

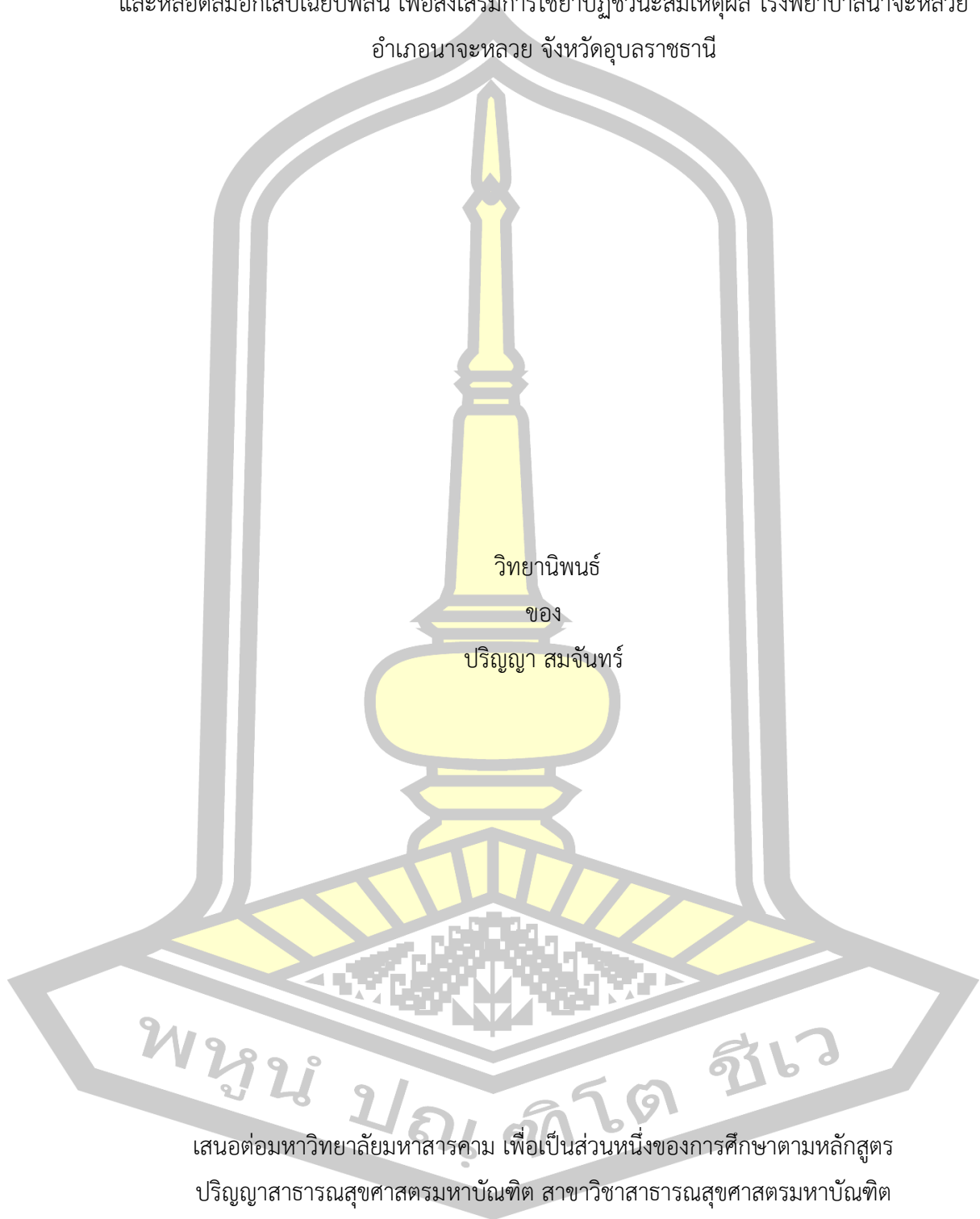
การพัฒนากระบวนการทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบน
และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้จ่ายภูชีวะนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาจะหวาย
อำเภอนาจะหวาย จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์
ของ
ปริญญา สมจันทร์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
กรกฎาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบน
และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการเข้ายาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล โรงพยาบาลนาจะหลวย
อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

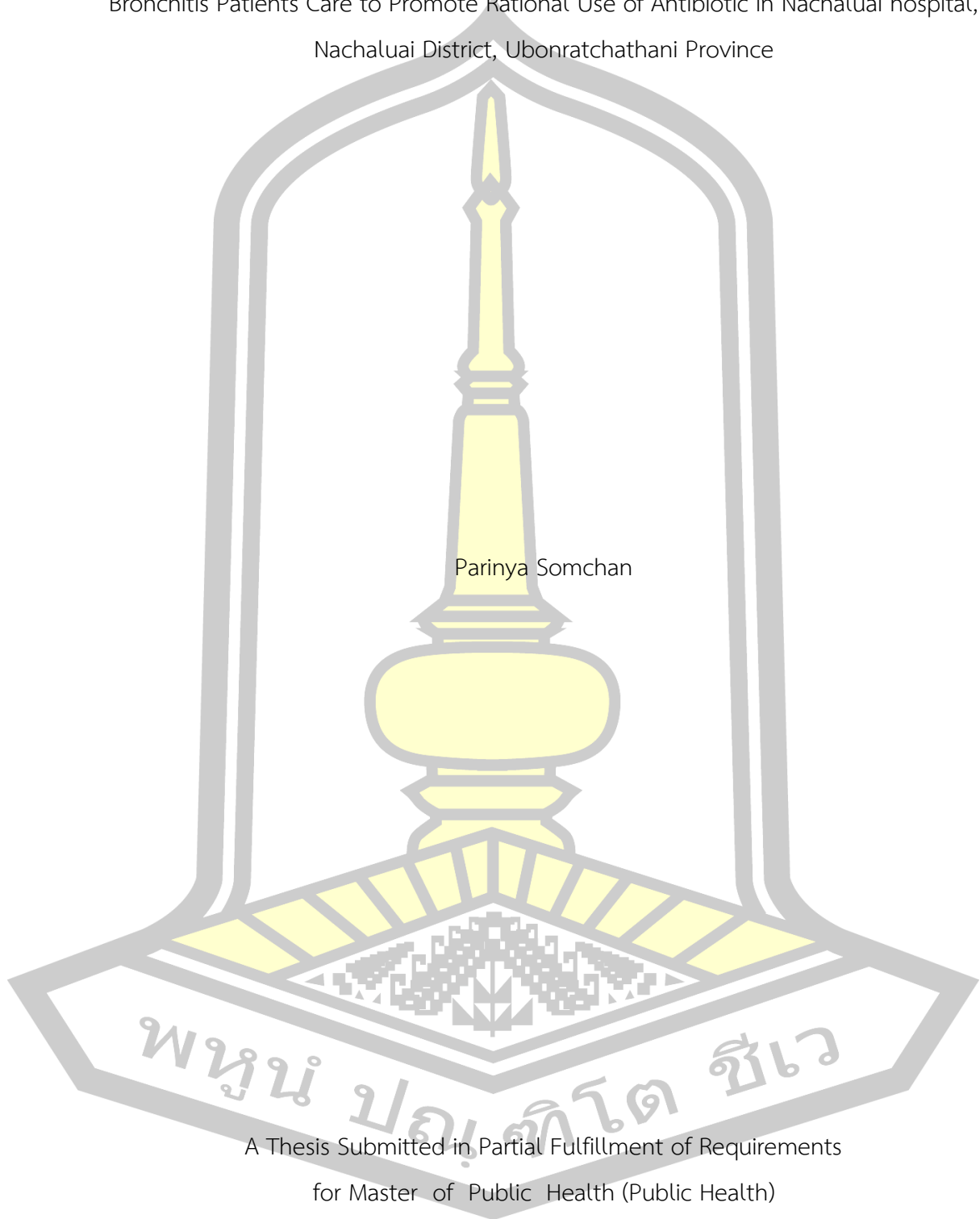


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

กรกฎาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Pharmaceutical Care System for Acute Upper Respiratory Tract Infection and Acute
Bronchitis Patients Care to Promote Rational Use of Antibiotic in Nachaluai hospital,
Nachaluai District, Ubonratchathani Province



Parinya Somchan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

July 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายปริญญา สมจันทร์
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. กุลชญา ลอยหา)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน)

.....กรรมการ

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

(รศ. ดร. สุภัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนากระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	ปริญญา สมจันทร์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีศกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุลชญา ลอยหา		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ทำการศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 250 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย จำนวน 30 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมและแบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาระบบครั้งนี้มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทพื้นที่ 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ 4) การวางแผนงาน 5) การดำเนินการตามแผน 6) การสังเกตผลและติดตามผล 7) การประเมินผล และ 8) การถอดบทเรียน ซึ่งหลังการพัฒนากระบวนการบริหารเภสัชกรรมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70.8) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยลดลงจากร้อยละ 18.8 เป็นร้อยละ 11.7 และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มากขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษานี้ คือ การร่วมกันกำหนดแนวทางการรักษาที่ชัดเจน ระบบกำกับติดตามที่ใกล้ชิดและเป็นปัจจุบัน การจัดการความรู้ที่ถูกต้องในผู้ป่วย และการใช้ยาสมุนไพรที่เป็นทางเลือกในการรักษา

คำสำคัญ : การบริหารทางเภสัชกรรม, โรคติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงบน, หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน, ยาปฏิชีวนะ, การใช้ยาสมเหตุผล



TITLE	Pharmaceutical Care System for Acute Upper Respiratory Tract Infection and Acute Bronchitis Patients Care to Promote Rational Use of Antibiotic in Nachaluai hospital, Nachaluai District, Ubonratchathani Province		
AUTHOR	Parinya Somchan		
ADVISORS	Associate Professor Songkhamchai Leethongdissakul , Ph.D. Assistant Professor Kulchaya Loyha , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2020

ABSTRACT

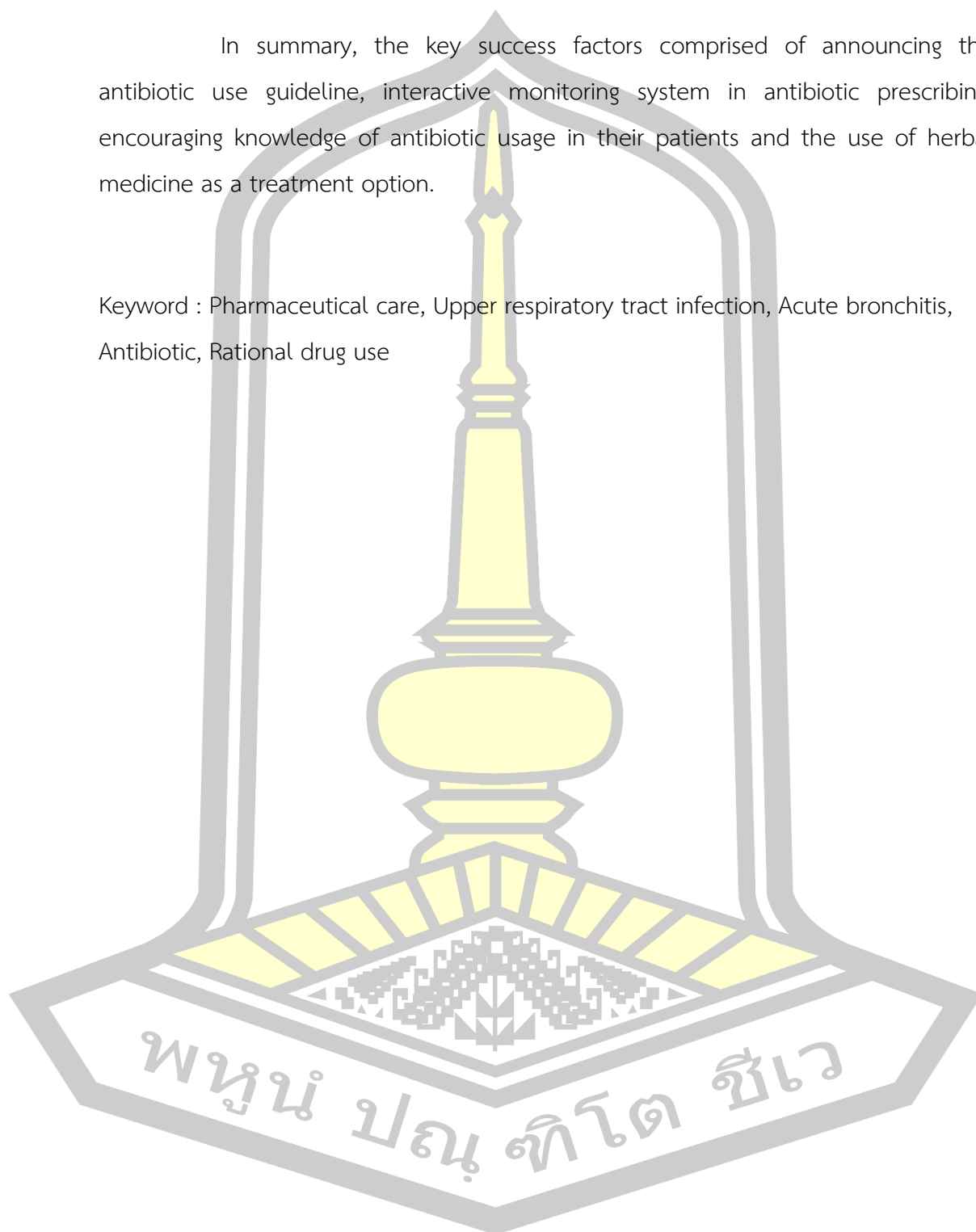
This action aimed to explore a pharmaceutical care model for rational antibiotic use in upper respiratory tract infections and acute bronchitis patients in Na Chaluai Hospital, Ubon Ratchathani province. The 30 participants were included to participate in pharmaceutical care model development with 250 upper respiratory tract infection patients. The created quantitative questionnaire was used to data collection with expertise's recommendation. Data were analyzed by using descriptive statistics and inferential statistics such Paired –sample t-test, Chi-square test. Qualitative data were collected by interviewing and observing with records and analyses by content analysis technique.

The results showed that the steps in this development consisted of 8 steps which were 1) study the context 2) the appointment of the working group 3) data collection and analysis 4) planning 5) implementation 6) Observing and monitoring 7) Evaluation and 8) the lessons learned. It was found that significantly in increasing in participation in persons involved in pharmaceutical care model. There was a significantly increasing knowledge and behavior of antibiotics usage and there was significantly increasing the average score of quality of life in upper respiratory

tract infection patients.

In summary, the key success factors comprised of announcing the antibiotic use guideline, interactive monitoring system in antibiotic prescribing, encouraging knowledge of antibiotic usage in their patients and the use of herbal medicine as a treatment option.

Keyword : Pharmaceutical care, Upper respiratory tract infection, Acute bronchitis, Antibiotic, Rational drug use



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงจากรองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลชญา ลอยหา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และรองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน ผู้ทรงคุณวุฒิสอบวิทยานิพนธ์ ที่ช่วยชี้แนะระเบียบวิธีวิจัยด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) เกสัชกรหญิงอาภรณ์ จตุรภัทรวงศ์ เกสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลวารินชำราบ นายแพทย์สุรศักดิ์ เกษมศิริ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง ประธานคณะกรรมการโรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพเทศบาล จังหวัดอุบลราชธานี และเภสัชกรหญิง ดร.รับขวัญ เชื้อลี อาจารย์ประจำภาควิชาเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้คำปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อัครภูษิทธิ์ ผลานันต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาจะหลวย ที่อนุญาตให้ทำวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนาจะหลวยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

กราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ครอบครัวและทุกคนที่เป็นกำลังใจ หวังว่าความสำเร็จของการศึกษานี้จะทำให้ท่านภูมิใจ และเป็นตัวอย่างที่ดีตลอดไป

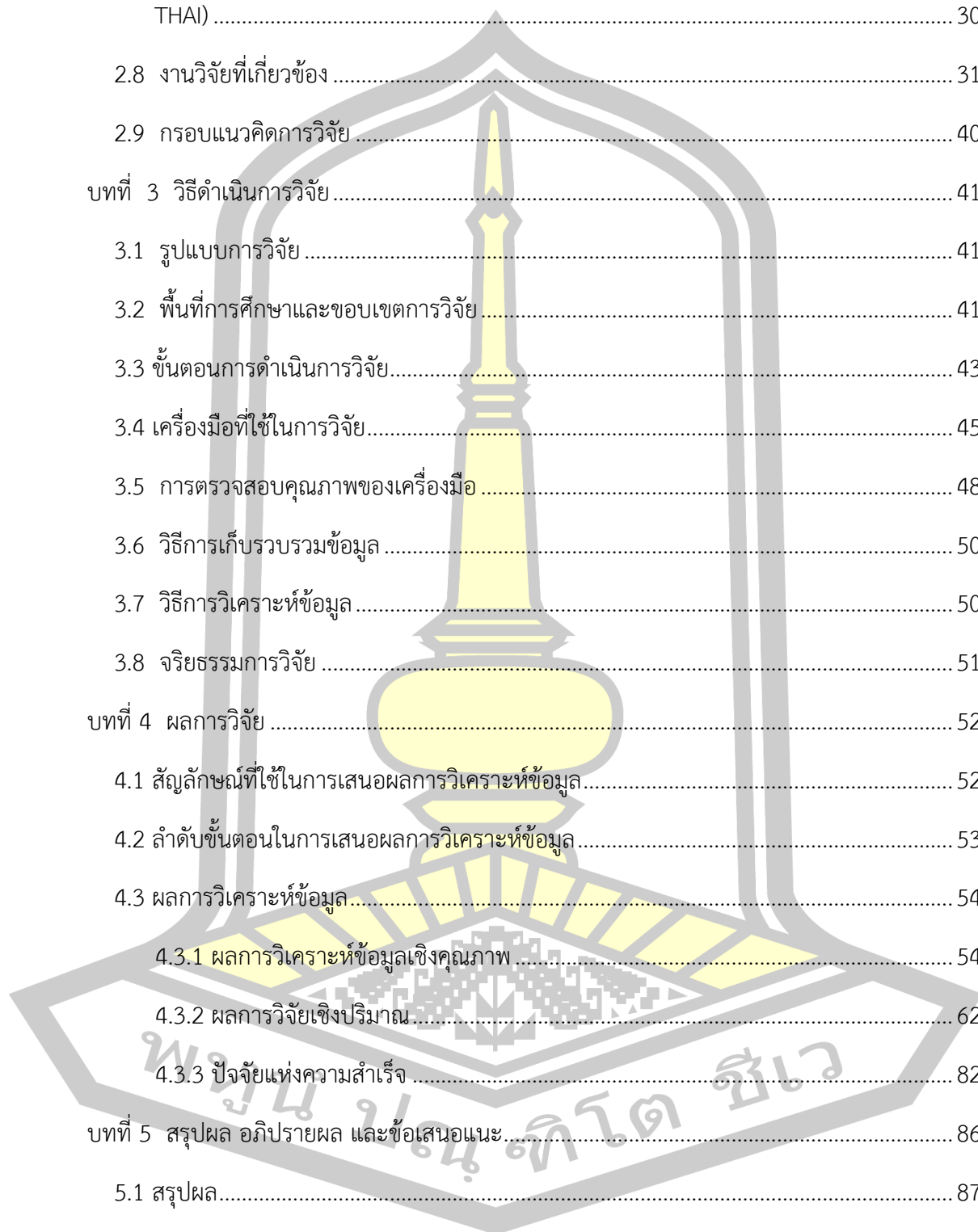
ปริญญา สมจันทร์

พนุน ปณฺ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.5 คำนียามศัพท์เฉพาะ.....	4
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
บทที่ 2 ปรัชศน์เอกสารข้อมูล.....	1
2.1 โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน.....	1
2.2 โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการเข้าอย่างสมเหตุผล.....	5
2.3 การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน.....	10
2.4 การบริหารทางเภสัชกรรม.....	13
2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	18
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม.....	26

2.7 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)	30
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
3.1 รูปแบบการวิจัย	41
3.2 พื้นที่การศึกษาและขอบเขตการวิจัย	41
3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	43
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	48
3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	50
3.7 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	50
3.8 จริยธรรมการวิจัย	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	52
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	53
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	54
4.3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	54
4.3.2 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	62
4.3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	82
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	86
5.1 สรุปผล	87
5.2 อภิปรายผล	93
5.3 ข้อเสนอแนะ	99



5.4 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป.....	99
บรรณานุกรม.....	100
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	108
ภาคผนวก ข แบบสอบถามการวิจัย.....	111
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ	123
ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability)	129
ภาคผนวก จ แบบฟอร์มที่ใช้ในการวิจัย.....	133
ภาคผนวก ฉ ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	136
ภาคผนวก ช ภาพประกอบกิจกรรม	139
ประวัติผู้เขียน.....	145



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สภาพปัญหาการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม.....	56
ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง	62
ตารางที่ 3 จำนวนผู้ตอบถูกและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	64
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Paired –sample t-test.....	66
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน.....	67
ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 250 คน.....	67
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Paired –sample t-test.....	69
ตารางที่ 8 คะแนนคุณภาพชีวิตแบ่งตามกลุ่มข้อความที่เป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย (ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24) องค์ประกอบด้านจิตใจ (ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ข้อ 13, 14, 25) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) ด้วยสถิติ Paired –sample t-test	70
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Paired –sample t-test.....	70
ตารางที่ 10 แสดงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแบ่งตามประเภทของปัญหา	72
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบร้อยละปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ McNemar test	73

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Chi-square test.....	74
ตารางที่ 13 ข้อมูลด้านคุณลักษณะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย จำนวน 30 คน.....	75
ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ	77
ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการวิจัย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา รูปแบบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test.....	79
ตารางที่ 16 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ	80
ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบต่อ กระบวนการบริหารเภสัชกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการ บริหารเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test	81



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	40
ภาพประกอบที่ 2 แผนที่อำเภอเกาะลพบุรี จังหวัดอุบลราชธานี.....	54
ภาพประกอบที่ 3 ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจก่อนเริ่มการพัฒนาระบบบริหาร ทางเภสัชกรรม	59
ภาพประกอบที่ 4 แสดงขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจหลังเริ่มการพัฒนาระบบ บริหารทางเภสัชกรรม.....	60



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน หากปัญหาเชื้อดื้อยาไม่ได้รับการจัดการใดๆ คาดว่าในปี 2050 จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยจากทวีปเอเชีย 4.7 ล้านคน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 3.5 พันล้านล้านบาท (O'Neill, 2016) จากการศึกษาปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะใน 71 ประเทศ ช่วงปี ค.ศ. 2000 ถึง 2010 พบว่าปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 ในประเทศบราซิล รัสเซีย อินเดีย จีน และเพิ่มขึ้นร้อยละ 76 ในประเทศแอฟริกาใต้ โดยปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะจะแปรผันไปในแต่ละฤดูกาล (Van Boeckel et al., 2014) ในขณะที่องค์การอนามัยโลกก็ได้ประเมินการใช้ยาทั่วโลกพบว่ามากกว่าครึ่งของการใช้ยาเป็นการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล การใช้ยาปฏิชีวนะในการติดเชื้อที่ไม่ใช่เชื้อแบคทีเรีย (WHO Rational use of medicines, 2015)

การค้นพบสารเบนซิลเพนนิซิลิน จากเชื้อรา *Penicillium notatum* โดย Sir Alexander Fleming ในปี พ.ศ. 2471 (Tan & Tatsumura, 2015) ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนายาปฏิชีวนะตัวแรกของโลกคือยา Penicillin ซึ่งถูกขนานนามว่า “ยาปาฏิหาริย์” (Miracle drug) เพราะสามารถรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียให้หายได้ และช่วยชีวิตผู้คนนับล้าน แต่ปัจจุบันประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะกลับลดลงอย่างมาก จากการที่เชื้อแบคทีเรียสามารถปรับตัวให้ดื้อต่อยาได้ และปัญหาเชื้อดื้อยามีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (Chanishvili & Aminov, 2019) ในขณะที่การพัฒนายาปฏิชีวนะชนิดใหม่นั้นน้อยมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา (Wohlleben et al., 2016)

ในประชาคมอาเซียน ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลก็ถือเป็นปัญหาหลักที่นำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยาเช่นกัน จากรายงานของสำนักงานองค์การอนามัยโลกระดับภูมิภาคอาเซียน (WHO Regional Office for South-East Asia, WHO/SEARO) พบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะสูงสุดในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยพบการใช้สูงสุดในประเทศอินเดีย เมียนมา ศรีลังกา คือร้อยละ 94, 87 และ 70 ตามลำดับ ซึ่งประเทศไทยพบการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวร้อยละ 43 (K.A. et al., 2017) จากการศึกษาเบื้องต้นถึงผลกระทบต่อด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณ 38,481 คน จากการติดเชื้อดื้อยาทั้งหมด 87,751 ครั้ง ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของยาด้านจุลชีพสำหรับรักษาการติดเชื้อดื้อยา

มีมูลค่าประมาณ 2,539 ล้านบาท ถึง 6,084 ล้านบาท และต้นทุนทางอ้อมจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมีมูลค่าอย่างน้อย 40,000 ล้านบาท (มูลค่าเมื่อ พ.ศ. 2553) ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพที่มีมูลค่าสูงของประเทศ (ภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ, 2555) และการจ่ายยาต้านแบคทีเรียของแผนกผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2556 พบว่ามีการสั่งใช้ต้านแบคทีเรียคิดเป็นร้อยละ 19 ของจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมดยาปฏิชีวนะที่มีการสั่งใช้มากที่สุดคือยา Amoxicillin (ร้อยละ 50) คิดเป็นมูลค่าทั้งสิ้น 215 ล้านบาท จังหวัดที่มีการสั่งจ่ายยาต้านแบคทีเรียรูปแบบรับประทานในปริมาณสูงได้แก่ แม่ฮ่องสอน พระนครศรีอยุธยา สมุทรสงคราม และพัทลุง (นพคุณ ธรรมธัชอารี, 2560)

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้ดำเนินโครงการการใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use) ตั้งแต่ปี 2558 ซึ่งเป็นโครงการต่อเนื่องจากโครงการการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล (Antibiotic Smart Use) โดยมีแนวทางการดำเนินโครงการ 6 ด้าน คือ (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2558) การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด การจัดทำฉลากยามาตรฐานฉลากยาเสริมและข้อมูลยาสู่ประชาชน การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยทำให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ และการสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งใช้ยา

การบริหารเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) คือความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อการใช้ยา รักษาโรค จึงถูกนำมาใช้เป็นกลไกสำคัญเพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมายที่สำคัญ เพื่อให้เกิดเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และเป็นกลไกสำคัญเพื่อแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งปัญหาการได้รับยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลด้วย ซึ่งนอกจากจะส่งผลเพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาแล้วยังลดอัตราเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยแพ้ยาโดยไม่จำเป็น และประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการซื้อยาปฏิชีวนะด้วย

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะปี 2562 ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในระดับประเทศ พบว่าผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ 1,250,523 ครั้ง จากการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด 5,195,529 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.1 จังหวัดอุบลราชธานีมีการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันร้อยละ 26.0 ซึ่งถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขคือน้อยกว่าร้อยละ 20 ซึ่งโรงพยาบาลน่าจะหลวย ก็ได้ดำเนินโครงการการใช้ยาสมเหตุผลมาตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน และพบว่าอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันมีแนวโน้มที่ลดลง โดยในปี 2562 มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจำนวน 1354 ครั้ง จากการมารับบริการของผู้ป่วยนอกด้วยโรคดังกล่าวทั้งหมด 7127 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.9

(กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งแม้ถ้าเทียบตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขแล้วจะถือว่าผ่านเกณฑ์แล้วก็ตาม แต่ในปี 2563 (1 ตุลาคม 2562 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2563) กลับพบอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะมากขึ้นคือ 839 ครั้ง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 21.8 ดังนั้นการส่งเสริมเพื่อให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะให้สมเหตุผลจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อจะลดปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลให้เหลือน้อยที่สุด

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการบริหารเภสัชกรรมเพื่อการใช้ยาสมเหตุผลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานีควรเป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาคะหลวย อำเภอนาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการบริหารเภสัชกรรมของพื้นที่ในการทำวิจัย

