445 (99.6)
- ยาแก้ไอ ขับเสมหะ	316 (70.7)	129 (28.9)	445 (99.6)
- ยาฆ่าเชื้อ	91 (20.4)	354 (79.2)	445 (99.6)
- ยาสมุนไพร (เช่น ฟ้าทะลายโจร)	248 (55.5)	197 (44.1)	445 (99.6)
- ยาอื่นๆ	7 (1.6)	438 (98.0)	445 (99.6)
			(missing = 2)
2. โรคท้องเสีย			
- ยาแก้ปวดท้อง	272 (69.2)	119 (30.3)	391 (99.5)
- เกลือแร่ชนิดผงละลายน้ำ	365 (92.9)	26 (6.6)	391 (99.5)
- ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน	184 (46.8)	207 (52.7)	391 (99.5)
- ยาฆ่าเชื้อ	75 (19.1)	316 (80.4)	391 (99.5)
- ยาแก้ไอ	61 (15.5)	330 (84.0)	391 (99.5)
- ยาอื่นๆ	17 (4.3)	374 (95.2)	391 (99.5)
			(missing = 2)

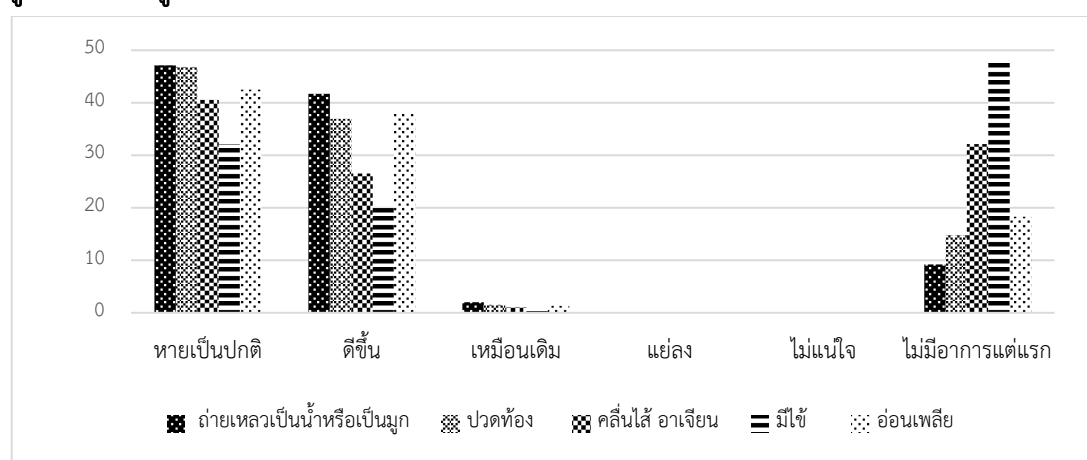
การรับรู้ผลการรักษาโรคหัวใจและอวัยวะร่วมเย็บปล้น

หลังได้รับการบริการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่ายายเป็นปกติและมีอาการดีขึ้นโดยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 89.8 ใน URI และร้อยละ 95.3 ใน AD ผู้รับบริการส่วนใหญ่เมื่อเข้ารับการรักษาแล้ว รับรู้ว่ายายเป็นปกติหรืออาการดีขึ้น จึงอยู่รักษาตัวที่บ้าน ไม่ไปรักษาที่ไหนต่อ ร้อยละ 89.0 ใน URI และร้อยละ 92.1 ใน AD