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาคะหลวย อำเภอนาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาคะหลวย อำเภอนาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาคะหลวย อำเภอนาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาจะหลวย เพื่อประเมินผลลัพธ์การบริหารเภสัชกรรม รวมทั้งสิ้น 250 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยติดเชื่อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งคัดเลือกจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC) และคณะกรรมการทีมนำด้านคลินิก (Patient Care Team, PCT) โดยเป็นตัวแทนแต่ละวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์แผนไทย และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งสิ้น 30 คน

1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical action research) ตามแนวคิดของ kemmis & McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) (McTAGGART, 1994) โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับการบริหารเภสัชกรรม ซึ่งต้องดำเนินการในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.4.3 พื้นที่วิจัย โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.4 ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 5 พฤษภาคม 2563

1.5 คำนิยามศัพท์เฉพาะ

การบริหารเภสัชกรรม คือบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัย (Promote patient safety) การเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา (Improve quality of care) การรักษาเป็นไปอย่างคุ้มค่า (Cost-effective care) และการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (Increase patient satisfaction) (ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ, 2559)

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug related problems, DRP) คือ เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อใช้ยาในการรักษา และส่งผลกระทบต่อหรือมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อผลการรักษาด้วยยาที่ต้องการ (จรเจศ หาญรินทร์, 2552)

ผู้ป่วยติดเชื่อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยที่ติดเชื่อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ได้แก่โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2019)

การใช้ยาสมเหตุสมผล (Rational Drug use, RDU) คือ การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิก เหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลัก เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการให้ยาในกรอบบัญญัติอย่างผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยบริการในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและ ความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษา ที่เหมาะสม ผู้รับบริการให้การยอมรับและสามารถใช้จ่ายดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (Rational Drug Use Subcommittee, 2015)

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้

1.6.1 เกิดรูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื่อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในเขตตำบลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวยจังหวัดอุบลราชธานี

1.6.2 เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากรูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื่อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในเขตตำบลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวยจังหวัดอุบลราชธานีในด้านต่อไปนี้

1.6.2.1 ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคติดเชื่อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันได้รับการค้นหาปัญหา แก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา

1.6.2.2 ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคติดเชื่อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันมีความรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.6.2.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้น

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

- 2.1 โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน
- 2.2 โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล
- 2.3 การใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน
- 2.4 การบริหารทางเภสัชกรรม
- 2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ
- 2.7 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกฉบับย่อ
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

2.1.1 โรคหวัด (Acute Nasopharyngitis, Common Cold, Acute Upper Respiratory Infection-Unspecified) (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2019)

หมายถึง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนบริเวณโพรงจมูกและอาจลามมาถึงช่องปากที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส เชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือ rhinovirus ซึ่งมีมากกว่า 100 ชนิด รองลงมา ได้แก่ coronavirus, parainfluenza virus เป็นต้น โรคหวัดมักพบในฤดูกาลที่มีอากาศเย็น และความชื้นสัมพัทธ์ต่ำเช่น ฤดูหนาวเนื่องจากอุณหภูมิพอเหมาะต่อการเติบโตของไวรัส เยื่อโพรงจมูกที่แห้งจะมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ง่าย ระยะฟักตัวของ rhinovirus ประมาณ 1-4 วัน ส่วน coronavirus ใช้เวลาประมาณ 2-4 วัน โดยทั่วไปมักเกิดอาการภายหลังการสัมผัสเชื้อ 1-3 วัน อาการของโรคหวัดขึ้นกับอายุและชนิดของเชื้อไวรัส เด็กเล็กอาจมีไข้ และน้ำมูกเป็นอาการเด่น เด็กโตมักไม่มีไข้ แต่อาจเริ่มด้วยอาการเจ็บคอหรือระคายคอ ต่อมามีน้ำมูก คัดจมูก ไอ อาการไอพบได้ประมาณสองในสามของผู้ป่วยเด็ก โรคหวัดอาจเป็นอาการเริ่มต้นของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจทั้งหมดที่เกิดจากเชื้อไวรัส หากเป็นการติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น influenza virus, respiratory syncytial virus, human metapneumo virus จะมีอาการอื่นมากกว่าเชื้อ rhinovirus หรือ

coronavirus เช่น มีอาการปวดหัว เสียงแหบ ปวดเมื่อยตัว อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น หากเป็นโรคหวัดธรรมดา เด็กจะมีน้ำมูกใสในวันแรก ต่อมาน้ำมูกอาจเปลี่ยนเป็นสีเขียวเนื่องจาก polymorphonuclear cell (PMN) หลังสาร myeloperoxidase ออกมากำจัดเชื้อโรค การมีน้ำมูกสีเขียวหรือเหลืองจึงไม่จำเป็นต้องมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนเสมอไป ซึ่งจะมีอาการแสดงคือเยื่อจมูกบวมแดง อาจพบเยื่อตาแดง ต่อม้ำเหลืองที่คอโต มี post nasal drip ได้ โดยทั่วไปอาการของโรคหวัดมักไม่ยาวนานเกิน 7-14 วันถ้ามีอาการนานเกิน 2 สัปดาห์ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะไซนัสอักเสบหรือมีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย หรือเป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้

2.1.2 โรคคออักเสบ ทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน (Acute pharyngitis/ tonsillitis/ pharyngotonsillitis) (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2019)

หมายถึง การติดเชื้อของบริเวณคอหอย ทั้งบริเวณที่เป็น nasopharynx และ oropharynx หรือต่อมทอนซิล สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ได้แก่ adenovirus, influenza virus, parainfluenza virus, rhinovirus, respiratory syncytial virus (RSV) ไวรัสอื่นที่พบรองลงมา คือ coxsackievirus, echovirus, herpes virus, Epstein-Barrvirus (EBV) ส่วนกลุ่มแบคทีเรีย เชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ group A beta-hemolytic streptococci (GABHS) พบเป็นสาเหตุประมาณร้อยละ 20 ถึง 40 ที่พบรองลงมา ได้แก่ group C, group G streptococci และ anaerobe ส่วนกลุ่ม atypical pathogen ที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* (or *Chlamydia pneumoniae*) แต่พบได้ไม่บ่อย อาการที่สำคัญ คือ ไข้ และเจ็บคอ ส่วนอาการอื่นๆ ที่พบร่วมได้ขึ้นกับเชื้อที่เป็นสาเหตุ โดยถ้าเป็นจากเชื้อไวรัส จะพบอาการนำคล้ายโรคหวัด คือ มีน้ำมูกคัดจมูก จาม อาจพบตาแดง น้ำตาไหล เสียงแหบ เด็กบางรายอาจตรวจพบมีแผลในปากหรือเป็นตุ่มน้ำใส ผื่นตามตัว หรือมีคลื่นไส้อาเจียนท้องเสียร่วมด้วย และถ้าเป็นจากเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะ GABHS จะมีอาการไข้สูงเจ็บคอมาก ปวดศีรษะคลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง หรือมีประวัติสัมผัสผู้ป่วยที่เป็น *streptococcal pharyngitis* อาจตรวจพบจุดเลือดออกที่เพดานอ่อน การดำเนินโรคเป็นอย่างรวดเร็ว เกณฑ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยเชื้อ GABHS จากอาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 3 วัน หากมีอาการตามข้อต่อไปนี้มากกว่า 4 ข้อ โดยเรียงตามลำดับจากอาการที่พบว่าสัมพันธ์กับ GABHS จากมากไปน้อย (The Centor or modified McIsaac Score) ได้แก่ 1) ทอนซิลอักเสบเป็นหนอง หรือทอนซิลบวมแดงจัด 2) ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอส่วนหน้าบวมและกดเจ็บ 3) ไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส 4) ไม่มีอาการไอ ซึ่งโรคคออักเสบ ทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน อาจพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการลุกลามของเชื้อไปยังบริเวณใกล้เคียง (Suppurative complications) ได้แก่ หูชั้นกลางอักเสบ, Peritonsillar abscess (Quinsy), Para/retro pharyngeal abscess และการลุกลามของเชื้อไปยังเนื้อเยื่อชั้นลึกของบริเวณคอหรือไปส่วนอื่นๆ พบมีรายงานผู้ป่วย endophthalmitis5 กรณีนี้ต้องส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ตา หู คอ จมูก ต่อไป

ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นไม่บ่อย ได้แก่ Septicemia, Empyema, Meningitis และภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการเกิดปฏิกิริยาทางระบบภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะอื่นๆ (Non-suppurative complication) ได้แก่ Acute glomerulo nephritis, Rheumatic fever และ Rheumatic heart disease

2.1.3 ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน (Acute rhinosinusitis) (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2558)

หมายถึง โรคหรือภาวะที่มีการอักเสบของเยื่อไซนัสตั้งแต่ 1 ไซนัสขึ้นไป โดยอาจเกิดจากสาเหตุใดก็ได้ แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ตามระยะเวลาและอาการที่เป็น ได้แก่

2.1.3.1 ชนิดเฉียบพลัน (Acute bacterial rhinosinusitis) หมายถึง การอักเสบของเยื่อไซนัสที่เป็นมาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ และอาการหายไปอย่างสมบูรณ์

2.1.3.2 ชนิดกึ่งเฉียบพลัน (Subacute bacterial rhinosinusitis) หมายถึง การอักเสบของเยื่อไซนัสที่เป็นอย่างต่อเนื่องมาจากชนิดเฉียบพลันแต่มีอาการไม่เกิน 12 สัปดาห์ และอาการหายไปอย่างสมบูรณ์

2.1.3.3 ชนิดเรื้อรัง (chronic rhinosinusitis) หมายถึง การอักเสบของเยื่อไซนัสที่มีอาการต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ได้แก่ ไอ มีน้ำมูก หรือ คัดจมูก

2.1.3.4 ชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำ (Recurrent acute bacterial rhinosinusitis) หมายถึง การอักเสบของเยื่อไซนัสชนิดเฉียบพลันที่มีการกลับเป็นซ้ำ 3 ครั้งใน 6 เดือน หรือ 4 ครั้งใน 12 เดือน แต่ละครั้งเป็นนานกว่า 7 วัน แต่ไม่เกิน 4 สัปดาห์ และการอักเสบหายไปอย่างสมบูรณ์ทุกครั้ง และมีช่วงห่างแต่ละครั้งอย่างน้อย 10 วัน

2.1.3.5 ชนิดเรื้อรังและมีการกำเริบเป็นชนิดเฉียบพลัน (Acute bacterial rhinosinusitis superimpose on chronic rhinosinusitis) หมายถึง การอักเสบของเยื่อไซนัสที่เป็นเรื้อรังและผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลันที่หรือมีอาการอักเสบของไซนัสเกิดขึ้นใหม่ อาการอักเสบของไซนัสที่เป็นอย่างเฉียบพลันที่เกิดขึ้นใหม่หายไปหลังจากมีอาการไม่เกิน 4 สัปดาห์

เชื้อก่อโรคไซนัสอักเสบเฉียบพลันที่พบบ่อยที่สุด คือ *H. influenzae* รองลงมา คือ *S. pneumoniae* และ *Klebsiella spp.* รวมทั้งพบ anaerobe แต่ไม่พบเชื้อ *M. catarrhalis* โดยทั่วไปโรคหวัดจากเชื้อไวรัสจะมีการอักเสบเข้าไปในโพรงไซนัสด้วยอยู่แล้ว และจะหายไปพร้อมกับโรคหวัดธรรมดา เราควรนึกถึงไซนัสอักเสบเฉียบพลันที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย (Acute bacterial rhinosinusitis) เมื่อมีอาการของโรคหวัดเรื้อรังนานหรือรุนแรงกว่าปกติ คือ อาการของโรคหวัดที่เป็นแบบต่อเนื่อง (Persistent upper respiratory symptoms) คือ มีน้ำมูกและไอที่ไม่ดีขึ้นติดต่อกันนานกว่า 10 วันโดยน้ำมูกมักข้นเหลืองแต่อาจมีสีขาวหรือใสก็ได้หรืออาการแย่ลงหลังจากเป็นไข้หวัดมาแล้ว 5-7 วันร่วมกับมีอาการไอแห้งหรือมีเสมหะจากน้ำมูกไหลลงคอในเวลากลางวันผู้ป่วยอาจไอ

มากขึ้นในเวลากลางคืน แต่การไอเวลากลางวันมีความจำเพาะต่อโรคไซนัสอักเสบมากกว่า ไม่เหมือนโรคหัดธรรมดาที่จะมีอาการมากที่สุดใน 7 วันแรกและค่อยๆ ดีขึ้นเอง ถ้ามีอาการไอเฉพาะกลางคืน ควรนึกถึงภาวะ Postnasal drip จากโรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้โรคหืดหรือ Cough variant asthma และอาการของโรคหวัดที่เป็นแบบรุนแรง (Severe upper respiratory symptoms) ได้แก่ มีไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส และน้ำมูกข้นเป็นหนอง โดยเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน และเป็นติดต่อกัน 3-4 วัน โดยที่สาเหตุของไข้ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อที่อวัยวะอื่น บางรายอาจมีการบวมบริเวณรอบตาหรือกอดเจ็บบนใบหน้า หรือปวดศีรษะมากร่วมด้วยอาการอื่นๆ ของไซนัสอักเสบ ได้แก่ เจ็บคอ หูอื้อ ลมหายใจมีกลิ่น (Halitosis) เสียงขึ้นจมูก เยื่อบุจมูกแดง กอดเจ็บบริเวณไซนัส Post nasal drip ไม่ได้กลิ่น และปวดฟัน เป็นต้น (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2019)

2.1.4 หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (Acute Otitis Media)

หมายถึงภาวะที่มีการอักเสบของหูชั้นกลางเฉียบพลัน มีอาการคล้ายโรคหวัด คือ ไข้ ไอ น้ำมูก อาเจียน แต่มีอาการสำคัญคือ ปวดหูร่วมด้วย (Gotthelf, 2005) ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส Respiratory syncytial virus (RSV), Influenza virus, Adenovirus, Rhinovirus, Coronavirus และ Enterovirus ส่วนน้อยเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. pyogenes*, *M. catarrhalis*

2.1.5 ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่เกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ โดยทั่วไปมักเป็นเชื้อสายพันธุ์ A หรือ B ไข้หวัดใหญ่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงรุนแรง ผู้ป่วยบางกลุ่มมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากไข้หวัดใหญ่ที่ร้ายแรงเช่น สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การฉีดวัคซีนเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ไวรัสไข้หวัดใหญ่สามารถติดเชื้อในคนและสัตว์อื่น ๆ ได้ ไวรัสที่ติดเชื้อในมนุษย์จะแพร่ระบาดไปตาม ไข้หวัดใหญ่มีอาการทางคลินิกที่หลากหลายตั้งแต่โรคไม่รุนแรงจนถึงตาย ในปี 2552 ได้เกิดการระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) ไวรัสไข้หวัดใหญ่ในสัตว์รวมถึงไข้หวัดใหญ่ A (H5N1) และไข้หวัดใหญ่ A (H7N9) และทำให้เกิดโรคในมนุษย์ได้ แม้จะยังไม่มีการศึกษาถึงการแพร่เชื้อจากคนสู่คนที่เชื่อถือได้ แต่อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในมนุษย์โดยไวรัสเหล่านี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของเชื้อโรคเหล่านี้ต่อสุขภาพของประชาชน (WHO, 2019)

2.2 โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ในขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายที่น้อยที่สุดต่อผู้ป่วยและชุมชน (World Health Organization, 1985) ซึ่งสอดคล้องกันคำจำกัดความในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 2552 ซึ่งให้ความหมายว่า เป็นการให้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีการให้ยาโดยมีข้อบ่งชี้เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ให้ประโยชน์ทางคลินิก เหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อนอน คำนี้ถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการให้ยาในกรอบบัญชียายังผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้รับบริการในแต่ละกรณีด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้รับบริการให้การยอมรับและสามารถใช้ยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (Rational Drug Use Subcommittee, 2015)

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติปีพ.ศ.2553-2556 ได้ระบุว่า “การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและควรได้รับการยกสถานะเป็นวาระแห่งชาติ” ซึ่งต่อมานโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ.2554 ได้มีการบรรจุให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 ของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติพ.ศ. 2555-2559 ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์ย่อย 7 ประการดังนี้

1. การพัฒนาระบบและกลไกการกำกับดูแล เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
2. การพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาเทคโนโลยีและเครื่องมือ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
4. การสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
5. การส่งเสริมการผลิตและประกันคุณภาพยาชื่อสามัญ
6. การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพ
7. การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยา และยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ซึ่งต่อมาอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีพ.ศ. 2556-2557 เห็นชอบในหลักการให้มีการดำเนินโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital; RDU Hospital) ขึ้น เพื่อให้เกิดการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

2.2.1 ญญแจสำคัญเพื่อความสำเร็จโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2558)

2.2.1.1 ญญแจดอกที่ 1 การสร้างวามเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and therapeutics committee (PTC) competency)

โครงการ RDU Hospital มีเป้าหมายในการสร้างเสริมคณะกรรมการ เภสัชกรรมและการบำบัดให้เป็นหน่วยปฏิบัติงานที่มีความเข้มแข็ง สามารถชี้แนะ การจัดการด้านยาในองค์กรได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับ โดยมีหน้าที่และ ความรับผิดชอบตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ในด้านต่างๆ ได้แก่

1. การพัฒนาระบบเพื่อการติดตาม ตรวจสอบ และส่งเสริมการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล รวมถึงกำกับการปฏิบัติงานตามกรอบของญญแจดอกที่ 2 ถึง 6 ให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. การจัดทำเภสัชตำรับ (Hospital formulary) ที่มีความสอดคล้องกับ ปรัชญาและหลักการของบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. การสร้างวามมั่นใจต่อคุณภาพยา (Ensuring drug quality) แก่ผู้ช้ยา
4. การติดตามความปลอดภัยด้านยาและการดำเนินการป้องกันแก้ไข (Ensuring drug use safety)
5. การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา (Expenditure control)
6. การฝึกรวมบุคลากร (Staff education)
7. การควบคุมการส่งเสริมการขายของบริษัทยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ ทางการแพทย์ (Controlling of all promotion activities to staff)

ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานตามภาระ และหน้าที่ของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ประกอบด้วย การมีกำหนด มอบหมายถึงพันธกิจอย่างเป็นทางการ (Firm mandate) มีเป้าประสงค์ในการปฏิบัติงาน ที่ ชัดเจน ได้ รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงมี ความโปร่งใสในการปฏิบัติ งาน มีตัวแทนจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับหน้าที่ ใช้องค์ความรู้ ที่อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดำเนินงานภายใต้แนวทางสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) มีทรัพยากรเพียงพอที่จะดำเนินงาน และมี การประเมิน ติดตามหลังจากการนำนโยบายต่างๆ มาใช้จริง

2.2.1.2 ญญแจดอกที่ 2 การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (Label and patient information leaflet)

โครงการ RDU Hospital มีเป้าหมายในการสนับสนุนให้ใช้ ฉลากยามาตรฐาน (RDU label) เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับยาได้อย่าง สะดวกและครบถ้วน ช่วยให้ผู้ป่วยใช้

ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยมากขึ้น ทั้ง ช่วยให้เภสัชกรให้คำแนะนำได้ง่ายขึ้นเนื่องจากสามารถใช้ข้อความบนฉลากยามา ประกอบคำอธิบายได้โดยสะดวก นอกจากนี้ ฉลากยามาตรฐานในปัจจุบันมีขนาดเล็กไม่สามารถบรรจุข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยควรทราบของยาแต่ละชนิด ซึ่งอาจแก้ไข โดยการใช ฉลากยาเสริม (Extended label) ซึ่งมีขนาดใหญ่ขึ้นและสามารถแนบ หรือแปะติดเป็นสติ๊กเกอร์ไป กับซองยาที่ผู้ป่วยได้รับจากสถานพยาบาล เพื่อเพิ่ม ข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจมีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาได้อย่าง เหมาะสมยิ่งขึ้น

เอกสารข้อมูลยาสำหรับประชาชน (Patient information leaflet หรือ PIL) เป็น เอกสารที่จะจัดทำขึ้นภายใต้โครงการของสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา เพื่อให้บริษัทยา นำไปใช้เป็นต้นแบบในการผลิตและส่งมอบไปพร้อมกับ ผลิตภัณฑ์ของตน หัวข้อของเอกสารข้อมูลยา สำหรับประชาชนประกอบด้วย ยานี้ คือยาอะไร ข้อควรรู้ก่อนใช้ยา วิธีใช้ยา ข้อควรปฏิบัติระหว่างใช้ ยา อันตรายที่อาจ เกิดจากยา และควรเก็บรักษายานี้อย่างไร ในระหว่างที่โครงการดังกล่าวยังไม่ได้ ประกาศใช้อย่างเป็นทางการและการจัดทำเอกสารดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมรายการ ยาที่เป็นเป้าหมาย ของโครงการ RDU Hospital จึงส่งเสริมให้โรงพยาบาลดำเนิน การให้ผู้ป่วยที่ประสงค์จะได้ข้อมูล เกี่ยวกับยาเพิ่มขึ้น สามารถเข้าถึงเอกสารดังกล่าวได้สะดวกและทั่วถึง

2.2.1.3 ญญแจตอกที่ 3 การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยา อย่างสมเหตุผล(Essential RDU tools) ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือ 6 ชนิด ได้แก่

ประกอบด้วยเครื่องมือที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่

1. เป้าหมายในการรักษา (Goal, G) และคำแนะนำการใช้ยาในกลุ่มยา เป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน และเหมาะสมกับ บริบทในการปฏิบัติงานของแต่ละสถานพยาบาล (Recommendation, R)

2. เภสัชตำรับที่รายการยาถูกคัดเลือกอย่างโปร่งใส โดยใช้หลักเกณฑ์ที่ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ และหลักฐานด้านความคุ้มค่า

3. แนวทางการส่งตรวจและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อการ วินิจฉัยโรคเป้าหมาย และการติดตามผลการรักษาที่สอดคล้องกับระดับของสถาน พยาบาล (Monitoring, M)

4. การจัดหาหรือจัดทำระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านยาและการรักษา โรค ที่ จำเป็นต่อการใช้อย่างสมเหตุผล

5. ระบบและวิธีการปฏิบัติในการประเมินและการติดตามผลการใช้ยา รวมทั้ง การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สั่งใช้ยา

6. นโยบายด้านยาที่จำเป็นต่อระบบการใช้จ่ายที่สมเหตุผล ได้แก่ นโยบาย การใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ นโยบายการสั่งจ่ายยาด้วยชื่อสามัญทางยา และ นโยบายการใช้จ่ายในผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลกลุ่มต่างๆ อย่างเท่าเทียมกัน (Policy, P)

โครงการ RDU Hospital ได้จัดทำคำแนะนำและตัวชี้วัดสำหรับโรคที่พบ บ่อยในเวชปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อ (Responsible use of antibiotics; RUA) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease; NCD) รวม 6 ประเภท ได้แก่ 1) ความดันเลือดสูง 2) เบาหวาน 3) ไขมันในเลือดสูง 4) ข้อเสื่อม/เกาต์ 5) โรคไตเรื้อรัง และ 6) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.2.1.4 กฎแฉดอทที่ 4 การสร้างควมตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การสร้างควมตระหนักรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ และเห็นถึงควมสำคัญในเรื่องดังกล่าว เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้อโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นที่ยอมรับ และ นำไปปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้ผู้ใช้บริการได้รับเฉพะยาจำเป็นที่มีคุณภาพ เกิดประสิทธิผลของการรักษาตามแนวทางการรักษามาตรฐานอย่างครบถ้วน ปลอดภัย และคุ้มค่า

โครงการ RDU Hospital มีเป้าประสงค์ให้เกิดการสร้างกลไกระบบ และกิจกรรมของสถานพยาบาล ที่สนับสนุนการสร้างควมตระหนักรู้ฯ เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการให้มี ควมสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และต่างมีเจตคติที่ดี จน ได้รับการยอมรับเป็นวัฒนธรรมองค์กร และกลายเป็นบรรทัดฐานทางสังคมในหมู่ ประชาชนผู้ใช้ยาซึ่งรวมถึงตัวผู้ป่วยเอง และบุคคลใกล้ชิดที่อาจมีส่วนช่วยเหลือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.2.1.5 กฎแฉดอทที่ 5 การดูแลด้านยาเพื่อควมปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ

การดูแลให้มีการใช้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อผลข้าง เคียงของยา เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนจากยาต่อผู้ใช้บริการ

โครงการ RDU Hospital มีเป้าประสงค์ให้เกิดกลไก ระบบ และมาตรการ ในระบบยาของสถานพยาบาล ที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างรอบคอบ ระมัดระวัง ในประชากรกลุ่มพิเศษ และกลไกดังกล่าวถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการ ป้องกันอันตรายจากการใช้ยาในส่วนที่สามารถป้องกันได้ โดยได้จัดทำคำแนะนำและตัวชี้วัดสำหรับการดูแลด้านยาเพื่อควมปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 2) สตรีตั้งครรภ์ 3) สตรีให้นมบุตร 4) ผู้ป่วยเด็ก 5) ผู้ป่วย โรคตับ และ 6) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากยาในผู้ใช้บริการ กลุ่มพิเศษสอดคล้องกับมาตรฐานตามตัวชี้วัดที่ได้รับการกำหนดขึ้น

2.2.1.6 กุญแจดอกที่ 6 การสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งจ่ายยา

โครงการ RDU Hospital มีเป้าประสงค์ให้สถานพยาบาลปฏิบัติตาม แนวทางในการคัดเลือกยาและการสั่งจ่ายยาที่เป็นไปตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการ ส่งเสริมการขายยาของประเทศ ไทย รวมถึงการจัดให้เกิดกลไก ระบบ และมาตรการ ตามข้อกำหนดในการมีปฏิสัมพันธ์กับบริษัทฯ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือกระบวนการนำยาเข้าและออกจากสถานพยาบาลมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ไม่ ตกอยู่ในอิทธิพล ของการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม และเป้าประสงค์ในระดับบุคลากร ให้มี การสั่งจ่ายยาภายใต้แนวทางของการจ่ายอย่างสมเหตุผล ตรงตามหลัก จริยธรรมทางการแพทย์ โดย คำนึงถึงการสั่งจ่ายยาที่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการจริง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ความเท่า เทียมของผู้รับบริการ และการเคารพ ในสิทธิผู้ป่วย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดจะทำการติดตามและประเมินผลการ ดำเนินโครงการ RDU Hospital โดยประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 18 รายการ มีรายละเอียด ดังนี้ (Rational Drug Use Subcommitee, 2015)

1. ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ตามขนาดของโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลระดับ A > 75%, S > 80%, M1-M2 > 85%, F1-F3 > 90%)
2. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ((Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC) ในการขึ้นาสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการจ่ายอย่างสมเหตุผล (มากกว่าระดับ 3)
3. การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสาร ข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน (มากกว่าระดับ 3)
4. จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชี รายการยาของโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 รายการ
5. การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา (มากกว่าระดับ 3)
6. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกน้อยกว่าร้อยละ 20
7. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน น้อยกว่าร้อยละ 20
8. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ น้อยกว่าร้อยละ 40
9. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด น้อย กว่าร้อยละ 10
10. ร้อยละของการใช้ RAS blockade (ACEI / ARB / Renin inhibitor 2 ชนิด ร่วมกัน ในการรักษาความดันเลือดสูงน้อยกว่าร้อยละร้อยละ 40

11. ร้อยละการใช้ Glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตรน้อยกว่าร้อยละ 5
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อยา Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < 30 มล./นาที่) น้อยกว่าร้อยละ 80
13. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน น้อยกว่าร้อยละ 5
14. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs น้อยกว่าร้อยละ 10
15. ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhaled corticosteroid > ร้อยละ 80
16. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (เกิน 65 ปี) ที่ใช้ยาในกลุ่ม Long-acting Benzodiazepine ได้แก่ Chlordiazepoxide, Diazepam, Dipotassium Chlorazepate ในการรักษาภาวะนอนไม่หลับน้อยกว่าร้อยละ 5
17. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่ยา Warfarin/Statins/Ergot เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้วร้อยละ 0
18. อัตราการได้รับยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) น้อยกว่าร้อยละ 20

2.3 การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับตนเองตามความต้องการทางคลินิก ในปริมาณที่ตรงตามข้อกำหนดของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอ และในราคาที่ถูกที่สุดสำหรับผู้ป่วยและชุมชน (World Health Organization, 1985) ดังนั้นการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลจึงหมายถึงการใช้ยาปฏิชีวนะตามเงื่อนไขดังกล่าว โดยในงานวิจัยนี้ใช้แนวทางตาม คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ ในโรงพยาบาล พ.ศ.2558 ซึ่งแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2558) ดังนี้

2.3.1 โรคหวัด (Acute Nasopharyngitis, Common Cold, Acute Upper Respiratory Infection-Unspecified) มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัส มักมีอาการคัดจมูก มีน้ำมูก จาม คอแห้ง อาจเจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย ไข้ และไอ อาการไข้มักหายใน 3-4 วัน เจ็บคอ 4-5 วัน น้ำมูก 5-7 วัน

ไอ 7-14 วัน ซึ่งไม่ควรใช้ยาต้านจุลชีพเนื่องจากไม่ช่วยลดความรุนแรงและระยะเวลาการดำเนินของโรค

2.3.2 คอหอยอักเสบ/ทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน (Acute Pharyngitis, Acute Tonsillitis) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากเชื้อไวรัส จึงไม่ควรใช้ยาต้านจุลชีพ ในกรณีที่ควรให้ยาต้านจุลชีพคือผู้ป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง และผู้ป่วยติดเชื้อ Streptococcus group A ซึ่งจะมีลักษณะต่อไปนี้ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปคือ

1. ใช้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส
2. มี Exudate/ Pustule ที่คอหอยหรือทอนซิล
3. ต่อมน้ำเหลืองที่คอ (Anterior Cervical Lymph Nodes) โตและกดเจ็บ
4. ไม่มีไอ

นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังอาจเกิดจากโรคอื่นหรือเชื้อโรคอื่นได้ เช่น โรคคอตีบ (Diphtheria) โรคหนองใน (Gonorrhea) เชื้อรา (Candidiasis) หากสงสัยโรคดังกล่าว ให้พิจารณาตรวจทางห้องปฏิบัติการ และใช้ยาต้านจุลชีพตามความเหมาะสม

2.3.3 โพรงจมูกอักเสบเฉียบพลัน (Acute Rhinosinusitis) ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของหวัด (ส่วนน้อยเกิดจาก *S.pneumoniae* และ *H.influenzae*) ซึ่งอาการมักดีขึ้นและหายไปภายใน 7 วัน จึงไม่ควรใช้ยาต้านจุลชีพ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง (มีไข้สูง ปวดบริเวณแก้มหรือกรามบนมาก) หรืออาการไม่ดีขึ้นใน 7 วัน หรืออาการดีขึ้นแล้วกลับมีอาการเพิ่มขึ้นอีก ควรพิจารณาให้ยา Amoxicillin หรือ Roxithromycin / Erythromycin นาน 5 -14 วัน กรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ Amoxicillin ควรพิจารณาให้ Coamoxiclav หรือ Azithromycin นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดจากเชื้อโรคอื่นในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น เชื้อราในผู้ป่วยเบาหวาน เชื้อ Gram Negative Bacteria/Anaerobes ในผู้ป่วยเม็ดเลือดขาวต่ำ หรือผู้ป่วยที่มี Nasogastric Tube

2.3.4 หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (Acute Otitis Media) ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของหวัด (ส่วนน้อยเกิดจาก *S.pneumoniae* และ *H.influenzae*) มักพบในเด็ก มีอาการของโรคหวัด ปวดหู หูอื้อ หรือมีไข้ ซึ่งอาการมักดีขึ้นใน 3 วัน จึงไม่ควรใช้ยาต้านจุลชีพ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (ไข้สูง ปวดหูมาก) มี Tympanic Membrane โป่งหรือมีหนอง หรือ Otorrhea หรือผู้ป่วยที่มีอาการไม่ดีขึ้นใน 3 วัน ควรพิจารณาให้ยา Amoxicillin หรือ Roxithromycin / Erythromycin นาน 5 -14 วัน กรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ Amoxicillin ควรพิจารณาให้ Coamoxiclav หรือ Azithromycin

2.3.5 หูชั้นนอกอักเสบ (Acute Otitis Externa) ส่วนใหญ่เกิดจาก *S.aureus* (ส่วนน้อยเกิดจาก *P.aeruginosa* ในผู้ป่วยเบาหวาน) ควรพิจารณาให้ยา Dicloxacillin หรือ Roxithromycin กรณีสงสัยเชื้อ *P.aeruginosa* ควรให้ Ciprofloxacin หรือ Ofloxacin

2.3.6 หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (Acute Bronchitis) สาเหตุจากการติดเชื้อไวรัส มักมีอาการของโรคหวัด ไอ คัดจมูก เสียงแหบ อาจมีไข้ร่วมด้วย อาการไออาจนานหลายสัปดาห์ (เฉลี่ย 18 วัน) ไม่ควรใช้ยาต้านจุลชีพเนื่องจากไม่ช่วยลดความรุนแรงและระยะเวลาการดำเนินของโรค ในกรณีผู้ป่วยไอบ่อยและนาน มักไอกลางคืน ไอรุนแรงเป็นชุด มีอาการอาเจียนตามหลังไอ อาจเป็นโรคไอกรน (Pertussis) ควรพิจารณาตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้ยา Roxithromycin/ Erythromycin นาน 14 วัน แก่ผู้ป่วยเพื่อรักษาโรค และแก่ผู้สัมผัสโรคใกล้ชิดเพื่อป้องกันโรค (Post-Exposure Prophylaxis) ในกรณีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีอาการกำเริบรุนแรง (หอบเหนื่อยมาก เสมหะมากขึ้นและเสมหะสี เขียว-เหลือง) หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาจได้ประโยชน์จากยา Amoxicillin หรือ Roxithromycin หรือ Coamoxiclav

2.3.7 ฝาปิดกล่องเสียงอักเสบ (Epiglottitis) คือสภาวะการอักเสบของฝาปิดกล่องเสียง และส่วนโครงสร้างที่เชื่อมติดกัน ซึ่งสามารถลุกลามได้อย่างรวดเร็วสู่ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งอุบัติการณ์เกิดฝาปิดกล่องเสียงอักเสบนี้จะลดลงในเด็กที่ได้รับวัคซีน *H. influenzae* type b (Hib) ในรูปแบบวัคซีนรวมตั้งแต่แรกเกิด การรักษาเมื่อมีการติดเชื้อควรได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีดเพื่อป้องกันเชื้อ *Staphylococcus aureus* เช่นยากลุ่ม Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* ร่วมกับยากลุ่ม third-generation cephalosporin หรืออาจให้ยาปฏิชีวนะเดี่ยว เช่น ceftriaxone, cefotaxime หรือ ampicillin/sulbactam (Zoorob, Sidani, Fremont & Kihlberg, 2012)

2.3.8 กล่องเสียงอักเสบเฉียบพลัน (Laryngitis) คือการอักเสบของสายเสียงและกล่องเสียงน้อยกว่า 3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อไวรัส มีอาการเสียงแหบ เจ็บคอและอาการอื่นๆ ของ URTI เช่น ไอมีไข้ น้ำมูกไหลและปวดศีรษะ การใช้ยาปฏิชีวนะไม่ลดระยะเวลาและความรุนแรงของอาการ (Zoorob et al., 2012)

2.3.9 ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันที่เกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A หรือชนิด B พบได้ในผู้ป่วยทุกวัย แต่อุบัติการณ์ที่สูงที่สุดคือในเด็กผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 65 ปี และพบว่าเด็กที่อายุน้อยกว่าสองปีมีอัตราการตายสูงที่สุดจากไข้หวัดใหญ่ มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส มักมีอาการไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย อาจมีอาการโรคหวัดร่วมด้วย ไม่ควรใช้ยาต้านแบคทีเรีย แต่ควรพิจารณาให้ยา Oseltamivir นาน 5 วัน (ภายใน 48 ชั่วโมง) ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) หญิงมีครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Zoorob et al., 2012)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันให้เป็นตัวชี้วัดในแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Service Plan) สาขาการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) โดยกำหนด

เป้าหมายในการดำเนินโครงการคือ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกน้อยกว่าร้อยละ 20 (Rational Drug Use Subcommittee, 2015)

2.4 การบริหารทางเภสัชกรรม

บริหารเภสัชกรรมเป็นเวชปฏิบัติของเภสัชกรที่มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เป็นเรื่องของการให้การรักษาด้วยยา ที่ตั้งเป้าหมายให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยการให้บริการนี้จะเกี่ยวข้องกับเรื่องของทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน พฤติกรรมในการ การอุทิศตนเพื่องาน การคำนึงถึงผู้ป่วย จริยธรรมในการปฏิบัติงาน หน้าที่ในการปฏิบัติงาน ความรู้ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบในงาน และทักษะในการปฏิบัติงาน ของเภสัชกรด้วยผลจากการรักษาด้วยยาที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอาจเกิดโดย 1) หลีกเลี่ยงหรือชะลอความรุนแรงของโรคและ 4) ป้องกันโรคหรืออาการของโรค (Hepler & Strand, 1990)

งานบริหารเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) คือความรับผิดชอบโดยตรงของเภสัชกรที่มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน 4 ด้าน คือ การส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย การเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย การเพิ่มความคุ้มค่าในการรักษา การเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วย การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นการดำเนินกิจกรรมในส่วนของเภสัชกร และเพื่อให้การบริหารทางเภสัชกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีความพร้อมด้านปัจจัยต่างๆ (ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ, 2559) คือ

1. เภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างสะดวก และครอบคลุม เช่นข้อมูลด้านการทำงานของไต ปริมาณแร่ธาตุต่างๆ ในเลือด ระดับยาในเลือด เป็นต้น
2. ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานของเภสัชกรต้องเพียงพอ จึงจะสามารถให้การบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล การส่งต่อข้อมูลระหว่างเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน และการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมดำเนินการในการดูแลรักษาผู้ป่วย

แนวคิดและความหมายของงานบริหารเภสัชกรรม (Concept and definition)

วีวรรณ อัครวิเชียร (2541) แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเภสัชกรคลินิกแนวใหม่ในการปฏิบัติของเภสัชกรนั้นผู้ปฏิบัติควรจะต้องตั้งเป้าหมายไปที่ตัวผู้ป่วย โดยจะต้องให้ความใส่ใจต่อความรู้ ความเข้าใจ ความยอมรับ ความต้องการของผู้ป่วย ความชอบและความจำเป็นต้องใช้ยาของผู้ป่วย ประกอบการให้บริการด้วย แบบนี้เรียกว่า บริหารเภสัชกรรม

Brodie (1986) ได้อธิบายไว้ว่า การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นการบริการแก่ผู้ป่วยรายบุคคลในเรื่องยาที่ผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับโดยบริการที่เห็นไม่ใช่จบเพียงแต่การจัดหายาแก่ผู้ป่วย แต่จะต้องให้บริการอื่นๆ ที่จำเป็นร่วมไปกับการให้ยา (ทั้งก่อนหน้า ระหว่างและหลังจากให้ยา) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าบริการที่ให้ไปจะมีประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปคือ งานบริหารเภสัชกรรมจะมีความหมายถึงกระบวนการที่เภสัชกรร่วมประสานกับแพทย์และบุคลากรอื่นๆ รวมทั้งการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการกำหนดและวางแผนการรักษาผู้ป่วย ดำเนินการรักษาตามแผนและตรวจติดตามผลการรักษาด้วยยา โดยผู้ที่ให้บริหารเภสัชกรรมมีหน้าที่สำคัญคือ ระบุเป้าหมายของการรักษาด้วยยา กำหนดแผนการรักษาด้วยยาที่จะทำ ให้บรรลุเป้าหมาย ดำเนินการตามแผนที่วางไว้และติดตามดูความคืบหน้าของการรักษาด้วยยา

2.4.1 กระบวนการของบริหารเภสัชกรรม (Pharmaceutical care process)

วีรธรณ์ อัครวิเชียร (2541) Strand และคณะ (1990) ได้เสนอขั้นตอนของการดำเนินการไว้ 9 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยการที่เภสัชกรจะเข้าไปหาปัญหาที่เกี่ยวกับยาจากผู้ป่วยได้ เภสัชกรผู้นั้นจะต้องสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยก่อน การที่เภสัชกรจะสร้างความไว้วางใจได้ เภสัชกรผู้นั้นก็ต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยก่อน ซึ่งนอกจากจะทำให้เข้าถึงผู้ป่วยแล้ว ยังจะทำให้เภสัชกรสามารถค้นหาข้อมูลต่างๆ จากผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นได้โดยเภสัชกรเป็นฝ่ายเข้าหาผู้ป่วย อธิบายให้ข้อมูลเรื่องยาและบอกทางเลือกให้ผู้ป่วย รวมถึงขอความร่วมมือกับผู้ป่วย เภสัชกรอาจเริ่มความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการใช้ยาหรือขณะที่จะส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีนี้ รวมไปถึงการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับญาติของผู้ป่วยด้วย

ขั้นที่ 2 รวบรวมสังเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของข้อมูลที่เกี่ยวข้องงานหลักของเภสัชกรที่ให้บริหารเภสัชกรรม คือ การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา การแก้ไขและการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากยา เภสัชกรจะต้องมีข้อมูลที่จำเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆคือ

1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ประวัติทางสังคม (เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเรื่องการทำงานของตับ ไต หัวใจ ภาวะโภชนาการ ประวัติการได้รับวัคซีนและภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น

2) ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ยาที่เคยใช้ในอดีต ยาที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน การแพ้ยา ประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความยอมรับของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยา เป็นต้น

3) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย เช่น โรคหรือภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ความรุนแรงและพยากรณ์ของโรค การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ รวมถึง ความรับรู้ของผู้ป่วยต่อโรค

หรือภาวะที่เป็นอยู่ ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการจะแปลผลความหมายเพื่อไปใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายจะกระจัดกระจายอยู่ในแหล่งข้อมูลต่างๆ เกสซ์กรจะต้องใช้ความสามารถและทักษะในการรวบรวมและสังเคราะห์หาข้อมูลที่ต้องการ โดยเกสซ์กรอาจจะต้องค้นหาข้อมูลจากทั้งการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยซึ่งรวมถึงบันทึกของแพทย์ผู้ทำการรักษา บันทึกของพยาบาลและค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ บางครั้งเกสซ์กรอาจจะต้องสอบถามจากแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยรายนั้นด้วย

ขั้นที่ 3 เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่เนื่องจากยาการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาและบันทึกลงไปจะช่วยให้เกสซ์กรที่ให้บริการเกสซ์กรรู้ถึงความรับผิดชอบของตัวเอง ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีปัญหาเกี่ยวกับยาเลย ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีปัญหามากกว่าหนึ่งปัญหาบางอย่างอาจง่ายกว่าการแก้ไข แต่ปัญหาอาจสลับซับซ้อนและต้องใช้ความพยายามมากในการแก้ไข

เกสซ์กรผู้ให้บริการเกสซ์กรจะต้องเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาว่า อะไรเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกที่ต้องการการแก้ไขก่อนและอะไรเป็นปัญหาลำดับต่อมา การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาจะใช้ความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถ้าปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไขเป็นลำดับความสำคัญ การบันทึกปัญหาเกี่ยวกับยาจะต้องบันทึกให้ชัดเจนเพียงพอ เพื่อที่จะทำการแก้ไขได้เพราะถ้าบันทึกไม่ละเอียดพอก็จะไม่รู้ว่าจะแก้ไขอย่างไรเกสซ์กรที่พบปัญหาและลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาในผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจว่า จะจัดการกับปัญหาที่พบนั้นเร็วเพียงใด เช่น หากพบปัญหาความรุนแรงและสำคัญจะต้องแก้ไข (หรือป้องกัน) ทันที แต่บางปัญหาอาจจะรอเวลาบ้างก็ได้ ปัญหาบางปัญหาเกสซ์กรอาจจะสามารถแก้ไขไปได้เองเลย ในขณะที่บางปัญหาจะต้องแจ้งแพทย์เจ้าของไข้หรือแจ้งให้พยาบาลเป็นผู้แก้ไขปัญหาดังกล่าวหรืออาจต้องร่วมมือกันแก้ไขหรือป้องกันปัญหาดังกล่าว

ขั้นที่ 4 ระบุผลของเกสซ์กรบำบัดที่ต้องการต่อปัญหาที่เนื่องจากยาแต่ละปัญหา เป้าหมายของ clinical outcome ในการรักษาผู้ป่วยมี 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ

- 1) หลีกเลี่ยงโรคหรือภาวะนั้น
- 2) กำจัดอาการหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยนั้น
- 3) หยุดหรือชะลอความรุนแรงของโรค
- 4) ป้องกันโรคหรืออาการของโรคนั้นไม่ให้เกิดขึ้นอีกและเมื่อมีปัญหาจากยาขึ้น

เกสซ์กรซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกสซ์กรก็ต้องตั้งเป้าหมายของการให้เกสซ์กรบำบัดที่ชัดเจนว่าในการบำบัดผู้ป่วยรายนั้นจะต้องแก้ไขปัญหาอะไร

ขั้นที่ 5 พิจารณาทางเลือกอื่นๆ ของเกสซ์กรบำบัดที่อาจจะมีเกสซ์กรบำบัดที่จะให้แกผู้ป่วยแต่ละรายนั้นอาจมีได้หลายทางเลือกที่จะพิจารณาเลือกให้กับผู้ป่วย กล่าวคือ ในผู้ป่วยภาวะ

หนึ่งๆ อาจมียาที่จะให้ใช้ได้หลายชนิดหรืออาจมีวิธีการรักษาผู้ป่วยได้หลายวิธีแม้กระทั่งการไม่ใช้ยา ผู้ให้บริการเภสัชกรรมจะต้องพิจารณาว่าในผู้ป่วยรายที่ตนเองรับผิดชอบอยู่นั้นจะมีทางเลือกใดในการรักษาพยาบาลบ้าง มียาใดที่สามารถให้เลือกใช้ได้บ้าง ปัจจัยที่จะใช้พิจารณาว่ายานั้นเป็นทางเลือกหนึ่งหรือไม่ก็คือ

- 1) ยานั้นมีข้อบ่งใช้สำหรับภาวะหรืออาการที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่หรือไม่
- 2) ยานั้นปลอดภัยเพียงพอสำหรับผู้ป่วยรายนั้นหรือไม่
- 3) ผู้ป่วยเคยใช้ยานี้มาก่อนหรือไม่ แล้วผลการตอบสนองเป็นอย่างไร
- 4) ราคา ยาแพงเกินไปสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่โรงพยาบาลมีการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการหรือเครื่องมือที่ตีพอที่จะคอยตรวจตราติดตามผลการรักษาเมื่อจำเป็นหรือไม่การที่เภสัชกรผู้ให้บริการเภสัชกรรมจะระบุถึงทางเลือกต่างๆ สำหรับผู้ป่วยได้ จะต้องเป็นผู้ที่เข้าใจถึงพยาธิสรีรวิทยาของโรคดีและจะต้องมีความรู้ทางเภสัชบำบัดดี

ขั้นที่ 6 เลือกทางเลือกของเภสัชบำบัดที่ดีที่สุดแล้วปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคลถ้าหากมีทางเลือกมากกว่าหนึ่งทางเลือก ขั้นตอนนี้จะเลือกพิจารณาดูว่าทางเลือกไหนจะให้ประสิทธิผลสูงสุด (Most efficient) และมีประสิทธิภาพสูงสุด (Most effective) ซึ่งควรจะอภิปรายกับแพทย์ถึงทางเลือกต่างๆ นั้นรวมทั้งข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละทางเลือกเพื่อให้แพทย์พิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดและเมื่อได้ทางเลือกที่ดีที่สุดแล้วก็เป็นที่หน้าทีของเภสัชกรที่จะคอยช่วยเหลือในเรื่องการปรับแผนการใช้ยา (Dosage regimen) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น ตลอดจนจนถึงการอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงการใช้อย่างเหมาะสมและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่อใช้ยานั้นต่อไป

ขั้นที่ 7 พิจารณาว่าจะติดตามผลการรักษาอย่างไรการให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยาจะเกิดผลได้ในด้านบวก (หรือผลที่พึงปรารถนา) และด้านลบ (หรืออาการไม่พึงประสงค์) ดังนั้นเมื่อแพทย์พิจารณาทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยด้วยยาแล้ว หน้าทีของเภสัชกรก็ต้องคอยติดตามว่าเกิดผลการรักษาตามที่ต้องการหรือไม่และมีอาการไม่พึงประสงค์ใดเกิดขึ้นหรือไม่ ผู้ให้บริการเภสัชกรรมจะต้องพิจารณาว่าจะสามารถติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยรายนั้นๆ ได้อย่างไร เช่นอาจจะติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยด้วยการสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย ติดตามจากค่าตัววัดต่างๆ ที่เป็นตัวบ่งถึงการตอบสนอง เช่น vital signs ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆรวมทั้งระดับยาในเลือดหรือแม้กระทั่งบันทึกของพยาบาล (Nurse note) ที่บันทึกถึงภาวะของผู้ป่วย กล่าวคือผู้ให้บริการเภสัชกรรมต้องระบุให้ได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นๆ ควรได้รับการติดตามอะไรบ้าง จะต้องติดตามจากค่าตัววัดอะไรและจะติดตามได้จากที่ไหน

ขั้นที่ 8 ดำเนินการติดตามผลการรักษาและปรับแบบแผนการใช้ตามเหมาะสมในขั้นตอนที่ 7 เภสัชกรได้พิจารณาแล้วว่า จะติดตามการรักษาจากค่าอะไร จะได้ค่าตัววัดนั้นมาได้

อย่างไร ขั้นตอนต่อมาคือดำเนินการติดตามจริงๆ ว่าเมื่อมีการใช้ยาในผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยตอบสนองอย่างไร บางครั้งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยานั้น เภสัชกรก็ต้องพยายามเข้าใจถึงความยอมรับและเหตุผลของผู้ป่วยด้วย และก็แก้ปัญหาที่นั้นในการติดตามผลการรักษาสิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไปก็คือการปรับแบบแผนใช้ยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาออกมาดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ

ขั้นที่ 9 ติดตามความสำเร็จของผู้ป่วยรายนั้นและปรับไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป ความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งยุ่งยากและมีความสำคัญมาก ดังนั้น เมื่อมีการให้บริการเภสัชกรรมแล้วก็จะต้องมีขั้นตอนของการติดตามผล ซึ่งในการติดตามผลนั้นก็จะต้องติดตามดูทั้งในแง่ผลการรักษาผู้ป่วยรายนั้นๆ ว่าหลังจากได้ให้บริการเภสัชกรรมไปแล้ว มีผลออกมาอย่างไร และคุณภาพของการให้บริการไปนั้นดีเพียงพอหรือไม่ยังมีอะไรที่จะต้องปรับปรุงพัฒนาอีกหรือไม่ ในกรณีที่มีการให้บริการเภสัชกรรมยังไม่ดีที่สุด มีอะไรที่จะต้องแก้ไขเพื่อผู้ป่วยรายต่อไปจะได้ประโยชน์สูงขึ้น

2.4.2 การบริหารทางเภสัชกรรมระดับปฐมภูมิ ซึ่งผู้ป่วยมักไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (เฉลิมศรี ฤมมางกูร, 2539) อาจกล่าวรายละเอียดใน 4 ปัจจัยคือ สภาวะโรค การใช้ยารักษา สิ่งที่ยังกระทำ และความร่วมมือของบุคลากร ซึ่งเภสัชกรในระดับปฐมภูมิควรมีความสามารถดังนี้ 1) ติดตามการใช้และติดตามผลการใช้ยาอย่างเหมาะสมได้ เช่น การใช้ยาบางอย่างที่ต้องหลีกเลี่ยงแสงแดด เป็นต้น 2) จำยาพร้อมมีฉลากและฉลากช่วยแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาบางชนิดต้องเก็บไว้ในตู้เย็น เขย่าขวดก่อนใช้ รับประทานหลังอาหาร เป็นต้น 3) ให้คำแนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เองได้อย่างถูกต้อง เช่น การใช้ยารักษาเบาหวาน ต้องรู้วิธีสังเกตอาการน้ำตาลต่ำเกินการตรวจน้ำตาลในเลือดอย่างง่าย ๆ 4) ให้คำแนะนำวิธีการเก็บรักษาที่เหมาะสม เช่น การเก็บในตู้เย็น ป้องกันแสง การเก็บยาในตู้แช่แข็ง เป็นต้น 5) ช่วยแพทย์ในการเลือกชนิดยาและรูปแบบยา เช่น ผู้ป่วยแพ้ยาเพนิซิลลิน ควรใช้ยาอิริโทรมัยซินแทน ปริมาณแอลกอฮอล์ในยาน้ำ การใช้ยาน้ำสำหรับเด็ก เป็นต้น

หน้าที่ของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรม

เภสัชกรมีบทบาทในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติงานดังนี้

1. สัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย
2. จัดทำประวัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย
3. การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
4. การพัฒนาระบบส่งมอบยา
5. การคัดแยกผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเพื่อจัดการแก้ไข
6. การให้คำแนะนำแพทย์เกี่ยวกับยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

7. การแนะนำยาทดแทน เมื่อผู้ป่วยแพ้ยาหรือไม่สามารถใช้ยาชนิดแรกได้
8. การติดตามและรายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
9. การติดตามการใช้ยาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา
- ของผู้ป่วย
10. การให้ข้อมูลข่าวสารและตอบคำถามที่เกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและบุคลากร
- ทางการแพทย์
11. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพและการใช้ยา
12. ส่งเสริมและประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยงาน
13. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักการเภสัชกรรมประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วย

2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ถูกบัญญัติครั้งแรกโดย Kurt Lewin นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน เมื่อปี ค.ศ. 1994 โดยมีแนวคิดสำคัญอยู่ 2 ประการคือ แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของกลุ่ม และแนวคิดด้านภาระหน้าที่ในการพัฒนาปรับปรุง ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการที่แตกต่างจากการวิจัยแบบอื่นคือการวิจัยปฏิบัติการจะเน้นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างแน่นอน มีการวางแผนอันเนื่องมาจากการวิจัย ซึ่งถือเป็นหน้าที่แรกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อันที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของยุทธวิธีในการปฏิบัติงานดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นกิจกรรมกลุ่ม

2.5.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Corey (1953) ได้อธิบายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานพยายามศึกษาปัญหาจากงานโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อหาแนวทาง เพื่อปรับปรุงแก้ไขและเพื่อประเมินผลการตัดสินใจ ในประชุมก่อนเยี่ยมบ้านประชุมหลังเยี่ยมบ้านเยี่ยมบ้านบันทึกเยี่ยมบ้าน

ส.วาสนา ประवालพฤษ์ (2544) ได้อธิบายไว้ว่า การวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อมุ่งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสม ในการปรับปรุงพัฒนา และประเมินตนเอง การวิจัยปฏิบัติการจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและยินยอมพร้อมใจของบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการงานนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

Kemmis, S., & McTaggart (1988) ได้อธิบายไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบวิธีการศึกษาค้นคว้า แบบส่องสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ในสถานการณ์ทางสังคม เพื่อต้องการที่จะสะท้อนลักษณะที่ขอธรรมด้วยเหตุผลของวิธีปฏิบัติงานนั้น

โดยสรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่เน้นการพัฒนาหรือแก้ไขโดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัยมีวงจรมุ่งพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานของตนมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือสามารถแก้ปัญหาได้

2.5.2 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการ

ตามแนวคิดของ Kemmis และ Zuber –Skerritt มีรูปแบบดังนี้ (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์., 2558 อ้างอิงจาก Kemmis and Zuber –Skerritt, n.d.)

การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วยในการวิจัยในหน่วยงานผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลัก โดยผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุมข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่ให้นักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานแล้ว ยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนและวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติจึงมีโอกาสเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดในประเด็นปัญหาการวิจัยที่มาจากการปฏิบัติจริงและสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์อิสระ (Critical/Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 และแบบที่ 2 คือนอกจากพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้วยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์และพันธนาการทางความคิดเดิม

2.5.3 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis, S., & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลักคือ

2.5.3.1 การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) การวางแผนเป็นแนวทางปฏิบัติซึ่งตั้งความคาดหวังไว้ เป็นการมองไปในอนาคตข้างหน้า การกำหนดแผนต้องมีความยืดหยุ่นพอสมควรเพราะเหตุการณ์ทางสังคมนั้นไม่สามารถทำนายหรือกำหนดล่วงหน้าได้

2.5.3.2 ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การปฏิบัติเป็นการดำเนินตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้อย่างมีเหตุผลและมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์ แต่การปฏิบัติงานตามแนวทางที่วางไว้ มีโอกาสของการเสียอยู่ด้วย ดังนั้นแผนที่ตั้งไว้สามารถแก้ไขได้ โดยกำหนดให้มีความยืดหยุ่นและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง

2.5.3.3 สังเกตการณ์ (Observation) การสังเกต เป็นการเก็บบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติงาน ผู้สังเกตจะต้องมีความไวในการจับภาพหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งนอกจากจะสังเกตข้อมูลตามที่วางแผนเอาไว้แล้ว ยังต้องมีความยืดหยุ่นที่จะเก็บข้อมูลที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนด้วย

2.5.3.4 สะท้อนกลับ (Reflection) การสะท้อนผล เป็นการสะท้อนภาพโดยมีลักษณะเป็นการประเมินอย่างหนึ่งซึ่งผู้วิจัยต้องตัดสินใจว่า ผลของการปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ต้องประสงค์หรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

2.5.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical action research)

หมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้น ไม่นำเอาแนวคิดแผนงาน หรือโครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรก แต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้กระตุ้นตั้งประเด็น และกำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

อลิศรา ชูชาติ (อ้างอิงใน อมรรวิชัย นาครทรรพ และดวงแก้ว จันทร์สระแก้ว, 2541) กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการหลอมรวมการวิจัยแบบมีส่วนร่วม และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เข้าด้วยกัน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผน ติดตามประเมินผล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนการวิจัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

พันธุทิพย์ รวมนสูตร (2540) ได้ให้ความหมายของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประชาชนผู้เคยเป็นประชากรที่ถูกวิจัย กลับบทบาทเปลี่ยนเป็นผู้ร่วมกระทำวิจัยนั่นเอง โดยมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย จนกระทั่งกระจายความรู้ที่ได้จากการวิจัยสู่การลงมือปฏิบัติ

ชอบ เข้มกลัด และโกวิท พวงงาม (2547) กล่าวถึงการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา ที่รวมเอาการวิจัยอย่างมีส่วนร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เข้าด้วยกัน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการแก้ปัญหาในชุมชน ดำเนินการโดยนักวิจัย ชุมชน

และแกนนำชาวบ้าน มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน ซึ่งเริ่มจากการศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การลงมือปฏิบัติ และติดตามผล เพื่อให้ผลการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

จากความหมายต่างๆ จึงสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือ การวิจัยที่มุ่งจัดการกับปัญหา โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล

2.5.5 เทคนิคที่จำเป็นสำหรับการวิจัยปฏิบัติการ

2.5.5.1. เทคนิคการสร้างเครือข่ายและความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การสร้างเครือข่ายเพื่อการวิจัยคือการรวมกลุ่มของบุคคลในพื้นที่วิจัยและกลุ่มบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการรวมกลุ่มที่สมาชิกสามารถติดต่อสื่อสารถึงกันได้ตลอดเวลาโดยสมาชิกเต็มใจที่จะสนับสนุนและทำวิจัยร่วมกัน ซึ่งการที่จะสร้างเครือข่ายลักษณะนี้ได้ Cor P. Veer (สมพันธ์ เตชะอธิก, 2537) ได้เสนอถึงหลักปฏิบัติในการเสริมสร้างเครือข่าย ดังนี้

1. ระบุกลุ่มหรือบุคคลที่สามารถทำหน้าที่กระตุ้น หรือทำให้เครือข่ายงานดำเนินไปได้

2. การจัดการเครือข่ายที่ดี ต้องมีศิลปะในการประสานประโยชน์ทำให้ผู้มีส่วนได้เสียแต่ละ ฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกัน

3. ในการพัฒนา การปฏิบัติ และติดตามผลของกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ของเครือข่าย จะต้องมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกเครือข่ายผู้ได้รับประโยชน์และผู้ให้ทุน

4. จำเป็นจะต้องมีความสนใจร่วมกัน วัตถุประสงค์และทัศนะร่วมกัน และกัน และมีวิธีการ ทำงานที่จะอำนวยความสะดวกต่อการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิก

นฤมล นิราธร (อ้างถึงใน ปารีชาติ วลัยเสถียร และ คณະ, 2546) จำแนกกระบวนการสร้างเครือข่ายกับองค์กรอื่นเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย โดยมีคำถาม 3 ข้อ เป็นหลัก ในการพิจารณา คือ จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายกับองค์กรใด จะได้รับประโยชน์ หรือจะต้องสละประโยชน์ด้านใดบ้างในการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย ระยะเวลาในการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย จะนานเท่าใด

2. ขั้นการติดต่อกับองค์กรที่จะเป็นเครือข่าย เป็นขั้นตอนของการสร้างความคุ้นเคย การยอมรับ และสร้างความไว้วางใจกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันและกระตุ้นให้เกิดการอยากแก้ปัญหาร่วมกัน

3. ขั้นตอนการสร้างพันธมิตรร่วมกัน โดยการสร้างความผูกพันร่วมกัน ตกลงความสัมพันธ์ต่อกันเพื่อที่จะทำงานร่วมกัน ในขั้นตอนนี้กลุ่มอาจต้องมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม และกับองค์กรนอกกลุ่ม

4. ขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์ เป็นขั้นตอนที่เครือข่ายมีความเป็นรูปธรรมโดยกลุ่มมีการตกลงร่วมกันในเรื่อง วัตถุประสงค์ของกลุ่ม การบริหารจัดการกลุ่ม การใช้ทรัพยากร บทบาท หน้าที่ของสมาชิก สิทธิหน้าที่ของหัวหน้ากลุ่ม

5. ขั้นตอนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยหลังจากการพัฒนาความสัมพันธ์จนเกิดการทำกิจกรรมร่วมกันแล้วกลุ่มจะเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนา

2.5.5.2 เทคนิคสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เทคนิค SWOT เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ เพื่อวิเคราะห์องค์กรในด้านปัจจัยภายในคือ จุดแข็งและจุดอ่อน ปัจจัยภายนอกคือโอกาสและภัยคุกคาม เพื่อวางกลยุทธ์ขององค์กรให้สามารถใช้จุดแข็งของตนเองและโอกาสจากปัจจัยภายนอกให้เป็นประโยชน์ ขณะเดียวกันก็ช่วยให้เห็นช่องทางการแก้ไขจุดอ่อนของตนเองรวมทั้งการหลีกเลี่ยงภัยคุกคามจากภายนอกที่จะมีต่อองค์กร SWOT เป็นการวิเคราะห์สภาพขององค์กร/ชุมชน ใน 4 ด้าน คือ

1. Strengths (S) คือสิ่งที่เป็จุดแข็งขององค์กร โดยพิจารณาความเข้มแข็งแต่ละด้านคือ บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยีที่ใช้ในองค์กร โครงสร้างองค์กร การบริหารจัดการ การให้บริการคุณภาพของผลิตภัณฑ์ และความร่วมมือภายในองค์กร

2. Weakness (W) คือสิ่งที่เป็จุดอ่อนขององค์กร

3. Opportunity (O) คือสิ่งแวดลอมภายนอกที่เป็นโอกาสหรือแนวโน้มที่ดีต่อองค์กรโดยมีประเด็นพิจารณาจากแต่ละด้าน คือ สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม ค่านิยม เทคโนโลยีที่แวดลอมองค์กร พันธมิตรขององค์กร ความต้องการของตลาด แนวโน้มที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร

4. Threat (T) หมายถึงภัยคุกคามที่มาจากภายนอก โดยมีประเด็นพิจารณาคล้ายคลึงกับโอกาส

2) เทคนิค Focus group เป็นกระบวนการที่เน้นการสื่อสารและการสัมภาษณ์ภายในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยในเพื่อสร้างข้อมูล” (Kitzinger, 1995) โดยทั่วไปประกอบด้วย 7-12 คนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย (Marshall, C. & Rossman, Gretchen B., 2006) บุคคลจำนวนน้อยในกลุ่มสนทนาช่วยให้สภาพแวดลอมสำหรับการสื่อสารที่ดีที่สุดในหมู่ผู้เข้าร่วมทั้งหมด ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสที่จะสร้างข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ในระหว่างการสนทากลุ่มผู้วิจัยได้สร้างสภาพแวดลอมที่สนับสนุนซึ่งการอภิปรายและมุมมองที่แตกต่าง (Marshall, C. & Rossman, Gretchen B., 2006)

3) เทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control) เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดของสถาบันเอกชน ชื่อ Organization for Development: an International Institute (ODII) ถูกนำเผยแพร่ในประเทศไทยโดยสถาบัน ODDI ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) เป็นเทคนิคที่ระดับความคิดเห็นของประชาชนใน

ชุมชนเพื่อช่วยกันวางแผนเพื่อการพัฒนาชุมชน เป็นเทคนิคที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้มีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนเพื่อพัฒนาชุมชนของตนเอง จากการศึกษาได้พบว่า เทคนิค AIC เป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนาชุมชนและยังมีศักยภาพที่จะขยายผลได้ เทคนิค AIC ที่นำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน คือ เทคนิคการระดมความคิดที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเสมอภาค เป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา (อรพินทร์ สฟโชคชัย, 2537: 13) กระบวนการ AIC เป็นเทคนิคที่ง่ายและสามารถนำมาประยุกต์ให้เหมาะสำหรับการวางแผนพัฒนาหมู่บ้านและกำหนดแผนปฏิบัติและยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการระดมความคิดเห็นและขั้นตอนที่จะรวมความคิดเห็นและความต้องการไว้ในแผนได้ เพราะในส่วนรายละเอียดของเทคนิค AIC มีเทคนิควิธีการประชุมระดมความคิดที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมระดมความคิดได้มีส่วนร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตย มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่ระดับความคิดทุกคน (ธนพรรณ ธานี, 2540: 91) เทคนิค AIC เป็นวิธีการที่รวมพลังปัญญา และพลังสร้างสรรค์ของแต่ละคนเข้ามาเป็นพลังในการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพินทร์ สฟโชคชัย, 2537: 13)

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation หรือ A) เป็นขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงข้อคิดเห็น รับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงข้อคิดเห็น แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

- 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านในปัจจุบัน (A)
- 2) การกำหนดอนาคตของหมู่บ้านว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด

(A2)

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I) เป็นขั้นตอนการหาวิธีการที่จะทำให้การพัฒนาหมู่บ้านตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในช่วง(A2)และเป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการการพัฒนาและการค้นหาเหตุผลเพื่อจัดลำดับความสำคัญตามความเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

- 1) การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์
- 2) จัดลำดับความสำคัญ

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) คือการนำโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่ม ผู้ดำเนินงานซึ่งจะรับผิดชอบต่อโครงการหรือกิจกรรมนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

1) การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ

2) การตกลงในรายละเอียดดำเนินงาน

วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ การนิยามวัตถุประสงค์ การสร้างบรรยากาศเพื่อให้สมาชิกทราบบทบาทตนเองเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น การระดมสมองซึ่งผู้วิจัยจะกระตุ้นจินตนาการโดยการยกตัวอย่าง การจัดหมวดหมู่ความคิดเห็นโดยสมาชิกกลุ่ม การตั้งชื่อจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ของสมาชิกกลุ่ม การไตร่ตรองหรือการสรุปหมวดหมู่ความคิดเห็นโดยสมาชิกกลุ่ม

วิธีการวางแผนปฏิบัติ เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย 3 ประการ คือ เราต้องการจะไปไหน เราอยู่ที่ไหน และเราจะไปถึงที่นั่นได้อย่างไร โดยมีขั้นตอน 7 ขั้นตอนคือ การนิยามวัตถุประสงค์ การกำหนดบริบทหรือสร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดการร่วมแสดงความคิดเห็น การกำหนดวงจรแห่งชัยชนะ การวิเคราะห์สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันเพื่อหาจุดแข็งและจุดอ่อน การสร้างสัญญาใจเพื่อให้เกิดความผูกมัดสมาชิกกลุ่มเข้าด้วยกัน ปฏิทินงานที่ได้รับมอบหมายเพื่อเรียงภารกิจตามลำดับเวลา และการไตร่ตรองโดยสมาชิกกลุ่มเพื่อสรุปอีกครั้ง

4) เทคนิค Mind Map เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1970 โดย โทนี บูซาน (Tony Buzan) บูซาน มีแนวคิดโดยจำลองมาจากการทำงานของสมอง คือเมื่อเซลล์สมองจำนวนมากขดมรวมกันไปมาเหมือนลวดไฟฟ้า และเมื่อเราเริ่มคิด ประจุความคิดจะเริ่มทำงานที่เซลล์สมองจุดหนึ่ง และแผ่ขยายไปกว้างโดยไม่มีทิศทางที่ชัดเจน เขาเรียกความคิดนี้ว่า Radial Thinking เซลล์สมองของมนุษย์พยายามหา Gestalt คือ ความสมบูรณ์ของภาพรวม ที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในความซับซ้อนต่างๆ และความสำคัญของสมองนี้เองมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ Mind Mapping ที่พัฒนามาจากการเห็นความสำคัญของการจำด้วยภาพว่ามีลักษณะเชื่อมโยงกับกระบวนการทำงานของสมอง มีลักษณะเหมือนกิ่งไม้ที่มีกิ่งก้านขยายเชื่อมโยงแตกออกไปอย่างทั่วถึง โดยมีหลักการสำคัญ ได้แก่

1. ใช้ทักษะของสมองทั้งสองซีก ทำงานไปพร้อมๆ กันอย่างเต็มที่
2. สมองของเราสามารถจัดประกายความคิดต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วเท่าที่มือเรา

เขียนขึ้น

3. ต้องเขียนอย่างต่อเนื่อง โดยไม่สนใจกับการจัดองค์ประกอบหรือจัดลำดับให้ดูดี เพราะสุดท้ายมันจะลงตัวไปเอง หรือมาจัดอีกครั้งหนึ่งในตอนท้ายก็ได้

ประโยชน์ของ Mind Map ในการประชุมอย่างสร้างสรรค์

1. ช่วยในการเก็บบันทึกความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมได้อย่างครบถ้วน
2. ช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นการบันทึกข้อมูลหรือเรื่องราวที่ตนนำเสนอสู่ที่

ประชุม

3. ช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมจดจำเรื่องต่างๆ ในการประชุมได้ง่ายและนานขึ้น

4. ช่วยให้ผู้ฟังการนำเสนอสามารถเห็นภาพรวม และปะติดปะต่อเรื่องราวต่างๆ ชัดเจนขึ้น

2.5.5.2.5 การร่วมสังเกตการณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงนวัตกรรมการ โดยวิธีการสอบถามและแหล่งรวบรวมข้อมูลจำนวนมากที่ใช้กันทั่วไปใน PAR (Dargie, 1998; Marshall, C. & Rossman, Gretchen B., 2006; Stringer, 1999) ให้นักวิจัยด้วยสิทธิพิเศษในการเข้าถึงหัวข้อวิจัยในสถานการณ์ทางสังคมและรวบรวมบริบทของการตั้งค่าทางสังคมที่แต่ละคนทำงานโดยการบันทึกบุคคลที่เป็นส่วนตัวและมีวัตถุประสงค์พฤติกรรม (Gillis, A., & Jackson, 2002; Mulhall, 2003) นักวิจัยกลายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่ถูกสังเกตและช่วยอยู่ในการตั้งค่าการได้ยินการมองเห็นและการประสพความเป็นจริงของสถานการณ์ทางสังคมกับผู้เข้าร่วม (Marshall & Rossman) ดังนั้น นักวิจัยในฐานะผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์ไม่เพียงแต่สังเกตกิจกรรมผู้เข้าร่วมและทางกายภาพเท่านั้น ด้านของสถานการณ์ แต่ยังประกอบกิจกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ทางสังคม (Mulhall, 2003) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมทำให้เกิดการสังเกตอย่างเป็นระบบและบันทึกเหตุการณ์พฤติกรรมและวัตถุในการตั้งค่าทางสังคมผ่านการใช้บันทึกย่อแบบละเอียดและแบบละเอียด (Marshall, C. & Rossman, Gretchen B., 2006) นักวิจัยบรรลุความรู้ด้านสังคมโดยตรง พฤติกรรมที่แผ่ออกไปตามกาลเวลาในสถานการณ์ทางสังคม (Gillis, A., & Jackson, 2002) ผลที่ตามมา, นักวิจัยได้รับมุมมองที่กว้างขึ้นเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและมีโอกาสที่จะรายละเอียดสิ่งที่สื่อสารและสิ่งที่เป็นนัยในสถานการณ์ (Streubert, H. J. & Carpenter, 1995)

2.5.6 ประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการการวิจัยปฏิบัติการ

เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการวิจัยที่เชื่อมช่องว่างทฤษฎีการวิจัยและการปฏิบัติในตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การกำหนดปัญหาการวิจัย การประสานงานร่วมมือกันพัฒนารูปแบบปฏิบัติการแทรกแซง ตลอดจนถึงการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ การวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยให้เข้าไปถึงพื้นที่ที่วิจัยโดยตรง ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ ดังนั้นความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยปฏิบัติการ จึงเป็นความรู้ที่เป็นรากฐานในสถานการณ์ปฏิบัติจริง เป็นข้อค้นพบที่ได้มาจากกระบวนการสืบค้นที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ทำให้สามารถนำไปปรับปรุงและดัดแปลงความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิมได้ และยังให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตของการใช้ความรู้ในการปฏิบัติด้วย การวิจัยปฏิบัติการจึงเป็นวิธีการที่มีคุณค่าในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติอย่างแท้จริง นอกจากนี้แล้วด้วยหลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการที่เน้นการสะท้อนผลทำให้การวิจัยแบบนี้ส่งเสริมบรรยากาศของการทำงานแบบประชาธิปไตยที่ทุกฝ่ายเกิดการเปลี่ยนแปลง ประสพการณ์และยอมรับในข้อค้นพบร่วมกัน (สุวิมล ว่องวานิช, 2544)

2.5.7 ข้อจำกัดของการวิจัยปฏิบัติการการวิจัยปฏิบัติการ

ถึงแม้จะมีคุณประโยชน์มากมายแต่โดยธรรมชาติและหลักการของการวิจัยปฏิบัติการก็ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัยแบบนี้หลายประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สุวิมล ว่องวานิช, 2544) การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการวิจัยส่งผลกระทบต่อขอบเขตและขนาดของงานวิจัย การวิจัยแบบนี้มักจะมีขนาดเล็กซึ่งทำให้มีผลต่อความเป็นตัวแทนของข้อค้นพบ จึงก่อให้เกิดข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงผลการวิจัย งานวิจัยทั่วไปไม่ยอมให้มีตัวแปรภายนอกส่งผลกระทบต่อผล โดยมีการออกแบบการวิจัยให้สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกได้ และก็สามารถดำเนินการจัดกระทำได้เนื่องจากงานวิจัยแบบนี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน แต่สำหรับงานวิจัยปฏิบัติการมักมีปัญหาประเด็นนี้ เนื่องจากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะปล่อยให้ไปไปตามธรรมชาติ ข้อค้นพบบางครั้งไม่สามารถยืนยันได้หนักแน่นว่าเนื่องมาจากปัจจัยใด แต่ทราบได้ที่ปัญหาที่เกิดขึ้นหมดไป ก็ถือว่าการวิจัยนั้นประสบความสำเร็จ ธรรมชาติของงานวิจัยถูกกำหนดด้วยเงื่อนไขที่มีเรื่องของคุณธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการทำงาน ทำให้การทดลองต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานอาจทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากสิ่งที่ทดลองก็ยังไม่ได้มีการตรวจสอบยืนยันในผลที่จะเกิดขึ้นว่าจะเป็นในทิศทางใด มีการวิพากษ์กันมากเกี่ยวกับเจ้าของผลงานวิจัยและมีการหวั่นเกรงกันว่าจะมีการแย่งผลงานวิจัย เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่มีกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้วิจัยภายนอก เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ว่าจะเป็นครู นักวิจัย หรือนักวิชาการ ต้องทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนและตกลงในเรื่องนี้ให้เข้าใจตรงกัน

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และ การยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไป จากการรับสารนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทยังเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือเมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้ายคือการก่อให้เกิดการกระทำ ทฤษฎีนี้อธิบายการสื่อสารว่าเป็นตัวแปรต้นที่สามารถเป็นตัวนำการพัฒนาเข้าไปสู่ชุมชนได้ ด้วยการอาศัย KAP เป็นตัวแปรตามใน การวัดความสำเร็จ ของ การสื่อสาร เพื่อการพัฒนา (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533)

จะเห็นได้ว่า สื่อมวลชนมีบทบาทสำคัญใน การนำข่าวสารต่าง ๆ ไปเผยแพร่เพื่อให้ประชาชนในสังคมได้รับทราบว่า ขณะนี้ในสังคมมีปัญหาอะไร เมื่อประชาชนได้รับทราบ ข่าวสารนั้น ๆ ย่อมก่อให้เกิดทัศนคติ และเกิดพฤติกรรมต่อไป ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่เป็นที่ยอมรับกันว่าการสื่อสารมีบทบาทสำคัญ ในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การที่คนเดินเท้า

มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎจราจรได้ก็ต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมืออันสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ สร้างทัศนคติที่ดี และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยผ่านสื่อชนิดต่างๆ ไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533)

2.6.1 ความรู้ (Knowledge)

ความรู้ (Knowledge)เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำกับสภาพจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้ จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้ก็อาจส่งผลต่อ พฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ได้ และผลกระทบที่ผู้รับสารเชิง ความรู้ในทฤษฎีการสื่อสารนั้นอาจปรากฏได้จากสาเหตุ 5 ประการคือ

1. การตอบข้อสงสัย (Ambiguity Resolution) การสื่อสารมักจะสร้างความสับสนให้สมาชิกในสังคม ผู้รับสาร จึงมักแสวงหา สารสนเทศ โดยการอาศัยสื่อ ทั้งหลาย เพื่อตอบ ข้อสงสัย และความสับสนของตน

2. การสร้างทัศนคติ (Attitude Formation) ผลกระทบเชิงความรู้ ต่อ การปลูกฝังทัศนคติ นั้น ส่วนมากนิยมใช้กับสารสนเทศที่เป็นนวัตกรรม เพื่อสร้าง ทัศนคติ ให้คนยอมรับ การแพร่ นวัตกรรมนั้น ๆ

3. การกำหนดวาระ (Agenda Setting) เป็นผลกระทบเชิงความรู้ที่สื่อกระจายออกไปเพื่อให้ประชาชนตระหนักและผูกพัน กับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้น หากตรงกับภูมิหลังของปัจเจกชน และค่านิยมของสังคมแล้ว ผู้รับสารก็จะเลือกสารสนเทศนั้น

4. การพอกพูนระบบความเชื่อ (Expansion of Belief System) การสื่อสารสังคมมักจะกระจายความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ด้านต่าง ๆ ไปสู่ประชาชน จึงทำให้ ผู้รับสารรับทราบระบบความเชื่อถือ หลากหลาย และลึกซึ้งไว้ใน ความเชื่อของตนมากขึ้นไปเรื่อย ๆ

5. การรู้แจ้งต่อค่านิยม (Value Clarification) ความขัดแย้งในเรื่องค่านิยมและอุดมการณ์เป็นภาวะปกติของสังคม สื่อมวลชนที่นำเสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านี้ ย่อมทำให้ประชาชน ผู้รับสารเข้าใจถึงค่านิยมเหล่านั้นแจ่มชัดขึ้น

2.6.2 ทัศนคติ (Attitude)

ทัศนคติเป็นแนวความคิดที่มีความสำคัญมากแนวหนึ่งทาง จิตวิทยาสังคม และ การสื่อสาร และมีการใช้ คำนี้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการนิยามคำว่าทัศนคตินั้นได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

โรเจอร์ (Roger, 1978 อ้างถึงใน สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533) ได้กล่าวถึง ทัศนคติ ว่า เป็นดัชนีชี้ว่า บุคคลนั้น คิดและรู้สึกอย่างไร กับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์

ต่าง ๆ โดย ทักษะนี้ นั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึง พฤติกรรม ในอนาคตได้ ทักษะนี้ จึงเป็นเพียง ความพร้อม ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็น มิติของ การประเมิน เพื่อแสดงว่า ชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่ง ๆ ซึ่งถือเป็น การสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal Communication) ที่เป็นผลกระทบมาจาก การรับสาร อันจะมีผลต่อ พฤติกรรม ต่อไป

ศักดิ์ สุนทรเสถียร (2531) กล่าวว่า ทักษะนี้ ที่เชื่อมโยงไปถึง พฤติกรรมของบุคคล ว่า ทักษะนี้ หมายถึง

1. ความสลับซับซ้อนของความรู้สึก หรือการมีอคติของบุคคลในการที่จะสร้างความพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ตามประสบการณ์ของบุคคลนั้น ที่ได้รับมา
2. ความโน้มเอียง ที่จะปฏิบัติต่อบุคคลใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีหรือต่อต้านสิ่งแวดล้อมที่จะมาถึงทางหนึ่งทางใด
3. ในด้านพฤติกรรม หมายถึง การเตรียมตัว หรือความพร้อมที่จะตอบสนอง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ทักษะนี้ เป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึก และความเชื่อ หรือการรับรู้ของบุคคล กับแนวโน้มที่จะมี พฤติกรรมโต้ตอบ ในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของ ทักษะนี้ นั้น

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude Change) Herbert C. Kelman (1967) ได้อธิบายถึง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยมีความเชื่อว่าทัศนคติอย่างเดียวกันอาจเกิดในตัวบุคคลด้วยวิธีที่ต่างกัน โดยแบ่งกระบวนการ เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ออกเป็น 3 ประการ คือ

1. การยินยอม (Compliance) การ ยินยอมจะเกิดได้เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อตัวเขา และมุ่งหวังจะได้รับความพอใจจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น
2. การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนี้เป็นผลมาจาก การที่บุคคลต้องการจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือที่พอใจระหว่างตนเองกับผู้อื่น หรือกลุ่มบุคคลอื่น
3. ความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน (Internalization) เป็นกระบวนการ ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า ซึ่งตรงกับความต้องการภายในค่านิยมของเขา

2.6.3 พฤติกรรม (Practice)

พฤติกรรม คือ การเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากสื่อต่างๆ ละส่งผลให้เกิดการกระทำในสิ่งนั้นๆ อาจเรียกได้ว่าเป็นการยอมรับปฏิบัติ หรือการมีส่วนร่วมของบุคคลในกิจกรรมต่างๆ

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความรู้และทัศนคติ ความแตกต่างของพฤติกรรมเกิดจากความแตกต่างของความรู้และทัศนคติของแต่ละบุคคล ซึ่งการโน้มน้าวพฤติกรรมของการสื่อสารสังคมผ่านสื่อ มีวิธีการดังนี้

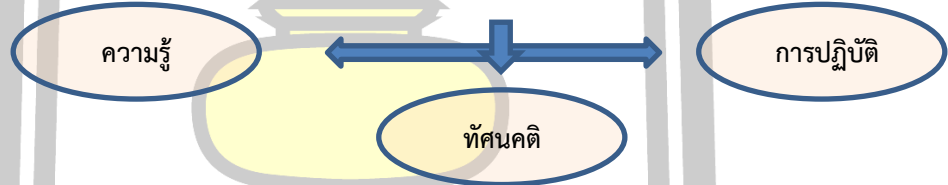
1. การปลุกเร้าอารมณ์ (Emotion Arousal) เพื่อให้เกิดความตื่นตัว เร้าใจ
 2. ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การแสดงความอ่อนโยน เสียสละ และกรุณา
ปราณี
 3. การสร้างแบบอย่างขึ้นในใจ (Internalized Norms) การสร้างมาตรฐานพฤติกรรมเพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับสื่อ
 4. การให้รางวัล (Reward) เพื่อสร้างแรงจูงใจในสินค้า เช่น การลดแลกแจกแถม
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice)**