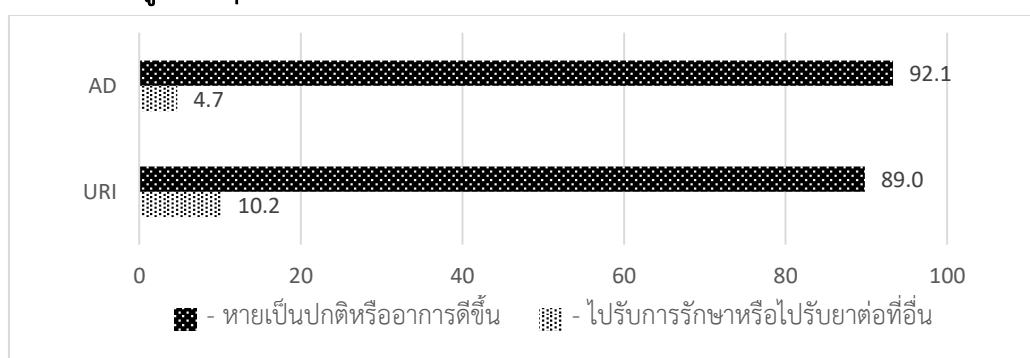
แผนภูมิที่ 1 ความรู้สึกต่อผลการรักษาอาการไข้หวัด (URI) (ร้อยละ)



แผนภูมิที่ 2 ความรู้สึกต่อผลการรักษาอาการท้องเสีย (AD) (ร้อยละ)



แผนภูมิที่ 3 การรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษา URI และ AD



การปฏิบัติหลังรับรู้ผลการรักษาโรคหัวใจและอวัยวะร่วมเฉียบพลัน

และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษา URI และ AD ของประชาชนที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในจ.ฉะเชิงเทราไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเกี่ยวกับ URI และ AD ที่ได้รับก่อนหน้า, ความร่วมมือในการรักษา (การรับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำ) กับการรับรู้อาการของโรคทั้งสองหลังได้รับการรักษา โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจการให้บริการในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 88.1) และหากมีอาการอีกจะกลับไปรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิเดิมที่เคยไป (ร้อยละ 93.1)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษา URI และ AD

ปัจจัย	การรับรู้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษา, จำนวน (ร้อยละ)		
	หายเป็นปกติ หรืออาการดีขึ้น	ไปรับการรักษา หรือรับยาต่อที่อื่น	Exact Sig. (2-sided)
1.ปัจจัยด้านข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา URI และ AD ที่ได้รับก่อนหน้า			
- เคยได้รับข้อมูลมาก่อนหน้า	90.5	9.5	1.000
- ไม่เคยได้รับข้อมูล	90.3	9.7	
2.ปัจจัยด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา (การรับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำ)			
- ปฏิบัติตัวครบตามคำแนะนำ	90.3	9.7	0.886
- ปฏิบัติตัวไม่ครบตามคำแนะนำ	91.0	9.0	

ตารางที่ 5 การปฏิบัติหลังรับรู้ผลการรักษาโรคหัดเจ็บคอและท้องเสีย

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการ, จำนวน (ร้อยละ)		
	เป็นหวัด เจ็บคอ (n = 447)	ท้องเสีย (n = 393)	รวม (n = 840)
1. หลังจากที่ท่านมีอาการดีขึ้น เหมือนเดิม หรือแยลงจากการได้กินยาหรือรับการ รักษาอาการจากเจ้าหน้าที่สถานอนามัย แล้ว ท่านปฏิบัติอย่างไร			
- หายดีแล้ว ไม่ได้ไปรักษาที่ไหนต่อ	331 (74.0)	300 (76.3)	631(75.12)
- ดีขึ้น แต่ยังไม่หาย รักษาตัวที่บ้าน ไม่ได้ไปรักษาที่ไหนต่อ	67 (15.0)	62 (15.8)	129 (15.36)
- กลับไปรักษาต่อ ปรึกษาเพิ่มที่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	49 (11.0)	31 (7.9)	80 (9.52)
สถานอนามัยเดิม	39 (8.7)	26 (6.6)	65 (7.74)
ร้านขายยา	1 (0.2)	1 (0.3)	2 (0.24)
คลินิก	6 (1.3)	2 (0.5)	8 (0.95)
โรงพยาบาล	11 (2.5)	16 (4.1)	27 (3.21)
2. ท่านรู้สึกพึงพอใจผลการรักษา จาก สถานอนามัยอยู่ในระดับใด			
- มากที่สุด	145 (32.4)	108 (27.5)	253 (30.13)
- มาก	239 (53.5)	248 (63.1)	487 (57.97)
- ปานกลาง	63 (14.1)	36 (9.2)	99 (11.79)
- ไม่พอใจ	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (0.12)
- ไม่พอใจมาก	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. หากครั้งต่อไปท่านมีอาการหัดเจ็บคอ หรือท้องเสียอีก ท่านจะปฏิบัติอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
- ไปรักษาที่สถานอนามัยเดิม	421 (94.2)	361 (91.9)	782 (93.1)
- ไปซื้อยากินเองที่ร้านขายยา	57 (12.8)	42 (10.7)	99 (11.78)
- ไปหาหมอที่คลินิก	55 (12.3)	39 (9.9)	94 (11.19)
- ไปหาหมอที่โรงพยาบาล	95 (21.3)	95 (24.2)	190 (22.62)
- ไม่ไปไหน รักษาตัวเองที่บ้าน	8 (1.8)	9 (2.3)	17 (2.0)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ผู้มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 20.4 ใน URI และร้อยละ 19.1 ใน AD ซึ่งสอดคล้องกับผลการดำเนินงานตามนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital; RDU) โดยเป้าหมายกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสม.) ทุกแห่ง มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection; URI) และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea; AD) ไม่เกินร้อยละ 20 ซึ่งการใช้ยาปฏิชีวนะที่ลดลงนี้มีการศึกษาและหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากแสดงให้เห็นว่าอาการทั้งสอง 2 โรคนี้เป็นความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในประชากรทั่วไป และมักหายเองได้โดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ และการใช้ยาปฏิชีวนะที่ลดลงนี้มีการศึกษาสนับสนุนว่าจะช่วยลดการเกิดเชื้อดื้อยาได้