สามารถสรุปรูปแบบความสัมพันธ์ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้ดังนี้

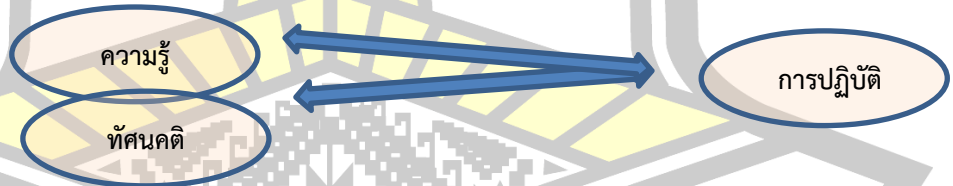
1. ทักษะเป็นตัวกลางทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ



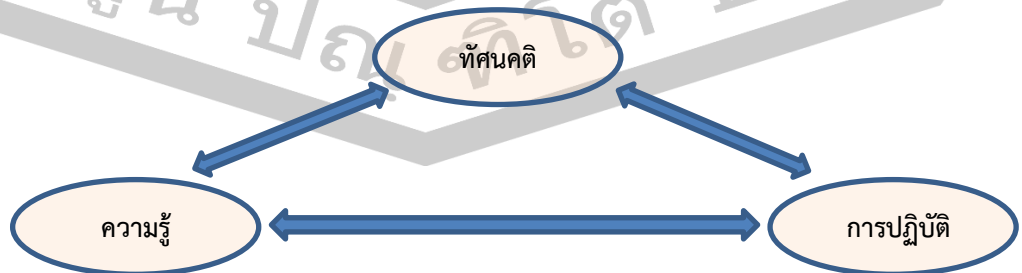
2. ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลต่อการปฏิบัติ



3. ความรู้และทัศนคติทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม (ทางอ้อมคือมีทัศนคติเป็นตัวกลาง)



จากรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้ พบว่าทั้งความรู้และทัศนคติจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติในท้ายที่สุด ซึ่ง ไพศาล หวังพานิช ได้กล่าวไว้ว่า บรรดาข้อเท็จจริงในอดีต หรือ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่สั่งสมและสืบทอดกันมาโดยกระบวนการต่างๆ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจ แรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดความสามารถในการการปฏิบัติ (สุนทร พูนเอียด, 2542)

2.7 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม (ภาคผนวก ฉ) หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษาให้กับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง อายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF -THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24
2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งประกอบด้วย ข้อ 13, 14 และ 25
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วย ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้ การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปแบบของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบด้วยเพื่อใช้เปรียบเทียบ การให้คะแนน การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เนื่องจากความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วย และการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินโครงการการใช้ยาสมเหตุผล ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ ได้แก่

อติญาณ์ ศรีเกษตรริน (2561) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายนายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล โดยทำการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และปัจจัยทำนายนายการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.88) อยู่ในระดับปานกลางและปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล และอายุสามารถร่วมกันทำนายนายการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลได้

Seatung & Kitreerawutiwong (2018) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ในอาการเจ็บคอ บาดแผลสะอาด ท้องร่วง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบ่งปัจจัยเป็นปัจจัยนำ ได้แก่ คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเช่น เพศ อายุ การศึกษา และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งขายยาปฏิชีวนะในชุมชน และความสามารถในการใช้จ่ายเพื่อรับยาปฏิชีวนะ และปัจจัยเสริม ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถทำนายนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมหญิง พุ่มทอง และคณะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use, ASU) โดยทำการศึกษาใน

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 30 โรงพยาบาล จาก 18 จังหวัด ปี 2556 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ASU คือ การสนับสนุนด้านนโยบาย การผนวกเข้ากับงานประจำ การสนับสนุนของผู้บริหาร ความร่วมมือ ของบุคลากร ภาควิชาเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมการใช้ยา ปฏิชีวนะของประชาชน และการติดตามและประเมินผลโครงการ

จิรัชย์ มงคลชัยภักดี และจิรัชย์ วัฒนสุข (2557) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญคือ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคและสาเหตุที่ใช้ยาปฏิชีวนะ และการที่เคยได้คำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อไปใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข

กมลนัฏ ม่วงยิ้ม (2557) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผล ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความตระหนักรู้ และแนวทางในการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ โดยทำการศึกษาในแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ RDU hospital จำนวน 5 โรงพยาบาล พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนักรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผลตามกฎแฉ PLEASE หลังโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ RDU โดยปัจจัยที่สำคัญในการเพิ่มความตระหนักรู้แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยเอื้อเชิงการบริหาร เช่น การมีนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่อง การสนับสนุนด้านงบประมาณ กลไกการติดตามประเมินผล การบูรณาการโครงการร่วมกับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) ปัจจัยเอื้อในเชิงวิชาการ เช่น การเพิ่มหลักสูตรการใช้ยาสมเหตุผลในโรงเรียนแพทย์ และปัจจัยเอื้อในระดับปฏิบัติการ เช่น การให้ความสำคัญจากผู้บริหารโรงพยาบาล ความเข้มแข็งของคณะทำงานและคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด การสร้างการให้ข้อมูลข่าวสาร ความตระหนักให้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง การสร้างเครือข่ายการทำงานในจังหวัด

ทิพวรรณ วงเวียน (2557) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่า ผู้ป่วยในโรคนี้อาจมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 2.5 คะแนนจาก คะแนนเต็ม 8.00 คะแนน ส่วนใหญ่ได้คะแนน 0-3 คะแนน (ร้อยละ 77.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาที่ปลอดภัยและไม่เคยมีใครตายจากการใช้ยา (ร้อยละ 91.4) การกินยาปฏิชีวนะช่วยรักษาอาการไข้ จาม น้ำมูกไหล ไอ และเจ็บคอ (ร้อยละ 90.3) และยาปฏิชีวนะสามารถฆ่าเชื้อได้ทุกชนิด (ร้อยละ 77.4)

กานนท์ พศวัต และคณะ (2555) ได้ศึกษาความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2555 โดยใช้สื่อทำนองรงค์ คือ แผ่นพับและโปสเตอร์ “3 โรครักษาได้ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ” สารคดีเพลงโครงการ RDU พบว่า หลังดำเนินโครงการนี้ นักศึกษามีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วราวี กลิ่นขจร และศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำ (ร้อยละ 66.70) รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับพอใช้ (ร้อยละ 16.67) ส่วนน้อยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะระดับดี (ร้อยละ 13.30) และน้อยที่สุดคือกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะระดับดีมาก (ร้อยละ 3.30) ส่วนด้านพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับพอใช้ (ร้อยละ 63.30) กลุ่มพฤติกรรมที่ดีและกลุ่มพฤติกรรมที่ควรปรับปรุงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 16.67 และ 13.30 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมดีมากมีเพียงร้อยละ 6.70 เท่านั้น

ดาวรุ่ง คำวงศ์ และ สังฆวัตร ทิวทัศน์ (2549) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ่อควางทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง 93 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.80 มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี และร้อยละ 17.20 อยู่ในระดับปานกลาง และผล การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และการได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยสามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาได้ร้อยละ 29 ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (ด้านบวก) รองลงมา คือ การได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุ (เชิงลบ)

ประเด็นที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม โดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ

คุณากร ปาปะชา (2561) ได้ศึกษา สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยแรงงาน ในจังหวัดมหาสารคาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 495 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องยาและการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 37.98) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือยาปฏิชีวนะคือยาแก้ไอ (ร้อยละ 83.03) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.61) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มวัยแรงงาน ได้แก่ ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรม ระดับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะต่ำ การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาปฏิชีวนะระดับต่ำ-ปานกลาง การรับรู้อุปสรรคในการใช้ยาปฏิชีวนะระดับต่ำ-ปานกลาง การ

มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะระดับต่ำ-ปานกลาง และการมีสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการ ใช้ยาปฏิชีวนะระดับสูง

ศิริลักษณ์ ใจชื่อ และศศิธร เอื้ออนันต์ (2560) ได้ศึกษาผลของโครงการ Antibiotic Smart Use ต่อความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาปฏิชีวนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น โดยส่งแบบสอบถามที่กำหนดสถานการณ์จำลอง โรคทางเดินหายใจส่วนบน ท้องร่วงเฉียบพลันในเด็กและแผลเลือดออกทั่วไป จำนวน 294 ฉบับ ให้แก่พยาบาลประจำรพ.สต. จังหวัดขอนแก่นจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 92 ฉบับ (ร้อยละ 31.29) พบว่ามีการจ่ายยาเหมาะสม 75 ราย (ร้อยละ 81.52) จ่ายยาไม่เหมาะสมในสถานการณ์โรคทางเดินหายใจส่วนบน 10 ราย (ร้อยละ 10.87) แผลเลือดออกทั่วไป 6 ราย (ร้อยละ 6.52) และโรคท้องร่วงเฉียบพลัน 1 ราย (ร้อยละ 1.09) ผู้ที่เคยอบรมในโครงการ ASU เลือกจ่ายยาเหมาะสมมากกว่า ผู้ที่ไม่เคยอบรม 60 ราย (ร้อยละ 88.24) และ 15 ราย (ร้อยละ 62.5)

สุมาลี ท่อชู และรุ่งทิพา หมื่นปา (2560) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าหลังการดำเนินโครงการความตระหนักรู้ของแพทย์และทันตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 90.50 ± 1.60 เป็น 104.00 ± 2.07 ($P < 0.001$) (จากคะแนนเต็ม 120) ความตระหนักรู้สำหรับบุคลากรสุขภาพอื่นเพิ่มขึ้นจาก 46.67 ± 7.72 เป็น 56.85 ± 3.04 ($P < 0.001$) (จาก คะแนนเต็ม 65) แต่การดำเนินโครงการมีผลต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพไม่ต่างจากเดิมมากนัก (การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ หลิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด)

ศุภลักษณ์ สุขไพบลูย์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร ความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะ และการรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยา ปฏิชีวนะกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำ ร้อยละ 49.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่ออันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะใน และรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาปฏิชีวนะ ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.3 และ 58.2 และมีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับที่ต้องปรับปรุง ร้อยละ 55.5 และปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านอายุ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและปัจจัยด้าน รายได้ และการรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาปฏิชีวนะ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการใช้ยา

ปฏิชีวนะ ส่วนปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

สุวัฒน์ ปริสุทธรุฒิพร (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.0 อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 17.5 อยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 68.3 อยู่ในระดับดี และร้อยละ 30.9 อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะ และความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมมากที่สุด ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Tay K. H. et al. (2019) ได้ศึกษาข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อ 3 โรค คือโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน ท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออกในประเทศมาเลเซีย ก่อนและหลังการให้สุขศึกษาในด้านต่างๆ ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ คล้ายในประเทศไทย พบว่าอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะก่อนการให้สุขศึกษาคือ ร้อยละ 11.20 สำหรับโรคท้องร่วงเฉียบพลัน และร้อยละ 29.01 สำหรับ URI เฉียบพลันซึ่งเป็นอัตราการใช้ที่มากกว่าค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ และอัตรายาปฏิชีวนะเหล่านี้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการให้สุขศึกษา โดยลดลงเป็นร้อยละ 6.20 และร้อยละ 13.70 ตามลำดับ ซึ่งลดลงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ

Li Song et al (2016) ได้ทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างในผู้ป่วย URTI ในประเทศจีน เพื่อประเมินคุณภาพการศึกษา และอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URTI จากการศึกษาทั้งสิ้น 45 งานวิจัย ในผู้ป่วย URTI จำนวน 52,072 ราย พบว่า ร้อยละของผู้ป่วย URTI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะคิดเป็นร้อยละ 83 และผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 1 ชนิดคิดเป็นร้อยละ 79.7 ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 2 ชนิดคิดเป็นร้อยละ 18.40 และผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 3 ชนิดคิดเป็นร้อยละ 1.10 ซึ่งอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะแตกต่างกันมากในแต่ละโรงพยาบาล และมีแนวโน้มลดลงจากการดำเนินโครงการใช้ยาสมเหตุผลในประเทศจีน

Harris et al (2016) ได้ศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในผู้ใหญ่ เพื่อแนะนำแนวทางการดูแลที่ดีในผู้ป่วย โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมสำหรับ ARTI ในผู้ใหญ่ แนวปฏิบัติทางคลินิกล่าสุดจากสมาคมวิชาชีพได้รับการรวบรวมโดยกระบวนการ meta-analyses และทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล Cochrane, PubMed, MEDLINE และ EMBASE ถึงเดือนกันยายน 2558 สรุปเป็นข้อแนะนำ 4 ประการ คือ

1. แพทย์ไม่ควรเริ่มต้นการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดลมอักเสบเว้นแต่สงสัยว่าจะเป็นโรคปอดบวม

2. แพทย์จำแนกผู้ป่วยด้วยอาการขึ้นนำของกลุ่ม A Streptococcal pharyngitis (สำหรับผู้ป่วยที่มีไข้สูงต่อเนื่อง, anterior cervical adenitis, และผู้ป่วยที่มี exudates ที่ต่อมทอนซิล, หรือมีอาการต่างๆ ร่วมกัน) โดยการทดสอบการตรวจหาแอนติเจนอย่างรวดเร็วและ / หรือการเพาะเลี้ยงเชื้อกลุ่ม A Streptococcus แพทย์ควรใช้ยาปฏิชีวนะ เฉพาะในกรณี que ผู้ป่วยได้รับการยืนยันการติดเชื้อแบคทีเรีย

3. แพทย์ควรใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษา rhinosinusitis แบบเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังนานกว่า 10 วัน มีอาการรุนแรง หรือมีอาการไข้สูง (มากกว่า 39 องศาเซลเซียส) และมีน้ำมูกไหลหรือปวดเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันติดต่อกัน หรือผู้ป่วยที่อาการแย่ลง หรือกลับเป็นซ้ำหลังป่วยด้วยการติดเชื้อไวรัสทั่วไปที่กินเวลา 5 วัน

4. แพทย์ไม่ควรสั่งยาปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยโรคหวัด

Holloway et al (2016) ได้ศึกษาผลกระทบของนโยบายด้านยาขององค์การอนามัยโลกที่มีต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม โดยทำการศึกษาใน 55 ประเทศ ที่มีหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขแห่งชาติเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล มีคณะกรรมการบำบัดในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และมีศูนย์ข้อมูลยาแห่งชาติพบว่า นโยบายด้านยาที่ส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมเหตุผลมีความสัมพันธ์กับการลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการใช้ยาในการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URTI) ลดลงกว่าร้อยละ 20 และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในการเจ็บป่วยท้องร่วงเฉียบพลันลดลงกว่าร้อยละ 30 และนโยบายด้านยาจะมีผลกระทบมากในการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับ URTI และท้องร่วงเมื่อเทียบกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยทั้งหมด

Zou et al (2016) ได้ศึกษา รูปแบบการดำเนินงานสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่มีเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในชนบทของจีน จากการศึกษาที่ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล เป็นปัญหาที่ร้ายแรงในประเทศจีนและหลายๆ ประเทศ ในปี 2555 กระทรวงสาธารณสุขของจีนได้ออกกฎระเบียบสำหรับการส่งจ่ายยาปฏิชีวนะ จำกัดให้เหลือเพียงน้อยกว่าร้อยละ 20 ของใบสั่งยาทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยนอก แต่ไม่มีรายละเอียดการดำเนินงานใด ๆ เกี่ยวกับการดำเนินนโยบาย ดังนั้นการศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษาแบบหลายแง่มุมเพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันเด็ก (อายุ 2-14 ปี) ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิชนบทในประเทศจีนผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผลลัพธ์หลักคืออัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วย URTIs ที่มีอายุระหว่าง 2 ถึง 14 ปีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการติดตาม

ผลการดำเนินงาน 6 เดือน และผลรวมของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแพทย์และผู้ป่วย / ผู้ดูแล แสดงให้เห็นถึงการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างมีเหตุผลเพิ่มขึ้น

Boonyasiri & Thamlikitkul (2014) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาหลายแง่มุมต่อการใช้เหตุผลของยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและท้องเสียเฉียบพลัน โดยดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยนอกที่อยู่ภายใต้โครงการประกันสุขภาพแบบประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2555 การให้สุขศึกษาหลายแง่มุมคือ ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ การจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิก การจัดทำแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ที่พิมพ์ล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วย ไม่กว่าดคอหรืออุจจาระที่จะนำมาจากผู้ป่วย (กรณีแพทย์ผู้ผิดชอบต้องใช้) โปสเตอร์และแผ่นพับ “ความจำเป็นและอันตรายของยาปฏิชีวนะสำหรับ URI และท้องร่วงเฉียบพลัน” สำหรับผู้ป่วยและญาติขณะรอรับการรักษารวบรวมบันทึกทางการแพทย์ที่พิมพ์ล่วงหน้าทุกวัน ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกติดตามในวันที่ 3 หลังจากได้รับการดูแลจากนักวิจัยเพื่อตรวจสอบการตอบสนองทางคลินิก ซึ่งพบว่า ผู้ป่วย URTI 1,241 ราย และผู้ป่วยท้องร่วงเฉียบพลัน 210 ราย อัตรายาปฏิชีวนะอยู่ที่ร้อยละ 13.0 สำหรับ URI และร้อยละ 19.1 สำหรับอาการท้องเสียเฉียบพลัน และผลการเพาะเลี้ยงเชื้อที่เก็บจากลำคอผู้ป่วย URTI พบ Group A-beta-hemolytic streptococci ร้อยละ 3.8 และผลการเพาะเลี้ยงเชื้อที่เก็บจากอุจจาระผู้ป่วยท้องร่วงเฉียบพลันพบ non-typhoidal *Salmonella* spp. ร้อยละ 14.6 การตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วยในวันที่ 3 หลังจากได้รับการดูแลพบว่ามากกว่าร้อยละ 97 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะและผู้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะนั้นได้รับการรักษาให้ดีขึ้น

Zoorob et al (2012) ได้ศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งในแต่ละปีแพทย์ประจำครอบครัวต้องเยี่ยมผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันกว่าล้านคน เพื่อจัดทำแนวทางและข้อชี้บ่งสำหรับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน ได้สรุปว่า การใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกควรให้ในผู้ป่วยโรคหุ้่น้ำหนักเฉียบพลัน ผู้ป่วยคออักเสบจากกาติดเชื้อ group A beta-hemolytic streptococcal, ผู้ป่วยฝาปิดกล่องเสียงอักเสบ (epiglottitis) หรือหลอดลมอักเสบที่เกิดจากโรคไอกรน และ rhinosinusitis ชนิดเรื้อรังอาจจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย และกรณีที่ไม่ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ คือ โรคหวัด และกล่องเสียงอักเสบ (laryngitis) เพราะมีหลักฐานที่ชัดเจนว่าช่วยลดต้นทุนและป้องกันอาการข้างเคียงและการดื้อยา

Saengcharoen et al (2012) ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper respiratory tract infections, URTI) ในนักเรียนในระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน (นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนอาชีวศึกษา) และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับ URTI โดยสำรวจจากผู้ตอบแบบสอบถาม

712 คน พบว่ามากกว่าร้อยละ 75 ของทุกกลุ่มมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมืองใหญ่มีคะแนนความรู้สูงสุดเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะใน URTI ในขณะที่นักเรียนระดับอาชีวศึกษามีคะแนนต่ำสุด และมากกว่าร้อยละ 45 ของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละกลุ่มได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะไม่ครบระยะเวลาตามคำแนะนำของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ประมาณครึ่งหนึ่งของพวกเขาได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลาน้อยกว่า 5 วัน ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะใน URTI ทศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ ทศนคติต่อการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้โดยแพทย์และร้านขายยาเพื่อรักษาโรคหวัด ความเชื่อในการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัด และความคาดหวังในการใช้ยาปฏิชีวนะจากแพทย์ ส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ นักเรียนมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับ URTI กระทรวงศึกษาธิการรวบรวมข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมเข้าสู่หลักสูตรการศึกษา เพื่อปรับปรุงการใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมมากขึ้น

Sumpradit N. et al (2011) ได้ศึกษา ผลการดำเนินโครงการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use Project, ASU) ที่นำร่องในโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง และสถานีนอนาเมย์ในสังกัดโรงพยาบาลชุมชน 87 แห่งในจังหวัดสระบุรี เพื่อประเมินผลของโครงการต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของบุคลากรทางการแพทย์ และต่อสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 315 คน ที่ผ่านการอบรม มีความรู้ ความเชื่อมั่น ความตั้งใจในการไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ปริมาณการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 14 - 46 และจากการติดตามผลการรักษาพบว่า ร้อยละ 97.1 อาการดีขึ้นโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ และกว่าร้อยละ 90 มีความพึงพอใจต่อผลการรักษา

Grijalva et al (2009) ได้ศึกษาอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับในผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประเมินแนวโน้มการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 5 ปี อัตราการป่วย ARTI รายปีลดลงร้อยละ 17 จาก 1,883 ต่อประชากร 1,000 คนในปี 1995-1996 ถึง 1,560 ต่อ 1,000 ในปี 2005-2006 ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการป่วยโรคหุ้่น้ำหนักที่ลดลงร้อยละ 33 และอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันลดลงร้อยละ 36 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 5 ปี อัตราการป่วยด้วยโรค ARTI มีแนวโน้มที่คงที่ แต่อัตราใบสั่งยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 18 และอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะสำหรับ non-OM ARTI มีอัตราการลดลงที่น้อยมากคือมีอัตราการสั่งใช้ร้อยละ 41 ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 5 ปี และร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 5 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการสั่งใช้ยา Azithromycin มีปริมาณที่สูงขึ้นและสูงที่สุดในกลุ่ม Macrolide ที่ใช้ในผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันและหุ้่น้ำหนัก ปริมาณการใช้ยาในกลุ่ม Quinolone ก็สูงขึ้นเช่นกัน

You et al (2008) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยการสำรวจทางโทรศัพท์ในฮ่องกง จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1,002 คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ที่ถูกต้องร้อยละ 77 มีทัศนคติหรือความเชื่อที่เหมาะสมร้อยละ 72 และมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมร้อยละ 85 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามบางคน (ร้อยละ 26) เชื่อว่าหากพวกเขาารู้สึกว่าป่วยมากพอที่จะไปพบแพทย์ยาปฏิชีวนะจะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับอาการของ URIs และร้อยละ 8 จะแบ่งปันยาปฏิชีวนะกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 89 คน (ร้อยละ 9) ได้รับความรู้โดยไม่มีใบสั่งแพทย์ และผู้ป่วยร้อยละ 78 ใช้ยาปฏิชีวนะครบระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา การหาความสัมพันธ์แบบ multiple logistic แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ป่วย เพศชายเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ไม่ดีในการใช้ยาปฏิชีวนะ ความเชื่อที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่า



2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่การศึกษาและขอบเขตการวิจัย
- 3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical action research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart คือประกอบด้วยกระบวนการ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

3.2 พื้นที่การศึกษาและขอบเขตการวิจัย

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรงพยาบาลนาคะหลวยอำเภอนาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

3.2.2 ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ประชากรกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อ

ส่งเสริมการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะสมเหตุผลซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจะหลวย โดยในปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยจำนวน 7,127 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากรกลุ่มที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย คือทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC) จำนวน 25 คน และคณะกรรมการทีมนำด้านคลินิก (Patient Care Team, PCT) จำนวน 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน

3.2.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน คำนวณจากสูตรคำนวณตัวอย่างกรณีที่ทราบขนาดของประชากรและสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรของ Krejcie, R. V. & Morgan (1970)

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (จำนวนผู้ป่วยปี 2562) = 7,127

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ = 0.05

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และรับความเชื่อมั่น 95% = 3.841

P = สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจ = 0.19

(ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันปีงบประมาณ 2562 เท่ากับ ร้อยละ 18.9)

เมื่อแทนค่าต่างในสูตรแล้วจะคำนวณได้ 228.89 และจากการเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกรณีตัวอย่างสูญหายหรือไม่สามารถติดต่อได้ ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดตัวอย่างคือ 250 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อได้มาซึ่งตัวอย่างเพื่อทำการศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

2. อายุ 18 ถึง 60 ปี

3. เป็นผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย

4. สามารถพูดคุยรู้เรื่อง อ่านออกเขียนได้ และให้ข้อมูลได้

และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย หรืองดให้ข้อมูล

2. ผู้ป่วยที่ย้ายถิ่นฐานไปอยู่อำเภออื่นในระหว่างการทำกรวิจัย

โดยสรุป ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย 30 คน และกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน 250 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งคัดเลือกจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC) และคณะกรรมการทีมนำด้านคลินิก (Patient Care Team, PCT) โดยเป็นตัวแทนแต่ละวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย

1) เภสัชกร	จำนวน	5 คน
2) แพทย์	จำนวน	5 คน
3) พยาบาล	จำนวน	16 คน
4) นักวิชาการสาธารณสุข	จำนวน	1 คน
5) นักวิชาการคอมพิวเตอร์	จำนวน	1 คน
6) แพทย์แผนไทย	จำนวน	1 คน
7) เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	จำนวน	1 คน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ที่โรงพยาบาลน่าจะหยุดตลอดระยะเวลาของการวิจัย
2. เป็นผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย

และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย หรืองดให้ข้อมูล
 2. บุคลากรที่ย้ายไปทำงานที่โรงพยาบาลอื่นในระหว่างการทำกรวิจัย
- 3.2.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา กุมภาพันธ์ 2563 ถึง พฤษภาคม 2563

3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.3.1 การเตรียมการก่อนการวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านมนุษยสัมพันธ์ การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลทั้งระหว่างเภสัชกร และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นวิทยากรกระบวนการ ซึ่งเน้นการประสาน กระตุ้น เพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้ เพื่อแก้ปัญหาด้วยกระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบ Practical action research (McTAGGART, 1994)

3.3.2 การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาสภาพแวดล้อมและบริบทของชุมชน

กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

กิจกรรมที่ 3 ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาศักยภาพผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน สื่อที่ใช้มีดังนี้

1. คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
2. คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลจากโครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ (Thailand AMR Containment and Prevention Program)
3. คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากโครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ (Thailand AMR Containment and Prevention Program)
4. หนังสือ แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดย ผศ.นพ.พิสนธ์ จงตระกูล
5. แผ่นพับ แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล สำหรับบุคลากรทางการแพทย์จากโครงการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล (Antibiotic Smart Use Program)
6. แผ่นพับแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน อ้างอิงจากคู่มือป้องกันและควบคุมแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล โครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ (Thailand AMR Containment and Prevention Program)
7. โปสเตอร์ “หยุดสร้างเชื้อดื้อยา” จากโครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ(Thailand AMR Containment and Prevention Program)
8. แผ่นพับ แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จากโครงการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล (Antibiotic Smart Use Program)

กิจกรรมที่ 5 ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่คณะทำงานวิจัยได้กำหนดไว้
สื่อที่ใช้

1. แผ่นพับ “3 โรครักษาได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ” จากโครงการใช้ยาปฏิชีวนะ
สมเหตุผล (Antibiotic Smart Use Program)

2. แผ่นพับ “คนรุ่นใหม่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ” จากโครงการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล
(Antibiotic Smart Use Program)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต

กิจกรรมที่ 6 ติดตามผลการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และเก็บข้อมูล

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลลัพธ์ของการบริหารเภสัชกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 8 ประชุมคณะทำงานวิจัย นำเสนอผลการปฏิบัติงาน เพื่อร่วมถอด
บทเรียน สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน และวางแผนในการ
ปฏิบัติงานในครั้งต่อไป

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ให้ตรง
ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งเครื่องมือวิจัยนี้ประกอบด้วย

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ชุด คือ

แบบประเมินชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการ
บริหารเภสัชกรรม

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งถึงปัจจุบัน และตำแหน่งในการเป็นคณะกรรมการที่มคุณภาพ
โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัช
กรรมสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม เป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ
ให้เลือกระดับการมีส่วนร่วม มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น
ด้านการตัดสินใจ 2 ข้อ ด้านการดำเนินการ 2 ข้อ ด้านการรับผลประโยชน์ 2 ข้อ และด้านการติดตาม
และประเมินผล 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม เป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ให้เลือกระดับความพึงพอใจ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ

โดยเกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารเภสัชกรรม คือ

มากที่สุด	= 5 คะแนน
มาก	= 4 คะแนน
ปานกลาง	= 3 คะแนน
น้อย	= 2 คะแนน
น้อยที่สุด	= 1 คะแนน

และเกณฑ์ในการจัดระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารเภสัชกรรม คือ

4.21 –5.00 (ร้อยละ 84 ขึ้นไป)	หมายถึง ระดับมากที่สุด
3.41 –4.20 (ร้อยละ 68 –83)	หมายถึง ระดับมาก
2.61 –3.40 (ร้อยละ 52 –67)	หมายถึง ระดับปานกลาง
1.81 –2.60 (ร้อยละ 36 –51)	หมายถึง ระดับน้อย
1.00 –1.80 (ร้อยละ 20 –35)	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

แบบประเมินชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิรักษา การเคยใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 6 เดือน และการได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะและความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เป็นแบบปรนัย 2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นความรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน 4 ข้อ วิธีการใช้ยา 3 ข้อ การเก็บรักษา ยา 1 ข้อ การอ่านฉลากยา 1 ข้อ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 1 ข้อ

แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับดี หมายถึง ได้คะแนนความรู้ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนความรู้ตั้งแต่ ร้อยละ 60–79

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนความรู้ต่ำกว่า ร้อยละ 59

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เป็นแบบมาตรวัด 3 ระดับ ให้เลือก ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นด้านพฤติกรรมในการใช้ยาในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน 4 ข้อ วิธีการใช้ยา 3 ข้อ การเก็บรักษา ยา 1 ข้อ การอ่านฉลากยา 1 ข้อ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 1 ข้อ

เกณฑ์ในการกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินแบ่งเป็นเกณฑ์สำหรับพฤติกรรมเชิงบวกมีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	= 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	= 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	= 1 คะแนน

เกณฑ์ในการกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินแบ่งเป็นเกณฑ์สำหรับพฤติกรรมเชิงบวกมีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	= 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	= 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	= 3 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยและร้อยละของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะดังนี้

2.36 – 3.00 (ร้อยละ 78.4 – 100.0)	หมายถึง พฤติกรรมระดับดีมาก
1.68 – 2.35 (ร้อยละ 55.8 – 78.3)	หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง
1.00 – 1.67 (ร้อยละ 33.3 – 55.7)	หมายถึง พฤติกรรมระดับไม่ปลอดภัย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ, 2545) ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ คำถามด้านบวก 23 ข้อ และด้านลบ 3 ข้อ แบบมาตรวัด 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคำถามด้านบวก คือ

ไม่เลย	= 1 คะแนน
เล็กน้อย	= 2 คะแนน
ปานกลาง	= 3 คะแนน
มาก	= 4 คะแนน
มากที่สุด	= 5 คะแนน

และเกณฑ์ในการให้คะแนนคำถามด้านลบ คือ

ไม่เลย = 5 คะแนน

เล็กน้อย = 4 คะแนน

ปานกลาง = 3 คะแนน

มาก = 2 คะแนน

มากที่สุด = 1 คะแนน

แบ่งเป็น 4 ด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งแต่ละด้านมีเกณฑ์ในการจัดระดับ ดังนี้
องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย (ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24) คุณภาพชีวิตที่ดี 27-35 คะแนน คุณภาพชีวิตกลางๆ 17-26 คะแนน และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 7-16 คะแนน

องค์ประกอบด้านจิตใจ (ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23) คุณภาพชีวิตที่ดี 23-30 คะแนน คุณภาพชีวิตกลางๆ 15-22 คะแนน และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 6-14 คะแนน

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ข้อ 13, 14 และ 25) คุณภาพชีวิตที่ดี 12-15 คะแนน คุณภาพชีวิตกลางๆ 8-11 คะแนน และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 3-7 คะแนน

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22) คุณภาพชีวิตที่ดี 30-40 คะแนน คุณภาพชีวิตกลางๆ 19-29 คะแนน และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 8-18 คะแนน

คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตที่ดี 96-130 คะแนน คุณภาพชีวิตกลางๆ 61-95 คะแนน และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 26-60 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ได้แก่ ชื่อ HN อายุ เชื้อชาติ โรคประจำตัว สิทธิรักษา ประวัติการแพ้ยา เบอร์โทร รหัส 13 หลักตามบัตรประชาชน ที่อยู่ น้ำหนัก ส่วนสูง อุณหภูมิร่างกาย อาการ ยาประจำของผู้ป่วย และยาที่ผู้ป่วยได้รับ

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย (Observation)

แบบบันทึกกิจกรรม (Record) และถ่ายภาพ

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความรู้ที่ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (Content validity) โดยใช้ค่า

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence, IOC) โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) เกษัชกรหญิง อภรณ์ จตุรภัทรวงศ์ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลวารินชำราบ
2. นายแพทย์สุรศักดิ์ เกษมศิริ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง ประธานคณะทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล จังหวัดอุบลราชธานี
3. เกษัชกรหญิง ดร.รับขวัญ เชื้อสี อาจารย์ประจำภาควิชาเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

$$\text{และมึ่ววิธีคำนวณดังนี้} \quad \text{IOC} = (\Sigma R/N)$$

เกณฑ์การประเมิน คะแนนความสอดคล้องของเนื้อหาโดยใช้อัตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ

ไม่สอดคล้อง	- 1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	0	คะแนน
สอดคล้อง	+ 1	คะแนน

การแปลผล ค่า CVI ควรมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าชุดคำถามมีความเหมาะสม การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทด้านต่างๆ ใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.70

การปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรและผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีบริบทของบุคลากรและผู้ป่วยใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารเภสัชกรสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย และแบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินแบบมาตรวัด Rating scale ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90, 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินแบบ 2 ตัวเลือก (ถูก/ผิด) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.70

3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.6.1.1 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

3.6.1.2 การเก็บข้อมูลความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

3.6.1.3 การเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

3.6.1.4 การเก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

3.6.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.6.2.1 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องขณะดำเนินกิจกรรมในทุกขั้นตอน

3.6.2.2 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3.6.2.3 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกกิจกรรมการประชุมกลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลกิจกรรมในทุกขั้นตอนให้นำเชื่อถือและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดำเนินงาน

3.7 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis)

3.7.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best (Best J.W. & Kahn J.V., 2014)

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

3.7.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

1) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ด้วยสถิติ paired sample t tests

2) ทดสอบความแตกต่างของอัตราส่วนร้อยละการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Chi-square test

3) ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ McNemar test

4) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม และความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงาน ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก

3.8 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมและการถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบ เข้าใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นหน่วยงานที่พิจารณาอนุมัติการวิจัยในมนุษย์ ในพื้นที่ที่ทำการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในวันที่ 28 มกราคม 2563 (หมดอายุวันที่ 27 มกราคม 2564) เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2563 - 021 และผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ใบอนุมัติ 080/2563 วันที่รับรอง 26 มีนาคม 2563 หมดอายุวันที่ 25 มีนาคม 2564

พูน ปรนุ ทิโต ชีเว

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Practical action Research) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การดำเนินการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการดำเนินการ โดยคณะกรรมการที่มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรม ใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ 1) เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ในการทำวิจัย 2) เพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล และ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี และผลการวิจัยจะนำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
p- value	แทน	ความน่าจะเป็นที่คำนวณได้จากเงื่อนไขเริ่มต้นของสมมติฐาน
D-bar	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. บริบทด้านพื้นที่ และสภาพปัญหาการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
2. กระบวนการพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
3. ผลการศึกษาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน
2. เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันก่อนและหลังการพัฒนา
3. เปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันก่อนและหลังการพัฒนา
4. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันก่อนและหลังการพัฒนา
5. เปรียบเทียบอัตราการสั่งใชยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันก่อนและหลังการพัฒนา

6. เปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันก่อนและหลังการพัฒนา

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.3.1.1 บริบทด้านพื้นที่

อำเภอนาจะหลวยตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดอุบลราชธานี ประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ใช้ภาษาไทย ภาษาอีสาน ภาษากัมพูชา และภาษาส่วยในบางพื้นที่ อดีตเคยเป็นสมรภูมิสู้รบกับผู้ก่อการร้าย คอมมิวนิสต์ ซึ่งภายหลังสถานการณ์ได้สงบลงจนถึงปัจจุบัน อำเภอนาจะหลวยมีเนื้อที่ทั้งสิ้น 652 ตารางกิโลเมตรระยะห่างจากจังหวัดอุบลราชธานี ระยะทาง 95 กิโลเมตร และระยะห่างจากกรุงเทพมหานคร ระยะทาง 644 กิโลเมตร

อาณาเขต ดังภาพประกอบ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดกับ อำเภอดงหลวง

ทิศใต้ ติดกับ ประเทศ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ทิศตะวันออก ติดกับ อำเภอบุณทริก

ทิศตะวันตก ติดกับ อำเภอน้ำยืน



ภาพประกอบที่ 2 แผนที่อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลนาคะหลวย เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง เปิดให้บริการจริง 52 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งอยู่เลขที่ 128 ม. 11 ต. นาคะหลวย อ.นาคะหลวย จ.อุบลราชธานี ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอ นาคะหลวยและอำเภอใกล้เคียง โดยรับผิดชอบประชากร 58,527 คน ซึ่งแบ่งพื้นที่เป็น 6 ตำบล 78 หมู่บ้าน รับผิดชอบในการเป็นที่ปรึกษา นิเทศงาน และให้การสนับสนุนแก่ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเครือข่าย 10 แห่ง (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลนาคะหลวย, 2562) การเดินทางโดยรถยนต์จากโรงพยาบาลนาคะหลวยไปตัวจังหวัดอุบลราชธานีใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที

วิสัยทัศน์โรงพยาบาล คือ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ บริการได้มาตรฐาน ผสมผสานงานแพทย์แผนไทย ประทับใจผู้รับบริการ

พันธกิจของโรงพยาบาลนาคะหลวย คือ มุ่งมั่นให้บริการอย่างมีคุณภาพด้าน การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ผสมผสานงานแพทย์แผนไทย พัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ชุมชนมีส่วนร่วม ผู้รับบริการประทับใจ

โรงพยาบาลนาคะหลวยแบ่งโครงสร้างการบริหารออกเป็น 8 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงาน บริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มการพยาบาล กลุ่มเทคนิคบริการ กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานบริหาร กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ และกลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีจำนวนบุคลากร 167 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 5 คน ทันตแพทย์ 3 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 40 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน สหวิชาชีพและวิชาชีพเฉพาะ 90 คน

4.3.1.2 สภาพปัญหาการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาคะหลวย อำเภอ นาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

การดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลนาคะหลวยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน พบว่ามี การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 1346 ครั้ง (ร้อยละ 18.8) ซึ่งถือว่า ผ่านตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (น้อยกว่าร้อยละ 20) แต่ในช่วงก่อนการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม (1 ตุลาคม 2563 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2563) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะกลับสูงขึ้น คือ 839 ครั้ง (ร้อยละ 21.8) ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้จัดการประชุม กลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย เพื่อระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวกับการ บริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ซึ่งสามารถแบ่ง 6 ประเด็น ดังนี้

สภาพปัญหาการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันแบ่งตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health System Framework) ดังนี้

ตารางที่ 1 สภาพปัญหาการบริหารทางเภสัชกรรม

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
1. ด้านระบบบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลน่าจะหลวยยังไม่มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบที่ชัดเจน - การประสานงานระหว่างวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ - ทีมเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ยังขาดความเข้มแข็ง และความต่อเนื่องในการกำกับ ติดตามการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ
2. ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรยังขาดความตระหนักในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล - จำนวนบุคลากรประจำคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจไม่เพียงพอ - มีการหมุนเวียนแพทย์ทุกปี ซึ่งทำให้แนวทางการรักษาเปลี่ยนแปลงไป
3. ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะยังไม่ทั่วถึง และครอบคลุม - การส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพยังขาดประสิทธิภาพ
4. ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - วัคซีนในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ยังไม่เพียงพอ และครอบคลุม - ปัญหาที่เกี่ยวข้องยาเดิม หรือยาปฏิชีวนะจากแหล่งอื่นของผู้ป่วย เช่น การซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านค้าในชุมชน
5. ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการจัดซื้อยาปฏิชีวนะ จาก การสั่งใช้ที่ไม่สมเหตุผล

ตารางที่ 1 สภาพปัญหาการบริหารทางเภสัชกรรม (ต่อ)

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
6. ด้านภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล	- การควบคุม กำกับและติดตามผลการดำเนินการ อัตราการสั่งใช้ ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคนี้ ยังไม่เป็นรูปธรรม

4.3.1.3 กระบวนการพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผนการปฏิบัติ (Planning) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์บริบทพื้นที่ และปัญหาการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้วิจัยได้นำเสนอความเป็นมาในการศึกษาวิจัย และผลการดำเนินงานการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันของปีงบประมาณ 2562 เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยระดมสมอง เกี่ยวกับบริบทพื้นที่ และปัญหาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน การประชุมจัดขึ้นในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563 ณ ห้องประชุมห้วยหลวง โรงพยาบาลจะหลวย ผู้เข้าร่วมประชุม 35 คน

กิจกรรมที่ 2 การแต่งตั้งคณะทำงาน ประชุมจัดขึ้นในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 ณ ห้องประชุมห้วยหลวง โรงพยาบาลจะหลวย ผู้เข้าร่วมประชุม 35 คน เพื่อแต่งตั้งผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย
 - 1) เภสัชกร จำนวน 5 คน
 - 2) แพทย์ จำนวน 5 คน
 - 3) พยาบาล จำนวน 16 คน
 - 4) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน
 - 5) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 1 คน
 - 6) แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน
 - 7) เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1 คน

2. กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 250 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อได้มาซึ่งตัวอย่างที่จะทำการศึกษา

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ประชุมจัดขึ้นในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 ณ ห้องประชุมห้วยหลวง โรงพยาบาลนาคะหวาย ผู้เข้าร่วมประชุม 30 คน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม และนำเข้าสู่การประชุมวางแผน โดยทำหน้าที่กระตุ้นและสนับสนุน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองในการวางแผนการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรม โดยอ้างอิงแนวทางจาก โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของกระทรวงสาธารณสุข และปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลนาคะหวาย โดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผน ซึ่งจากการประชุมสามารถสรุปแผนงานโครงการ 2 โครงการ ดังนี้

1. โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล
2. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร สื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล

ปฏิชีวนะสมเหตุผล

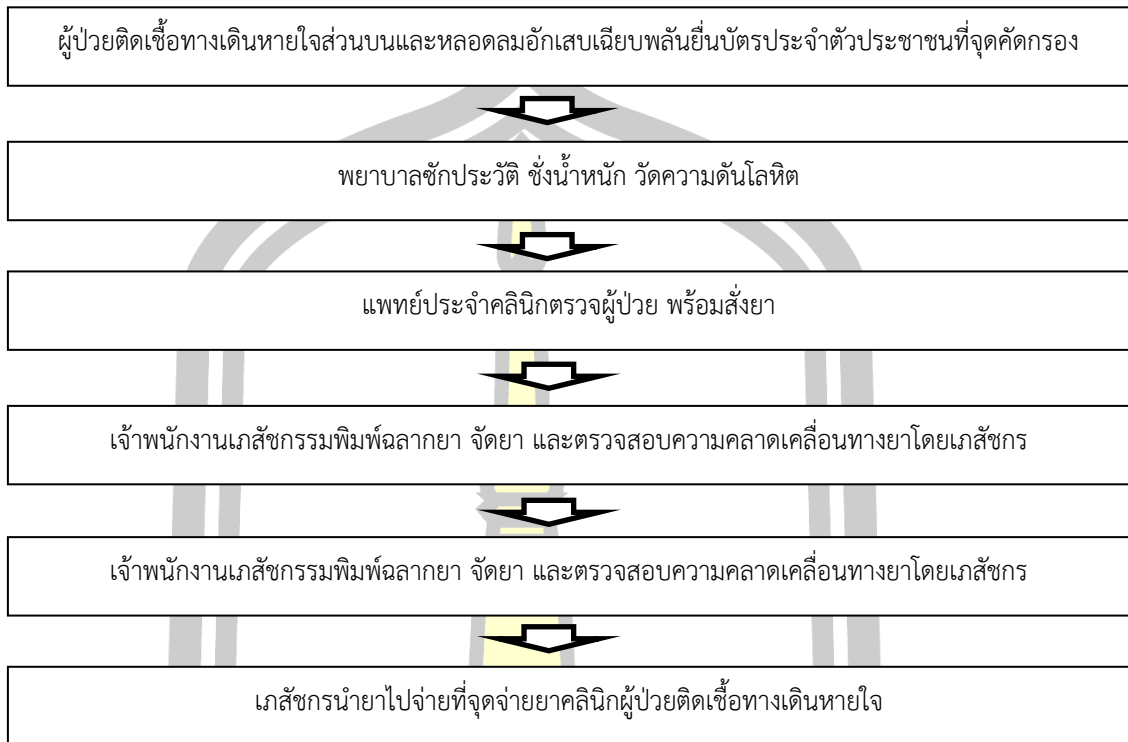
ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้

กิจกรรมที่ 1 โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล

1. การให้สุขศึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ การป้องกัน การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ให้กับผู้ป่วยระหว่างรอแพทย์ตรวจที่คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ

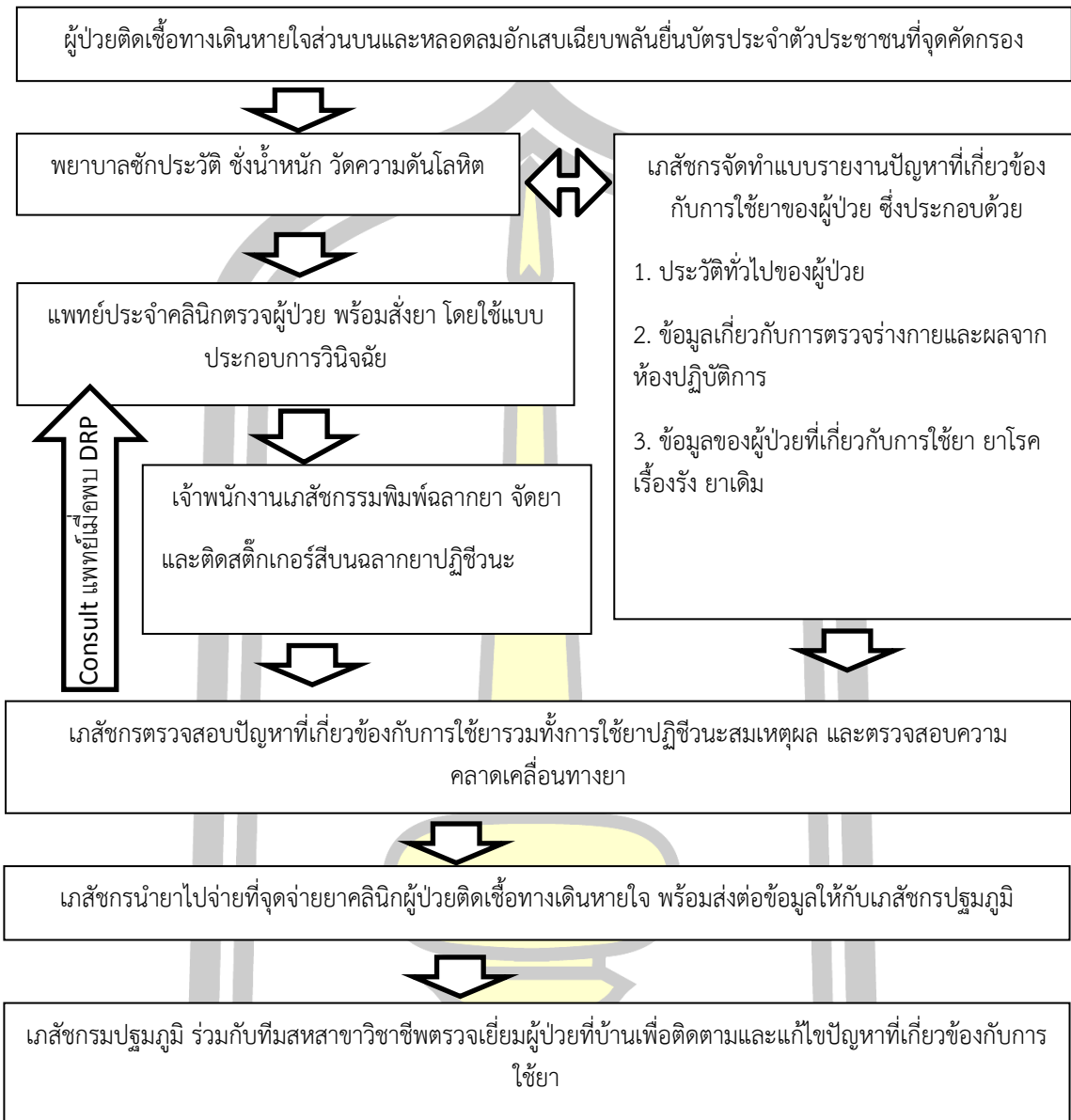
2. การจัดทำแบบฟอร์มประกอบการวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันเพื่อ โดยพยาบาลหน้าห้องตรวจจะทำหน้าที่ซักประวัติและลงข้อมูลผู้ป่วยในแบบฟอร์ม ส่งต่อให้กับแพทย์ทำการวินิจฉัยและบันทึกในแบบฟอร์ม และส่งต่อข้อมูลไปที่เภสัชกรเมื่อผู้ป่วยมารับยา ในกรณีที่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล เภสัชกรจะ consult แพทย์เพื่อยืนยันการรักษา ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเภสัชกรปฐมภูมิ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต่อไป

3. ดำเนินการให้การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ตามรูปแบบที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยได้ร่วมวางแผนไว้



ภาพประกอบที่ 3 ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจก่อนเริ่มการพัฒนาระบบบริหาร
ทางเภสัชกรรม





ภาพประกอบที่ 4 แสดงขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจหลังเริ่มการพัฒนาระบบ
บริหารทางเภสัชกรรม

พูนุ ปณุ ทิโต ชีเว

รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ
หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หลังการพัฒนา แสดงในภาพประกอบที่ 4

1. บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายในแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่
 - ชื่อผู้ป่วย HN เพศ อายุ เชื้อชาติ สิทธิรักษา หมายเลขโทรศัพท์ รหัส 13 หลัก และที่อยู่
 - 1.2 ข้อมูลผลการตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ
 - น้ำหนัก ส่วนสูง อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร
 - ผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell Count: WBC Count) และร้อยละของเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil Lymphocyte และ Monocyte
 - 1.3 โรคประจำตัว ประวัติการไ้ยา และประวัติการแพ้ยา
 - 1.4 กระบวนการดำเนินโรคของผู้ป่วย (Patient disease process)
 - อาการแสดงของผู้ป่วยในปัจจุบัน (Chief complaint; CC)
 - ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (History of Present illness; HPI)
 - ประวัติการไ้ยาของผู้ป่วยในอดีต (Past Medication History; PMH)
 - ข้อมูลการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย
 - 1.5 การวินิจฉัยโรค (Diagnosis / Provisional Dx)
 - 1.6 ปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการไ้ยา รายการยาที่พบปัญหา และการแก้ไขปัญหา
2. การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการไ้ยาในผู้ป่วย
3. กรณีผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะจะได้รับการติดตามผลการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากยา
4. กรณีผู้ป่วยพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการไ้ยาที่เกี่ยวกับการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาจะได้รับการติดตามและประเมินผลการรักษา เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ยาคุมกำเนิด เป็นต้น
5. จัดทำสต็อกเกอร์สีต่างๆ เพื่อแจ้งเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักมากขึ้น ไ้ยาให้ครบระยะเวลารักษาตามแพทย์สั่ง และเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์
6. เรียนปรึกษาแพทย์ ในกรณีแพทย์สั่งไ้ยาปฏิชีวนะไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาที่คณะกรรมการส่งเสริมการไ้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โดยบันทึกในใบ Consult ดังแสดงในภาคผนวก
7. ส่งข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการไ้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายให้กับเภสัชกรปฐมภูมิ เพื่อติดตามปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร สื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

เป็นการสังเกตการณ์ปฏิบัติการ ติดตามผลและประเมินผลโดยแบ่งเป็น 2 วิธี คือ

1. การสังเกตการณ์ขณะทำกิจกรรม
2. การประเมินด้วยแบบสอบถามสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรม

กิจกรรม 1 การถอดบทเรียนกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ประชุมจัดขึ้นในวันที่ 14 พฤษภาคม 2563 ณ ห้องประชุมห้วยหลวง โรงพยาบาลนาจะหลวย ผู้เข้าร่วมประชุม 30 คน เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยระดมสมอง เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โดยแบ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ แล้วนำเสนอข้อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของแต่ละกลุ่ม เมื่อนำเสนอเสร็จทั้ง 3 กลุ่ม จึงนำข้อมูลทั้งหมดร่วมกันระดมสมองเพื่อสรุปเป็นแต่ละประเด็น

4.3.2 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

4.3.2.1 ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

	ด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	84	33.6
	หญิง	166	66.4
อายุ	18 – 30 ปี	51	20.4
	31 – 40 ปี	47	18.8
	41 – 50 ปี	86	34.4
	51 – 60 ปี	66	28.8

(\bar{X} = 44.35, SD = 13.38)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

	ด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส	โสด	75	30.0
	สมรส	211	84.4
ระดับการศึกษา	หย่าร้าง / แยกกันอยู่	14	5.6
	ไม่เคยเข้าศึกษาในระบบโรงเรียน	7	2.8
	ประถมศึกษา	35	14.0
	มัธยมศึกษา	108	43.20
อาชีพ	อนุปริญญา ปวช./ปวส.	45	18.0
	ปริญญาตรีขึ้นไป	55	22.0
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	10.4
	พนักงานบริษัท	15	6.0
	นักเรียน/นักศึกษา	10	4.0
	ค้าขาย/อาชีพอิสระ	56	22.4
รายได้ต่อเดือน	รับจ้างทั่วไป	45	18.0
	เกษตรกร	98	39.2
	น้อยกว่า 5,000 บาท	75	30.0
	5,001 – 10,000 บาท	63	25.2
	10,001 – 15,000 บาท	54	21.6
	15,001 – 20,000 บาท	35	14.0
สิทธิรักษา	20,001 บาทขึ้นไป	23	9.2
	สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	26	10.4
	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิรักษา 30 บาทหรือสิทธิบัตรทอง)	195	78.0
	ประกันสังคม	24	9.6
	ชำระเงินสด	5	2.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	61	24.4
ได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะและความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ		
ได้รับคำแนะนำจากแพทย์	18	7.2
ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร	34	13.6
ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	48	19.2

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่เข้าร่วมในการวิจัยส่วนใหญ่คือ เพศหญิง จำนวน 166 คน (ร้อยละ 66.4) ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 86 คน (ร้อยละ 34.4) สถานภาพสมรส จำนวน 211คน (ร้อยละ 84.4) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา จำนวน 108 คน (ร้อยละ 43.2) อาชีพเกษตรกร จำนวน 98 คน (ร้อยละ 39.2) และรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 75 คน (ร้อยละ 30.0) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 195 คน (ร้อยละ 78.0) ผู้ป่วยเคยใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 61 คน (ร้อยละ 24.4) และเคยได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะและความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะจากเภสัชกร จำนวน 34 คน (ร้อยละ 13.6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 48 คน (ร้อยละ 19.2) และแพทย์ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 7.2)

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ตอบถูกและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

ความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบถูก	ร้อยละ
1. ยาปฏิชีวนะ ไม่ใช่ยาแก้อักเสบ ไม่สามารถลดไข้ และแก้ปวดเมื่อยไม่ได้	191	76.4	222	88.8
2. โรคหวัดที่มีอาการ น้ำมูกใส ไข้ ไอ มักมีสาเหตุจากเชื้อไวรัส และไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ	205	82.0	225	90.0