หลังได้รับบริการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่ายายเป็นปกติและมีอาการดีขึ้นโดยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 89.8 ใน URI และร้อยละ 95.3 ใน AD ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่สนับสนุนว่าโรค URI และ AD สามารถหายได้โดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ⁽¹⁸⁾

ผู้รับบริการได้รับยาสมุนไพร เช่น ฟ้าทะลายโจรในโรค URI ร้อยละ 55.5 สำหรับการศึกษาในประเทศไทย วิษณุ ธรรมลิขิตกุลและคณะ ได้ทดลองเปรียบเทียบผลการรักษาอาการไข้และเจ็บคอของฟ้าทะลายโจร โดยเปรียบเทียบกับ พาราเซตามอล พบว่า กลุ่มที่ได้รับฟ้าทะลายโจรขนาด 6 กรัมต่อวัน มีอาการไข้และการเจ็บคอลดลง ในวันที่ 3 ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับฟ้าทะลายโจร 3 กรัม/วัน หรือได้รับพาราเซตามอล 3 กรัม/วัน แต่หลัง 7 วัน ผลการรักษาไม่ต่าง (Thamlikitkul et al., 1991) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาผลของสมุนไพรต่อการรักษา URI และ AD

ผู้รับบริการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการรักษา URI และ AD มาก่อนร้อยละ 92.6 โดยเคยได้รับจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.มากที่สุด ร้อยละ 68.5 รวมทั้งการได้รับการชักประวัติร้อยละ 96.7 ตรวจร่างกายร้อยละ 78.9 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวร้อยละ 98.6 รวมทั้งมีการจ่ายยาสมุนไพรทดแทน ซึ่งแสดงให้เห็นความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในการปฏิบัติตามนโยบาย RDU หรือ RUA ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจการให้บริการในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 88.1 และหากมีอาการอีกจะกลับไปรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิเดิมที่เคยไปร้อยละ 93.1 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่ายายเป็นปกติและมีอาการดีขึ้น โดยการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำทำให้กลับไปดูแลตนเองได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าหากการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพดีจะทำให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิดได้ ช่วย

ป้องกันการติดต่อของโรคระบาดต่างๆ ได้ เป็นการลดภาระของสถานพยาบาลและช่วยลดต้นทุนในการบริการสุขภาพ⁽²⁰⁾

จึงอาจกล่าวได้ว่าผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการดำเนินงาน RDU ใน จ.ฉะเชิงเทรา ในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิในแง่