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ตอบถูกและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (ต่อ)

ความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบถูก	ร้อยละ
3. เมื่อน้ำมูกข้นหรือเปลี่ยนเป็นสีเขียวเหลือง ควรเริ่มใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา	76	30.4	127	50.8
4. การใช้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาหลายๆ อาจทำให้มีอาการแทรกซ้อนได้ เช่นติดเชื้อราในช่องปาก	124	49.6	149	59.6
5. การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมกับเชื้อโรค ไม่ครบระยะเวลาตามกำหนด และขนาดยาต่ำกว่าขนาดการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อโรคดื้อยา	237	94.8	244	97.6
6. การผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง ควรใช้น้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว ผสมจนถึงขีดระดับที่กำหนด แล้วเขย่าขวดทุกครั้งก่อนกินยา	192	76.8	218	87.2
7. ยาปฏิชีวนะที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำให้รับประทาน “ก่อนอาหาร” ควรรับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที	238	95.2	244	97.6
8. ควรเก็บยาปฏิชีวนะให้พ้นแสง ความชื้น ความร้อน จึงจะช่วยป้องกันมิให้ยาเสื่อมสภาพ	245	98.0	247	98.8
9. การผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง เมื่อผสมน้ำแล้ว หากเก็บในอุณหภูมิห้องสามารถเก็บได้นาน 14 วัน	93	37.2	141	56.4
10. สัญลักษณ์ EXP. 10/10/2562 ที่พิมพ์อยู่บนฉลาก มีความหมายว่า ยานี้หมดอายุวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2562	217	86.8	231	92.4

จากตาราง 3 พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 250 คน ข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบถูกมากที่สุดคือการเก็บยาปฏิชีวนะให้พ้นแสง ความชื้น ความร้อน จึงจะช่วยป้องกันมิให้ยาเสื่อมสภาพจำนวน 245 คน (ร้อยละ 98.0) ยาปฏิชีวนะที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำให้รับประทาน “ก่อนอาหาร” ควรรับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาทีจำนวน 238 คน (ร้อยละ 95.2) และ การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมกับเชื้อโรค ไม่ครบระยะเวลาตามกำหนด และขนาดยาต่ำกว่าขนาดการรักษา เป็นสาเหตุ

สำคัญที่ทำให้เชื้อโรคต้อยาจำนวน 237 คน (ร้อยละ 94.8) และข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบถูกน้อยที่สุดคือ เมื่อน้ำมูกข้นหรือเปลี่ยนเป็นสีเขียวเหลือง ควรเริ่มใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาจำนวน 76 คน (ร้อยละ 30.4) และหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมพบว่า ข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบถูกมากที่สุดคือ การเก็บยาปฏิชีวนะให้พ้นแสง ความชื้น ความร้อน จึงจะช่วยป้องกันมิให้ยาเสื่อมสภาพจำนวน 247 คน (ร้อยละ 98.8) ยาปฏิชีวนะที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำให้รับประทาน “ก่อนอาหาร” ควรรับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาทีจำนวน 244 คน (ร้อยละ 97.6) และ การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมกับเชื้อโรค ไม่ครบระยะเวลาตามกำหนด และขนาดยาต่ำกว่าขนาดการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อโรคต้อยาจำนวน 244 คน (ร้อยละ 97.6) และข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบถูกน้อยที่สุดคือ เมื่อน้ำมูกข้นหรือเปลี่ยนเป็นสีเขียวเหลือง ควรเริ่มใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาจำนวน 127 คน (ร้อยละ 50.8)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Paired –sample t-test

	n	\bar{x}	S.D.	D-bar	S.D.	95% CI	p-value
ก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม	250	7.27	1.34	0.92	1.05	1.79-	<0.01
หลังการบริหารทางเภสัชกรรม	250	8.19	1.15			2.05	

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบ
เฉียบพลัน

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา (n = 250 คน)		หลังการพัฒนา (n = 250 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (ตอบถูก 0 – 5 ข้อ)	15	6.0	0	0.0
ระดับความรู้ปานกลาง (ตอบถูก 6 – 7 ข้อ)	122	48.8	73	29.2
ระดับความรู้มาก (ตอบถูก 8 – 10 ข้อ)	113	45.2	177	70.8

จากตารางที่ 5 พบว่าหลังการพัฒนาแบบบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดิน
หายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันมีความรู้มาก 177 คน (ร้อยละ 70.8) รองลงมาคือ
ระดับความรู้ปานกลาง 73 คน (ร้อยละ 29.2) และไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ
หลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่มีระดับความรู้ต่ำ

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ
หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 250 คน

พฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
1. การเคยขอให้แพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาปฏิชีวนะให้	2.36	0.56	2.79	0.42
2. การรับประทานยาปฏิชีวนะทันที เมื่อเป็นหวัด น้ำมูกใส หรือไอ เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น	2.63	0.65	2.83	0.39
3. การดื่มน้ำอุ่นและพักผ่อนอย่างเพียงพอ เมื่อเริ่มเจ็บคอ ก่อนพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อพิจารณาไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็น	2.17	0.64	2.64	0.59
4. การอ่านฉลากก่อนใช้ยา เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นยารักษาโรค อะไร กินอย่างไร หมดยาหรือไม่	2.56	0.58	2.86	0.36
5. การเขย่าขวดยาปฏิชีวนะชนิดผสมน้ำทุกครั้ง ก่อนให้เด็ก กินยาเพื่อให้ยากระจายตัวอย่างสม่ำเสมอ	2.60	0.78	2.74	0.58

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ
หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (ต่อ)

พฤติกรรมที่ต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
6. การรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างสม่ำเสมอ และครบตามระยะเวลาการรักษา เพื่อป้องกันการดื้อยา	2.25	0.69	2.65	0.62
7. การเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะเอง เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น	2.95	0.22	3.00	0.00
8. การรับประทานยาปฏิชีวนะของผู้อื่น เมื่อทราบว่ายาชนิดนั้นสามารถใช้รักษาโรคหรืออาการที่การเป็นได้	2.86	0.35	2.97	0.18
9. การหยุดใช้ยาปฏิชีวนะทันทีและกลับไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ผื่นคัน ลมพิษ หรือบวม หลังใช้ยา	2.33	0.87	2.58	0.65
10. การเก็บยาปฏิชีวนะในบริเวณที่ไม่ถูกแสงแดด ความร้อนและความชื้น	2.91	0.29	2.97	0.16
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.56	0.27	2.80	0.25

จากตาราง 6 พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน มีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีคะแนนมากที่สุดคือ การเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะเอง เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น ($\bar{X}=2.95$, S.D.=0.22) การเก็บยาปฏิชีวนะในบริเวณที่ไม่ถูกแสงแดด ความร้อนและความชื้น ($\bar{X}=2.91$, S.D.=0.29) การรับประทานยาปฏิชีวนะของผู้อื่น เมื่อทราบว่ายาชนิดนั้นสามารถใช้รักษาโรคได้ ($\bar{X}=2.33$, S.D.=0.87) และข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ เมื่อเริ่มเจ็บคอ การดื่มน้ำอุ่นและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ก่อนพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อพิจารณาไม่ใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ($\bar{X}=2.17$, S.D.=0.64) และหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีคะแนนมากที่สุดคือ การเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะเอง เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น ($\bar{X}=3.00$, S.D.=0.00) การเก็บยาปฏิชีวนะในบริเวณที่ไม่ถูกแสงแดด ความร้อนและความชื้น ($\bar{X}=2.97$, S.D.=0.16) การรับประทานยาปฏิชีวนะของผู้อื่น เมื่อทราบว่ายาชนิดนั้นสามารถใช้รักษาโรคได้ ($\bar{X}=2.97$,

S.D.=0.18) และข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การหยุดใช้ยาปฏิชีวนะทันทีและกลับไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติ (\bar{X} =2.58, S.D.=0.65)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Paired –sample t-test

	N	\bar{X}	S.D.	D-bar	S.D.	95% CI	p-value
ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม	250	2.56	0.27	0.24	0.22	2.15-2.68	<0.01
หลังการบริบาลทางเภสัชกรรม	250	2.80	0.25				

จากตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันด้วยสถิติ Paired –sample t-test พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการบริบาลเภสัชกรรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนการพัฒนารูปแบบการบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)



ตารางที่ 8 คะแนนคุณภาพชีวิตแบ่งตามกลุ่มข้อความที่เป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย (ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24) องค์ประกอบด้านจิตใจ (ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ข้อ 13, 14, 25) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) ด้วยสถิติ Paired –sample t-test

	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	21.42	0.87	ปานกลาง	26.83	0.68	ปานกลาง
องค์ประกอบด้านจิตใจ	21.37	0.90	ปานกลาง	22.73	0.78	ปานกลาง
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.66	0.79	ปานกลาง	10.28	0.71	ปานกลาง
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	26.31	0.79	ปานกลาง	27.25	0.67	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 26.83$, SD = 0.68) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 22.73$, SD = 0.78) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 10.28$, SD = 0.71) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 27.25$, SD = 0.67) ของผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ยที่มากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม คือ ($\bar{X} = 21.42$, SD = 0.87), ($\bar{X} = 21.37$, SD = 0.90), ($\bar{X} = 9.66$, SD = 0.79) และ ($\bar{X} = 26.31$, SD = 0.79) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Paired –sample t-test

	n	\bar{X}	S.D.	D-bar	S.D.	95% CI	p-value
ก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม	250	84.79	7.20	9.37	4.64	8.79-	<0.01
หลังการบริหารทางเภสัชกรรม						9.45	
ก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม	250	94.16	6.71				

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)

ผลการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม พบในผู้ป่วยทั้งหมด 51 ราย พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด 75 ปัญหา ซึ่งแบ่งตามประเภทของปัญหาได้ดังนี้

1. ปัญหาการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมจำนวน 21 ปัญหา (ร้อยละ 28.0) ได้แก่ ปัญหาการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะหรือยา NSAIDs ไม่ตรงกับแนวทางการรักษาของโรงพยาบาล หรือไม่มีข้อบ่งชี้ (Drug use without indication) จำนวน 18 ปัญหา และการเลือกใช้รูปแบบยาไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยจำนวน 3 ปัญหา
2. ปัญหาการใช้ยาแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์จำนวน 18 ปัญหา (ร้อยละ 24.0) ได้แก่ ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา amoxicillin จำนวน 2 ปัญหา, penicillin จำนวน 2 ปัญหา, Enalapril จำนวน 4 ปัญหา, Ceftriaxone จำนวน 2 ปัญหา, Gemfibrozil จำนวน 3 ปัญหา, Amlodipine จำนวน 2 ปัญหา, Simvastatin จำนวน 1 ปัญหา และยาฟ้าทะลายโจรจำนวน 2 ปัญหา
3. การได้รับขนาดยาดำเกินไปหรือสูงเกินไปจำนวน 14 ปัญหา (ร้อยละ 18.6) ได้แก่ ปัญหาการสั่งยาปฏิชีวนะไม่ตรงกับแนวทางการรักษาของโรงพยาบาล (Clinical Practice Guideline) จำนวน 10 ปัญหา และปัญหาการสั่งใช้ยาฟ้าทะลายโจรไม่ตรงกับแนวทางการรักษาของโรงพยาบาล 4 ปัญหา
4. ปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่งจำนวน 10 ปัญหา (ร้อยละ 13.3) ได้แก่ ปัญหาผู้ป่วยใช้ยาไม่ครบตามระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาจำนวน 8 ปัญหา และผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งจำนวน 2 ปัญหา
5. ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาจำนวน 9 ปัญหา (ร้อยละ 12.0) ได้แก่ ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา Aspirin กับ clopidogrel จำนวน 2 ปัญหา, Warfarin กับ Omeprazole จำนวน 2 ปัญหา, Warfarin กับ Paracetamol 3 ปัญหา และ Furosemide กับ Digoxin จำนวน 2 ปัญหา
6. ปัญหาจากยาลักษณะอื่นๆ 3 ปัญหา (ร้อยละ 4.0) ได้แก่ ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน (duplication of drug therapy) จำนวน 2 ปัญหา และไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (Untreated indication) จำนวน 1 ปัญหา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม พบในผู้ป่วยทั้งหมด 16 ราย พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด 22 ปัญหา ซึ่งแบ่งตามประเภทของปัญหาได้ดังนี้

1. ปัญหาการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม 13 ปัญหา (ร้อยละ 59.1) ได้แก่ ปัญหาการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะหรือยา NSAIDs ไม่ตรงกับแนวทางการรักษาของโรงพยาบาล หรือไม่มีข้อบ่งใช้ (Drug use without indication) จำนวน 10 ปัญหา และการเลือกใช้รูปแบบยาไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยจำนวน 3 ปัญหา
2. ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา 6 ปัญหา (ร้อยละ 27.3) ได้แก่ ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา Aspirin กับ clopidogrel จำนวน 2 ปัญหา, Warfarin กับ Omeprazole จำนวน 1 ปัญหา, Warfarin กับ Paracetamol 1 ปัญหา และ Furosemide กับ Digoxin จำนวน 2 ปัญหา
3. ปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 3 ปัญหา (ร้อยละ 13.7) ได้แก่ ปัญหาผู้ป่วยใช้ยาไม่ครบตามระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาจำนวน 2 ปัญหา และผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งจำนวน 1 ปัญหา

ตารางที่ 10 แสดงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแบ่งตามประเภทของปัญหา

ประเภทปัญหา	จำนวนปัญหา ก่อนให้บริบาลทาง เภสัชกรรม (ร้อยละ)	จำนวนปัญหา หลังให้บริบาลทาง เภสัชกรรม (ร้อยละ)
1. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection)	21 (28.0)	13 (59.1)
2. การใช้ยาแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (Problem secondary to adverse drug reaction)	18 (24.0)	0 (0.0)
3. การได้รับขนาดยาดำเกินไป/สูงเกินไป (Too little / Too much of correct drug)	14 (18.7)	0 (0.0)
4. ปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (Failure to receive prescribed drug)	10 (13.3)	3 (13.6)
5. การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)	9 (12.0)	6 (27.3)

ตารางที่ 10 แสดงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแบ่งตามประเภทของปัญหา (ต่อ)

ประเภทปัญหา	จำนวนปัญหา ก่อนให้บริบาลทาง เภสัชกรรม (ร้อยละ)	จำนวนปัญหา หลังให้บริบาลทาง เภสัชกรรม (ร้อยละ)
6. ปัญหาจากยาลักษณะอื่นๆ (Miscellaneous)	3 (4.0)	0 (0.0)
รวม	75 (100.0)	22 (100.0)

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน มากที่สุด คือ การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection) (ร้อยละ 28.0) การใช้ยาแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์(Problem secondary to adverse drug reaction) (ร้อยละ 24.0) และการได้รับขนาดยาดำเกินไป/สูงเกินไป (Too little / Too much of correct drug) (ร้อยละ 18.0) และหลังการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน มากที่สุดคือ การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection) (ร้อยละ 59.1) การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) (ร้อยละ 27.3) และการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (Failure to receive prescribed drug) (ร้อยละ 13.7)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบร้อยละปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ด้วยสถิติ McNemar test

	ก่อนการพัฒนา รูปแบบ n=250	หลังการพัฒนา รูปแบบ n =250	p-value
จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	75	22	<0.01

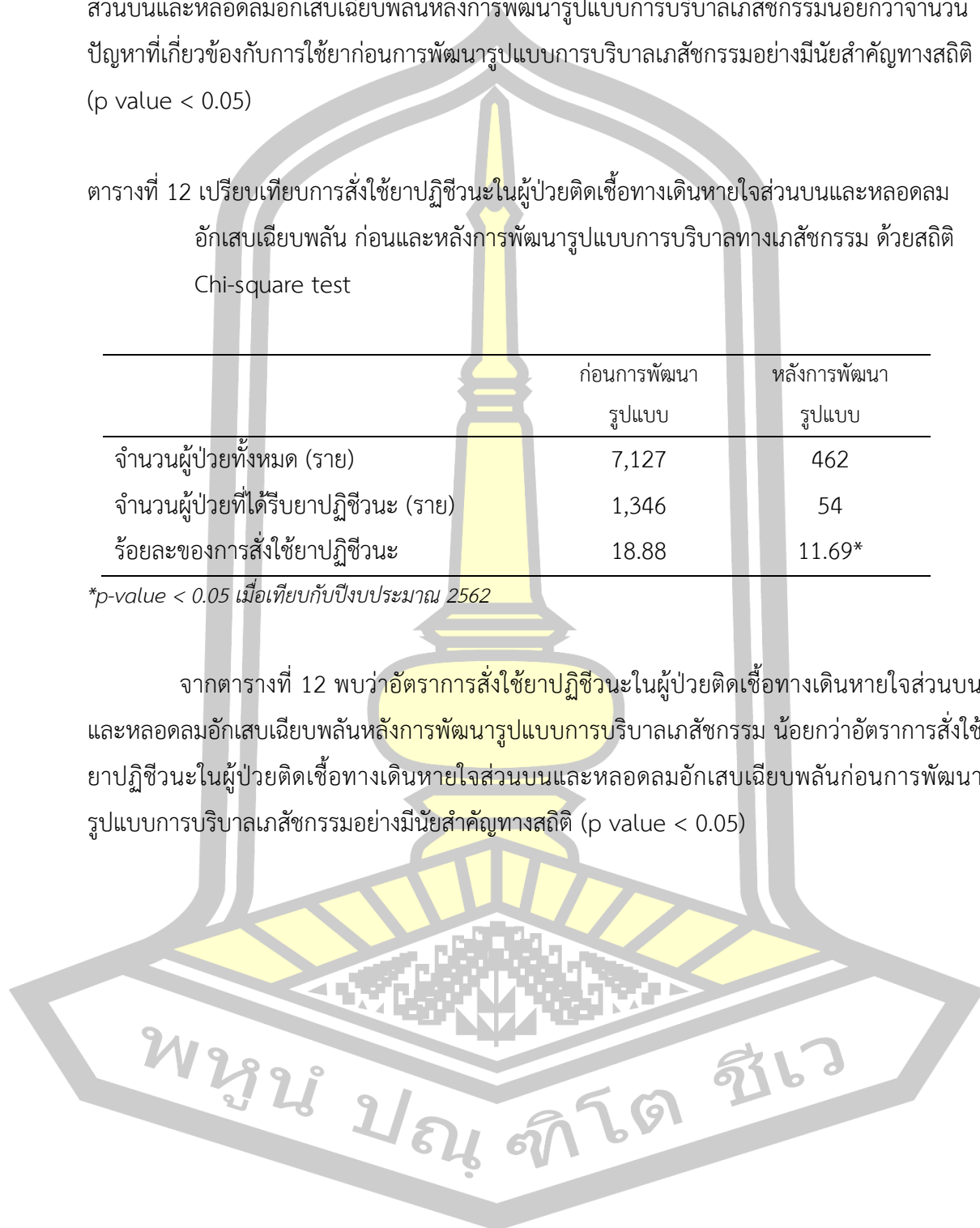
จากตารางที่ 11 พบว่าร้อยละปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมน้อยกว่าจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Chi-square test

	ก่อนการพัฒนา รูปแบบ	หลังการพัฒนา รูปแบบ
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	7,127	462
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (ราย)	1,346	54
ร้อยละของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ	18.88	11.69*

*p-value < 0.05 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2562

จากตารางที่ 12 พบว่าอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม น้อยกว่าอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)



4.3.2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

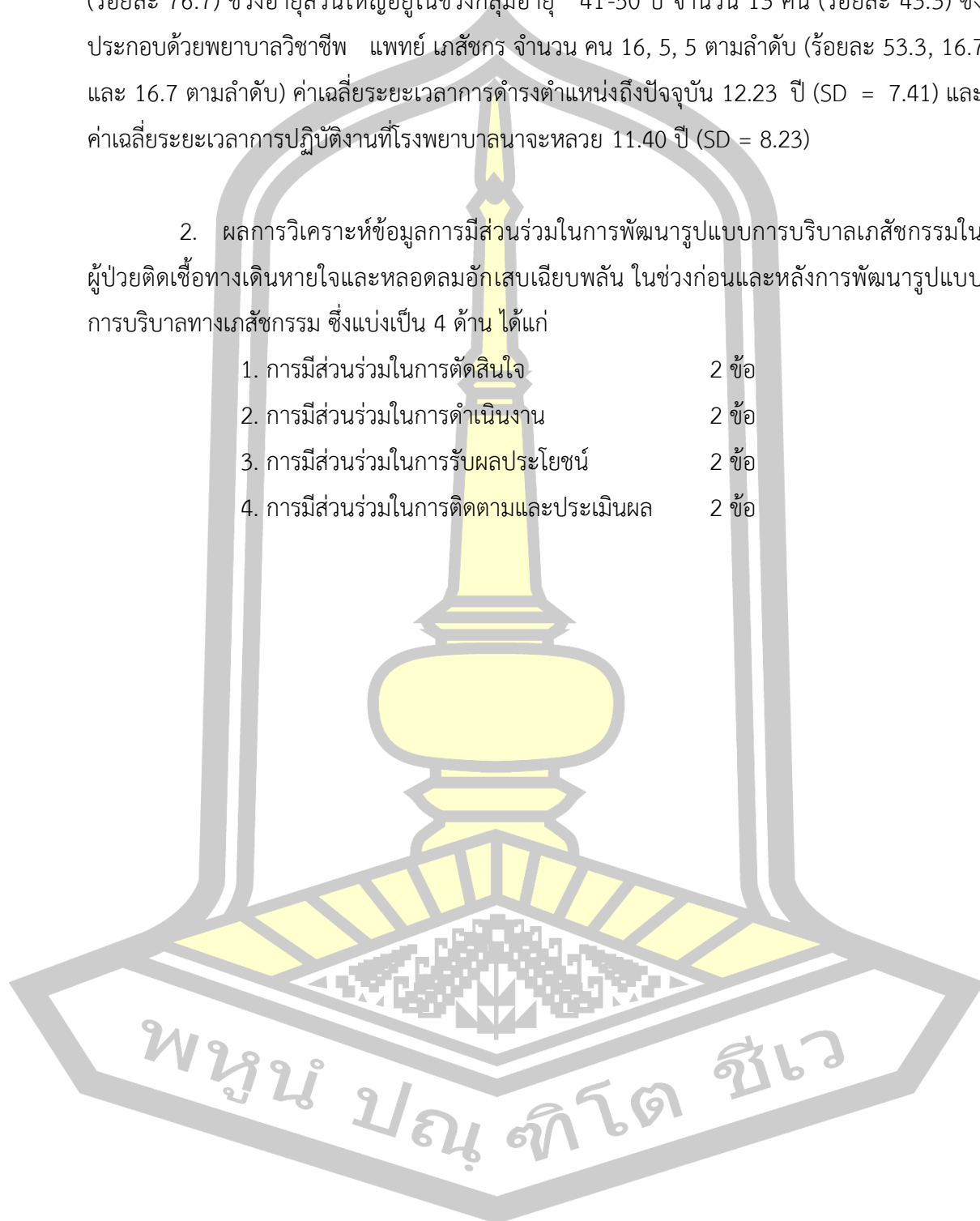
ตารางที่ 13 ข้อมูลด้านคุณลักษณะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย จำนวน 30 คน

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	7	23.3	
	หญิง	23	76.7	
อายุ	18 – 30 ปี	9	30.0	
	31 – 40 ปี	8	26.7	
	41 – 60 ปี	13	43.3	
อาชีพ	แพทย์	5	16.7	
	เภสัชกร	5	16.7	
	พยาบาลวิชาชีพ	16	53.3	
	นักวิชาการสาธารณสุข	1	3.3	
	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	1	3.3	
	แพทย์แผนไทย	1	3.3	
	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	1	3.3	
	ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งถึงปัจจุบันเฉลี่ย 12.23 ปี (SD=7.41)			
	ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนาระหลายเฉลี่ย 11.40 ปี (SD=8.23)			
	ตำแหน่งในการเป็น	ประธานที่ปรึกษา	1	3.3
คณะกรรมการ		1	3.3	
คณะกรรมการ	เลขานุการ	1	3.3	
	กรรมการ	27	90.0	
เป็นคณะกรรมการทีม	ทีมเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC)	13	43.3	
คุณภาพโรงพยาบาล	ทีมที่ดูแลและพัฒนากระบวนการดูแล	11	36.7	
	ผู้ป่วย (Patient Care Team, PCT)			
	เป็นคณะกรรมการทั้ง PTC และ PCT	6	20.0	

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 41-50 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร จำนวน คน 16, 5, 5 ตามลำดับ (ร้อยละ 53.3, 16.7 และ 16.7 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดำรงตำแหน่งถึงปัจจุบัน 12.23 ปี (SD = 7.41) และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจะหลวย 11.40 ปี (SD = 8.23)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ในช่วงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- | | |
|---|-------|
| 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ | 2 ข้อ |
| 2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน | 2 ข้อ |
| 3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ | 2 ข้อ |
| 4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล | 2 ข้อ |



ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n=30)			หลังการพัฒนา (n=30)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
	1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ					
- การมีโอกาสนำเสนอปัญหาและแนวทางการปฏิบัติงาน ของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.43	0.72	ปานกลาง	4.40	0.66	มาก
- การได้ร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.23	0.76	ปานกลาง	4.17	0.64	มาก
- คะแนนรวมเฉลี่ย	3.33	0.75	ปานกลาง	4.28	0.66	มาก
2. มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน						
- การได้ร่วมดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.33	0.70	ปานกลาง	4.30	0.64	มาก
- การได้ประสานทีมสหวิชาชีพให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.43	0.72	ปานกลาง	4.40	0.66	มาก
- คะแนนรวมเฉลี่ย	3.38	0.71	ปานกลาง	4.35	0.65	มาก

ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n=30)			หลังการพัฒนา (n=30)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์					
- การได้ร่วมทบทวนวิธีการดำเนินงาน ของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.03	0.80	ปาน กลาง	4.00	0.73	มาก
- การได้ร่วมกำหนดผลสำเร็จของ แผนงานกิจกรรมในการดำเนินการ บริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน	3.13	0.72	ปาน กลาง	4.10	0.65	มาก
- คะแนนรวมเฉลี่ย	3.08	0.76	ปาน กลาง	4.05	0.69	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและ ประเมินผล	2.93	0.77	น้อย	3.83	0.90	ปาน กลาง
- การได้ร่วมกำกับ ติดตามการดำเนิน กิจกรรมของเภสัชกรในการบริหาร เภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลัน	3.30	0.74	ปาน	4.27	0.68	มาก
- การได้ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน กิจกรรมของเภสัชกรในการบริหาร เภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลัน	3.12	0.78	ปาน กลาง	4.02	0.81	มาก
- คะแนนรวมเฉลี่ย						

จากตารางที่ 14 พบว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชการมีส่วนร่วมมากที่สุดจะอยู่ในระดับปานกลางคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 3.38$, $SD = 0.71$) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\bar{X} = 3.33$, $SD = 0.75$) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 3.08$, $SD = 0.76$) ตามลำดับ และการมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ($\bar{X} = 3.12$, $SD = 0.78$) และหลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชการมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นในทุกด้าน และทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.65$) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\bar{X} = 4.288$, $SD = 0.66$) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 4.05$, $SD = 0.69$) ตามลำดับ และการมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.81$)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการวิจัย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

	จำนวน (คน) N = 30	Sum of Ranks	Z	p-value (2-tailed)
คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม(ก่อน-หลัง)			5.108	< 0.001*
ตำแหน่งที่เป็นบวก	30	435.00		

จากตารางที่ 15 พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยหลังการพัฒนาารูปแบบบริหารทางเภสัชกรรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยก่อนการพัฒนาารูปแบบบริหารทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต่อกระบวนการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 6 ข้อ