- บุคลากรให้ความใส่ใจในการปฏิบัติตามนโยบาย RDU (Policy Outcome)
 - จ่ายยาปฏิชีวนะไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด
 - ให้ความรู้/ข้อมูลแก่ผู้มารับบริการ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน
 - จ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันตามนโยบาย
- ประชาชนได้รับประโยชน์ (Patient Outcome)
 - หายจากโรคที่เป็น
 - ได้รับข้อมูลทั่วถึง
 - พึงพอใจในบริการ

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้มารับบริการรักษา URI และ AD ส่วนใหญ่ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในจ.ฉะเชิงเทรา รับรู้ว่าตนเองมีอาการดีขึ้นถึงหายเป็นปกติจากอาการหวัดเจ็บคอ หรือถ่ายเหลวอุจจาระร่วงโดยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ ทั้งนี้พบว่าความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำระหว่างมีอาการทั้งสองโรค มีผลต่อการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพการดีขึ้นถึงหายเป็นปกติจากอาการเป็นหวัดเจ็บคอ หรือถ่ายเหลวจากอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการรับบริการรักษา URI และ AD อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และยังคงเลือกมาใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งเดิม ในการรักษา URI และ AD ครั้งถัดไป บุคลากรที่รับผิดชอบจึงควรรักษาคุณภาพบริการ ซึ่งรวมถึงการให้ข้อมูลด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทั้งสองโรคดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ อันจะช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาในจังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข (ร่วมกับ 9 องค์กร). *แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ.2560-2564: คำจำกัดความที่ใช้ในแผนยุทธศาสตร์*, 2560: 10.
2. กระทรวงสาธารณสุข (ร่วมกับ 9 องค์กร). *แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ.2560-2564: สถานการณ์ปัญหาการติดยาต้านจุลชีพ*, 2560: 14-16.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักบริหารงานสาธารณสุข. *การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล*. กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร, 2559: 5-11.
4. ฉายากุล ข. *คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual)*. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร, 2558.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. *รายงานผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รายไตรมาส ปีงบประมาณ 2560-61*.
6. สุขไพบูลย์ ศ, อภินันท์เดชา ภ, ไชยศิริ ก. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี. *วารสารประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 3*, 2559.
7. คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิต และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. *คู่มือการเรียนการสอน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล: นิยามของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล*. กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร, 2560: 11.
8. จงตระกูล พ. *การใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน Primary Care: Common Cold (Symptomatic Treatment)*. วนิดาการพิมพ์, กรุงเทพมหานคร. 2559: 174-85.
9. Thamlikitkul V, Thamlikitkul V, Apisitwittaya W. *Implementation of clinical practice guidelines for upper respiratory infection in Thailand*. Int J Infect Dis. 2004; 8(1): 47-51.
10. ธรรมลิขิตกุล ว. *คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.; 2558.
11. Garrison R, Magoon K. *Educational psychology*. Charles E.Morrill Publishing century-crofts, Ohio, 1972.
12. ช่างโคติ.จ. *จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้*. กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยรามคำแหง, .2526
13. สตะเวทิน ป. *การสื่อสารมวลชน กระบวนการและทฤษฎี*: กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

14. Brook, R. H., Ware Jr, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C.A., Rogers, W.H., et al. *Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study*. Medical Care, 1979; 17(7): 131.
15. Ajzen I, F. M. *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs : NJ: Prentice-Hall, 1980.
16. แวปือชา น. *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะ สุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในอำเภอปานาเระ จังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2551.
17. บุษผา ศิริรัมย์. *พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
18. เอกสารประกอบคำบรรยาย ผศ.นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล พ.ศ. 2557.
19. Thamlikitkul, V., Dechatiwongs, T., Chaipong, S., et al. 1999. *Efficacy of Andrographis paniculata Nees. for pharyngotonsillitis in adults*. J. Med. Assoc. Thai. 74(10): 537-42.
20. การสื่อสารในระบบบริการสุขภาพ. <https://www.classstart.org/classes/19271>. Accessed April 26, 2019.