ตารางที่ 16 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n=30)			หลังการพัฒนา (n=30)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การมีความพึงพอใจในขั้นตอนและรูปแบบการดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.40	0.76	ปานกลาง	4.23	0.80	มาก
2. การมีความพึงพอใจในกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.67	0.79	ปานกลาง	4.57	0.67	มาก
3. การมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้ และการถ่ายทอดกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินการพัฒนากิจกรรม	3.17	0.73	ปานกลาง	3.97	0.91	ปานกลาง
4. การมีความพึงพอใจในการส่งต่อข้อมูลปัญหาการจัดการด้านยาของผู้ป่วยระหว่างเภสัชกรกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.20	0.79	ปานกลาง	4.03	0.75	มาก
5. การมีความพึงพอใจในศักยภาพและความพอเพียงของเภสัชกรที่ให้การบริการเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.57	0.84	ปานกลาง	4.33	1.04	มาก
6. การมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินการของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3.27	0.77	ปานกลาง	4.13	0.85	มาก

จากตารางที่ 16 พบว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบการบริหารบาลเกสัชกรรม คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางโดยมากที่สุดคือ ความพึงพอใจในกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 3.67$, $SD = 0.79$) ความพึงพอใจในศักยภาพและความพอเพียงของเภสัชกรที่ให้การบริการเภสัชกรรม ($\bar{X} = 3.57$, $SD = 0.84$) และความพึงพอใจในขั้นตอนและรูปแบบการดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารบาลเกสัชกรรม ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.76$) ตามลำดับ และความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่น้อยที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้ และการถ่ายทอดกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาภิกรกรรม ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.73$) และหลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารบาลเกสัชกรรม คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยมากที่สุดคือ ความพึงพอใจในกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.67$) ความพึงพอใจในศักยภาพและความพอเพียงของเภสัชกรที่ให้การบริการเภสัชกรรม ($\bar{X} = 4.33$, $SD = 1.04$) และความพึงพอใจในขั้นตอนและรูปแบบการดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารบาลเกสัชกรรม ($\bar{X} = 4.23$, $SD = 0.80$) ตามลำดับ และความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่น้อยที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้ และการถ่ายทอดกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาภิกรกรรม ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.91$)

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบต่อกระบวนการบริหารเภสัชกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารบาลเกสัชกรรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

	จำนวน (คน) N = 30	Sum of Ranks	Z	p-value (2-tailed)
คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ (ก่อน-หลัง)			4.877	< 0.001*
ตำแหน่งที่เป็นลบ	2	4.00		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	27	431.00		

จากตารางที่ 17 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหารเภสัชกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหารเภสัชกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.05$)

4.3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาคะหลวญ จากกิจกรรมการถอดบทเรียน ระดมสมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการวิจัย จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โดยทีมผู้วิจัยมีหน้าที่ช่วยกระตุ้นเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน หลังจากการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มแล้ว แต่ละกลุ่มจะสรุปผล และนำเสนอข้อมูลโดยตัวแทนกลุ่ม เมื่อนำเสนอครบทั้ง 3 กลุ่มแล้วจึงร่วมสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. มีแนวทางการรักษา (Clinical Practice Guideline, CPG) สำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่ชัดเจน ซึ่งจัดทำร่วมกันโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and therapeutic Committee, PTC) และคณะกรรมการทีมนำด้านคลินิก (Patient Care Team, PCT) ของโรงพยาบาล แนวทางการรักษาอ้างอิงจากคู่มือการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลของกระทรวงสาธารณสุขหลักฐานเชิงประจักษ์ และข้อมูลการศึกษาหรืองานวิจัยที่เชื่อถือได้ และจัดทำแบบฟอร์มประกอบการวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข) เพื่อสื่อสารแนวทางการรักษาไปสู่ผู้ให้การรักษาและสะดวกในการนำแนวทางการรักษาไปปฏิบัติ รวมทั้งสะดวกต่อการรวบรวมข้อมูลการรักษาและการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อนำข้อมูลไปสรุปผลการดำเนินงานและพัฒนาระบวนการในขั้นต่อไป ตัวอย่างความคิดเห็นจากการร่วมถอดบทเรียน ดังต่อไปนี้

“CPG ที่ทีมเรามาตกลงร่วมกันนี้ ก็อ้างอิงมาจากของกระทรวง ของจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) ด้วย ค่อนข้างที่จะครอบคลุมแล้ว ยกเว้นว่าจะให้ยาด้วยเหตุผลอื่น”

(แพทย์, 2563 กิจกรรมถอดบทเรียน)

“สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ที่โรงพยาบาลของเราได้ดำเนินการมา จะเห็นได้ว่า มีความชัดเจน ง่ายต่อการสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติที่หน้างาน และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไป ประเมินผลทุกเดือน ในเวทีของ PCT และ PTC และเสนอในที่ประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อควบคุมกำกับการใช้ยา Antibiotic”

(พยาบาล คนที่ 1, 2563 กิจกรรมถอดบทเรียน)

“ในแบบฟอร์มประกอบการวินิจฉัยของโรงพยาบาลของเรา ที่ได้เพิ่มผลแล็บ WBC ที่ว่ามี ประโยชน์ในคนไข้บางคนที่ยากได้ยานี้มากๆ เราจะได้เพิ่มการอธิบายคนไข้ว่า นี่นะ ผลแล็บออกมา อย่างนี้ ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ คนไข้ก็จะสบายใจ”

(พยาบาล คนที่ 2, 2563 กิจกรรมถอดบทเรียน)

“การที่เรามี CPG ที่เป็นแนวทางของโรงพยาบาล จะทำให้ระบบการ consult แพทย์ เพื่อ ยืนยันคำสั่งการรักษา เมื่อแพทย์สั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ตรงตาม guideline ทำได้สะดวกขึ้น ซึ่ง โรงพยาบาลของเรามีการหมุนเวียนแพทย์บ่อย แพทย์ที่จบมาแต่ละที่มีสไตล์การรักษาที่ไม่เหมือนกัน จึงเป็นการดีที่เราจะมีแนวทางหลักของโรงพยาบาลเอาไว้”

(เภสัชกร, 2563 กิจกรรมถอดบทเรียน)

2. ระบบการกำกับติดตามผลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่เข้มแข็ง และต่อเนื่อง และติดตามโดยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของสท สาขาวิชาชีพ ตัวอย่างความคิดเห็นจากการร่วมถอดบทเรียน ดังต่อไปนี้

“การที่เราสรุปเป็นรายคนมาว่าใครจ่ายยาปฏิชีวนะร้อยละเท่าไร ก็จะทำให้เจ้าตัวได้รู้ข้อมูล ตัวเองและคนอื่นด้วย จะได้ช่วยๆ กันลดการใช้ลง”

(แพทย์คนที่ 1, 2563 สัมภาษณ์)

“ข้อมูลการสั่งยาปฏิชีวนะ รวมทั้งตัวชี้วัดของ RDU อื่นๆ ฝ่ายเภสัชฯ ก็ได้เอาเข้าไปหารือใน เวทีของ กภบ.(คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล) เวที CUP (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข อำเภอบางบาล) ซึ่งเราก็ได้ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหา ทำให้ตอนนี้ผ่านหมดทุกตัวชี้วัดแล้ว ล่าสุดนี้เหลือ แต่การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยต้องเสีย ซึ่งในไตรมาสหน้าเราหน้าจะผ่านหมด ผมก็ขอขอบคุณทีมงาน เราทุกคน”

(แพทย์คนที่ 2, 2563 กิจกรรมถอดบทเรียน)

“ข้อมูลการสั่งจ่ายยาของพยาบาลรายบุคคลที่เภสัชได้รวบรวมส่งมาพีก็ได้ออกุ่ยในเวทียองพยาบาล ซึ่งน้องๆ ก็ได้ให้ความร่วมมือ ก็รู้สึกว่ดี ดีกว่าการที่ต้อง consult แพทย์ทุกเคส ถ้าเราจะเอายาปฏิชีวนะไว้ในกรอบยาแพทย์สั่งเท่านั้น และก็ไม่เห็นด้วยกับการมี Auto stop หรือยกเลิกคำสั่งยาเวลาสั่งจ่ายยาไม่สมเหตุผล เพราะพี่ว่ามันจะเป็นการหักดิบเกินไป”

(พยาบาลคนที่ 1, 2563 กิจกรมถอดบทเรียน)

“แต่ก่อนเราไม่ระบบกำกับติดตามที่ชัดเจน ทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลไปยังผู้ปฏิบัติที่หน้างาน แต่ตอนนี้ข้อมูลในแต่ละระดับตั้งแต่ประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด และ โรงพยาบาลของเรา เราได้เอามาดู เอามาคุยกัน แล้วช่วยกันพัฒนา

(เภสัชกรคนที่ 1, 2563 สัมภาษณ์)

“โปรแกรม HosXp ที่โรงพยาบาลเราใช้อยู่สามารถดึงข้อมูล โดย mapping จาก ICD10 กับ รหัสยา 24 หลัก ซึ่งจะเอาแค่ 19 หลักแรกที่เป็นรหัสของยาจริง ไม่รวมบริษัทอีก 5 หลักหลัง แล้วแยกเป็นข้อมูลการสั่งใช้รายแพทย์ ออกมากับข้อมูลของคนไข้คนนั้นๆ มาให้ทีมกำกับติดตามเพื่อพัฒนางานต่อไป”

(นักวิชาการคอมพิวเตอร์, 2563 สัมภาษณ์)

3. การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องกับผู้ป่วย และการใช้ยาสมุนไพรที่เป็นทางเลือกในการรักษา ได้แก่ ยาฟ้าทะลายโจรแคปซูล ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาแก้ไอผสมมะแว้ง เป็นต้น ตัวอย่างความคิดเห็นจากการร่วมถอดบทเรียน ดังต่อไปนี้

“ในช่วงการระบาดของ Covid-19 นี้ คนไข้จะให้ความสนใจ ตระหนักค่อนข้างมาก ทางคลินิกทางเดินหายใจเราก็ได้มีกิจกรรมให้สุศึกษาทุกเช้า ระหว่างรอรับยา ซึ่งการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องนี้ก็เป็นส่วนหนึ่ง คนไข้จะให้ความสำคัญมากเลย ยังมีข่าวออกมาว่าฟ้าทะลายโจรต้านโควิดได้ นี้ คนไข้บางส่วนขอใช้ยาสมุนไพรเลยก็มี”

(พยาบาลคนที่ 1, 2563 กิจกรมถอดบทเรียน)

“ถ้าคนไข้ไม่ได้มีจำเป็นที่จะได้รับยาปฏิชีวนะจริงๆ แต่คนไข้อยากได้ เราก็อธิบายข้อดีข้อเสียให้กับคนไข้ฟัง แล้วก็อาจจะเสนอทางเลือกเช่น ฟ้าทะลายโจร ซึ่งโรงพยาบาลก็จะได้ตรงตัวชีวิตมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรด้วย”

(แพทย์แผนไทย, 2563 กิจกรมถอดบทเรียน)

“เราควร Keep in mild ไว้ตลอดว่า ถ้าไม่จำเป็นจริงก็ไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะ การที่คนไข้ติดเชื้อไวรัส เดียวเขาก็หายเองด้วยระบบภูมิคุ้มกันของเขา ผมนี้ไม่จ่ายเลยนะถ้าไม่จำเป็น แต่จะให้ฟ้าทะลายโจร ยาแก้ไอมะแว้ง แก้ไอมะขามป้อมแทน”

(แพทย์คนที่ 1, 2563 กิจกรรมถอดบทเรียน)

“คนไข้บางคนแยกไม่ออกระหว่างยาแก้ไอกับยาปฏิชีวนะ ไม่รู้ถึงพิษภัย ไม่รู้ว่าแพ้ยาอาจอันตรายถึงชีวิต เอ๊ะอะก็กินยาปฏิชีวนะคิดว่ามันแก้ไอก็เสบ หาซื้อเองตามร้านชำบ้าง สถานพยาบาลบ้าง ร้านขายยาบ้าง กินเหลือกินไม่ครบระยะก็เก็บยาที่เหลือไว้ บางคนเอายาคนอื่นมากิน โดยจำแค่สีเม็ดยาที่มี การที่เภสัชกรได้ลงไปให้สุศึกษาให้ความเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะจึงเป็นหนทางที่จะทำให้เขาดูแลตัวเองและคนในครอบครัว หรือคนรอบข้างได้”

(เภสัชกรคนที่ 1, 2563 สัมภาษณ์)

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรงพยาบาลจะหลวประกอบด้วย . มีแนวทางการรักษา (Clinical Practice Guideline, CPG) สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่ชัดเจน การมีระบบการกำกับติดตามผลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง และการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องกับผู้ป่วย และการใช้ยาสมุนไพรที่เป็นทางเลือกในการรักษา



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาคะหลวย อำเภอนาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อ เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ในการทำวิจัย เพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเภสัชกรรมจำนวน 30 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือก และกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันจำนวน 250 คนซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Practical action research) ตามแนวคิดของ kemmis & McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งใช้เครื่องมือในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเภสัชกรรม ประกอบด้วย คุณลักษณะประชากรแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเภสัชกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการเภสัชกรรม และแบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ประกอบด้วย ข้อมูลคุณลักษณะประชากร แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ แบบประเมินคุณภาพชีวิต (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนา และแบบบันทึกกิจกรรมการประชุมกลุ่ม และใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ และแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบ

ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และแบบบันทึกข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง Wilcoxon signed rank test ในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ใช้สถิติ Paired –sample t-test ในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ใช้สถิติ McNemar test เพื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย และใช้สถิติ Chis-square test เพื่อเปรียบเทียบอัตราการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

5.1 สรุปผล

5.1.1 บริบทด้านพื้นที่และสภาพปัญหาการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

บริบทด้านพื้นที่

โรงพยาบาลนาจะหลวย เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง โดยรับผิดชอบประชากร 58,527 คน ให้การสนับสนุนแก่ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเครือข่าย 10 แห่ง แบ่งโครงสร้างการบริหารออกเป็น 8 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มการพยาบาล กลุ่มเทคนิคบริการ กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานบริหาร กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ และกลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีจำนวนบุคลากร 167 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 5 คน ทันตแพทย์ 3 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 40 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน สหวิชาชีพและวิชาชีพเฉพาะ 90 คน

กระบวนการพัฒนาระบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นการวางแผนการปฏิบัติ (Planning) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์บริบทพื้นที่ และปัญหาการบริหารเภสัชกรรม ผู้เข้าร่วมประชุม 35 คน

กิจกรรมที่ 2 การแต่งตั้งคณะทำงาน ผู้เข้าร่วมประชุม 35 คน เพื่อแต่งตั้งผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์

แผนไทย และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 30 คนกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 250 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุม 30 คน ซึ่งจากการประชุมสามารถสรุปแผนงานโครงการ 2 โครงการ คือโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล และโครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร สื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล

ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้

กิจกรรมที่ 1 โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ซึ่งจะมีกิจกรรมการให้สุขศึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ การจัดทำแบบฟอร์มประกอบการวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันเพื่อและดำเนินการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ตามรูปแบบที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยได้ร่วมวางแผนไว้ คือเภสัชกรจัดทำบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายในแบบบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งจะประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลผลการตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา และประวัติการแพ้ยากระบวนการดำเนินโรคของผู้ป่วย (Patient disease process) การวินิจฉัยโรค (Diagnosis / Provisional Diagnosis) ปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากยา การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา การจัดทำสติ๊กเกอร์สีต่างๆ เพื่อแจ้งเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ การ Consult แพทย์ ในกรณีแพทย์สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ และส่งข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายให้กับเภสัชกรปฐมภูมิเพื่อติดตามปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร สื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล คือจัดทำแผ่นพับ บ้ายไวนิล โปสเตอร์ เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและจัดทำเพลง “แพ้ยามันอันตราย” เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วยและญาติ

ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

การติดตามผลและประเมินผลโดยแบ่งเป็น 2 วิธี คือ การสังเกตการณ์ขณะทำกิจกรรม และการประเมินด้วยแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา การดำเนินการตามแผน การติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งมีผลของการปฏิบัติงานแต่ละกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินผลและสรุปผลโครงการ

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน สามารถแบ่ง 6 ประเด็น ตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health System Framework) ได้แก่

1. ด้านระบบบริการ โรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบที่ชัดเจน ขาดการประสานงานระหว่างวิชาชีพ
2. ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ปัญหาการบุคลากรประจำคลินิกไม่เพียงพอ และแพทย์หมุนเวียนทุกปี ทำให้ขาดการดำเนินงานต่อเนื่อง
3. ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้ ข่าวสารกับบุคลากรและผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ
4. ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ปัญหายาปฏิชีวนะในชุมชน ร้านค้า ร้านชำ
5. ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปัญหาค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและผู้ป่วยในการซื้อยาปฏิชีวนะ
6. ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ขาดระบบการติดตาม กำกับที่มีประสิทธิภาพ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์แผนไทย และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 30คน พบว่าส่วนใหญ่คือ เพศหญิง จำนวน 166 คน (ร้อยละ 66.4) ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 86 คน (ร้อยละ 34.4) สถานภาพสมรส จำนวน 211คน (ร้อยละ 84.4) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 108 คน (ร้อยละ43.2) อาชีพเกษตรกร จำนวน 98 คน (ร้อยละ 39.2) และรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 75 คน (ร้อยละ 30.0) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 195 คน (ร้อยละ 78.0) ผู้ป่วยเคยใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 61 คน (ร้อยละ 24.4)และเคยได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะและความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะจาก เภสัชกร จำนวน 34 คน (ร้อยละ 13.6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 48 คน (ร้อยละ 19.2) และแพทย์ จำนวน 18 คน (ร้อยละ7.2)

จากการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม คณะแผนกที่เกี่ยวข้องมากที่สุดจะอยู่ในระดับปานกลางคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 3.38, SD = 0.71$) และการมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุดคือ

การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ($\bar{X} = 3.12$, $SD = 0.78$) และหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นในทุกด้าน และทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.65$) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\bar{X} = 4.288$, $SD = 0.66$) และการมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.81$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางโดยมากที่สุดคือ ความพึงพอใจในกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 3.67$, $SD = 0.79$) และความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่น้อยที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้ และการถ่ายทอดกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินการพัฒนากิจกรรม ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.73$) และหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยมากที่สุดคือ ความพึงพอใจในกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.67$) และความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่น้อยที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้ และการถ่ายทอดกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินการพัฒนากิจกรรม ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.91$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหารเภสัชกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)

2. กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 250 คน ส่วนใหญ่คือ เพศหญิง อายุ (ร้อยละ 66.4) ช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 34.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.4) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.2) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 39.2) และรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 30.0) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 78.0) ผู้ป่วยเคยใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 24.4) และเคยได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะและความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะจากเภสัชกร (ร้อยละ 13.6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 19.2) และแพทย์ (ร้อยละ 7.2)

จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรม พบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนความรู้มากที่สุดคือ การเก็บยาปฏิชีวนะให้พ้นแสง ความชื้น ความร้อน จึงจะช่วยป้องกันมิให้ยาเสื่อมสภาพ (ร้อยละ 98.0) และข้อคำถามที่มีคะแนนรู้น้อยที่สุดคือ เมื่อน้ำมูกขึ้น

หรือเปลี่ยนเป็นสี่เขี้ยวเหลือง ควรเริ่มใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา (ร้อยละ 30.4) และหลังการพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนความรู้มากที่สุด คือ การเก็บยา ปฏิชีวนะให้พ้นแสง ความชื้น ความร้อน จึงจะช่วยป้องกันมิให้ยาเสื่อมสภาพ (ร้อยละ 98.8) และข้อ คำถามที่มีคะแนนความรู้น้อยที่สุดคือ เมื่อน้ำมูกข้นหรือเปลี่ยนเป็นสีเขี้ยวเหลือง ควรเริ่มใช้ยา ปฏิชีวนะในการรักษา (ร้อยละ 50.8) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ของ ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหลังการพัฒนา รูปแบบการบริหาร ทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันมีความรู้มาก 177 คน (ร้อยละ 70.8) รองลงมาคือระดับ ความรู้ปานกลาง 73 คน (ร้อยละ 29.2) และไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลันที่มีระดับความรู้น้อย

จากการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนการพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีคะแนนมากที่สุดคือ การเพิ่มขนาดยาหรือ เปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะเอง เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 98.3) และคะแนนน้อยที่สุดคือ เมื่อ เริ่มเจ็บคอ การจะดื่มน้ำอุ่นและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ก่อนพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อพิจารณาไม่ใช้ ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น (ร้อยละ 72.4) หลังการพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมข้อคำถาม เกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีคะแนนมากที่สุดคือ การเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยา ปฏิชีวนะเอง เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 100.0) และคะแนนน้อยที่สุดคือ การหยุดใช้ยา ปฏิชีวนะทันทีและกลับไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการผื่นปกติ (ร้อยละ 85.8) และพบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลันหลังการพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)

จากการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เป็นที่เป็นข้อคำถามคุณภาพสุขภาพ โดยรวม (ข้อ 1) ของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หลังการ พัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม (\bar{X} = 3.73, SD = 0.77) มากกว่าคะแนนก่อนการพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม (\bar{X} = 2.62, SD = 0.92) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เป็นที่เป็น ข้อคำถามคุณภาพชีวิตโดยรวม (ข้อ 26) หลังการพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม (\bar{X} = 3.50, SD = 0.57) มากกว่าคะแนนก่อนการพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม (\bar{X} = 3.42, SD = 0.69) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตตามกลุ่มข้อคำถามที่เป็นองค์ประกอบ พบว่าหลัง

การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย (ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24) $\bar{X} = 26.83$, $SD = 0.68$ ด้านจิตใจ (ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23) $\bar{X} = 22.73$, $SD = 0.78$ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ข้อ 13, 14, 25) $\bar{X} = 10.28$, $SD = 0.71$ และด้านสิ่งแวดล้อม (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) $\bar{X} = 27.25$, $SD = 0.67$ ซึ่งมากกว่าคะแนนค่าเฉลี่ยที่คุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม คือ ($\bar{X} = 21.42$, $SD = 0.87$), ($\bar{X} = 21.37$, $SD = 0.90$), ($\bar{X} = 9.66$, $SD = 0.79$) และ ($\bar{X} = 26.31$, $SD = 0.79$) ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.05$)

จากการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม พบในผู้ป่วยทั้งหมด 51 ราย พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด 75 ปัญหา ซึ่งประกอบด้วยปัญหาการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม 21 ปัญหา (ร้อยละ 28.0) ปัญหาการใช้ยาแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ 18 ปัญหา (ร้อยละ 24.0) การได้รับขนาดยาดำเกินไปหรือสูงเกินไป 14 ปัญหา (ร้อยละ 18.7) ปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 10 ปัญหา (ร้อยละ 13.3) ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา 9 ปัญหา (ร้อยละ 12.0) และปัญหาจากยาลักษณะอื่นๆ 3 ปัญหา (ร้อยละ 4.0) และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด 22 ปัญหา ซึ่งแบ่งตามประเภทของปัญหาได้ดังนี้ ปัญหาการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม 13 ปัญหา (ร้อยละ 59.1) ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา 6 ปัญหา (ร้อยละ 27.3) และปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 3 ปัญหา (ร้อยละ 13.6) พบว่าจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่าจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.05$)

และเมื่อเปรียบเทียบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่าจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม (1 มีนาคม – 5 พฤษภาคม 2563) (ร้อยละ 11.7) พบว่าอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่าจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.05$)

ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรม

กิจกรรมการถอดบทเรียนกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย และสรุปประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. มีแนวทางการรักษา (Clinical Practice Guideline, CPG) สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่ชัดเจน ซึ่งจัดทำร่วมกันโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and therapeutic Committee, PTC) และคณะกรรมการที่มนาด้านคลินิก (Patient Care Team, PCT) และจัดทำแบบฟอร์มประกอบการวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อสื่อสารแนวทางการรักษาไปสู่ผู้ให้การรักษาและสะดวกในการนำแนวทางการรักษาไปปฏิบัติ
2. ระบบการกำกับติดตามผลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่เข้มแข็ง และต่อเนื่อง และติดตามโดยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของสหสาขาวิชาชีพ
3. การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องกับผู้ป่วย และการใช้ยาสมุนไพรที่เป็นทางเลือกในการรักษา ได้แก่ ยาฟ้าทะลายโจรแคปซูล ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาแก้ไอผสมมะแว้ง

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรงพยาบาลนະหลวย อำเภอเมืองนະหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามประเด็นดังต่อไปนี้

5.2.1 ด้านบริบทพื้นที่และสภาพปัญหาการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ส่งผลให้ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลงจากร้อยละ 18.9 (ปีงบประมาณ 2562) เป็นร้อยละ 11.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonyasiri & Thamlikitkul (2014) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาหลายแง่มุมต่อการใช้เหตุผลของยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและท้องเสียเฉียบพลัน โดยดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า อัตรายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันร้อยละ 13.0 และผลการเพาะเลี้ยงเชื้อที่เก็บจากลำคอผู้ป่วยพบ Group A-beta-hemolytic streptococci ร้อยละ 3.8 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาปฏิชีวนะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Grijalva et al (2009) ซึ่งศึกษาอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของประเทศสหรัฐอเมริกา หลังการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันลดลงร้อยละ 36 และสอดคล้อง

กับ Tay K. H. et al. (2019) ซึ่งได้ศึกษาข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ส่วนบนเฉียบพลันในประเทศมาเลเซีย พบว่าการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะก่อนการให้สุขศึกษาร้อยละ 29.0 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการให้สุขศึกษา โดยลดลงเป็นร้อยละ 13.7 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Li Song et al (2016) ซึ่งได้ทำการศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างในผู้ป่วย URTI ในประเทศจีน จากการศึกษาทั้งสิ้น 45 งานวิจัย ร้อยละของผู้ป่วย URTI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะคิดเป็นร้อยละ 83 แนวโน้มลดลงจากการดำเนินโครงการใช้ยาสมเหตุผลในประเทศจีน และสอดคล้องกับ Holloway et al (2016) ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบของนโยบายด้านยาขององค์การอนามัยโลกที่มีต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม โดยทำการศึกษาใน 55 ประเทศ ที่มีหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขแห่งชาติเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล พบว่าอัตราการใช้ยาในการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URTI) ลดลงมากกว่าร้อยละ 20

5.2.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารพบว่ามีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก โดยมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.65$) ซึ่งถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ เนื่องจากทำให้เกิดความร่วมมือของบุคลากร ส่งผลให้สหสาขาวิชาชีพเกิดความตระหนักและทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมหญิง พุ่มทอง และคณะ (2560) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use, ASU) โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 30 โรงพยาบาล จาก 18 จังหวัด พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ASU คือ การสนับสนุนด้านนโยบาย การผนวกเข้ากับงานประจำ การสนับสนุนของผู้บริหาร ความร่วมมือ ของบุคลากร ภาควิชาเภสัชกรรม และการติดตามและประเมินผลโครงการ และสอดคล้องกับมลินทร์ ม่วงยิ้ม (2557) ได้ศึกษาวามตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผล พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนักรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผล และปัจจัยเอื้อเชิงการบริหาร เช่น การมีนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่อง การสนับสนุนด้านงบประมาณ กลไกการติดตามประเมินผล การบูรณาการโครงการร่วมกับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation, HA) ซึ่งในโรงพยาบาลน่าจะหลายได้ผ่านการรับรองคุณภาพครั้งที่ 2 ในปีงบประมาณ 2562 ทีมคุณภาพที่เป็นทีมหลักในการทำงานคือ ทีมเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) และทีมนำด้านการรักษา (PCT) จึงถูกนำเข้าสู่กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.2.3 ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยมีคะแนนความพึงพอใจมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม และความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่มากที่สุดคือ ความพึงพอใจในกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.67$) เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการระดมสมอง แสดงความคิดเห็น สะท้อนปัญหาจากสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงตามบริบทของโรงพยาบาลน่าจะหลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี ท่อชู และรุ่งทิพา หมื่นปา (2560) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าหลังการดำเนินโครงการความตระหนักรู้และความพึงพอใจของแพทย์ ทันตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพอื่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การดำเนินโครงการมีผลต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพไม่ต่างจากเดิมมากนัก

5.2.4 ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

ด้านความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

ก่อนการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางคือร้อยละ 48.8 และข้อคำถามที่ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยที่สุดคือด้านประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ คือ “เมื่อน้ำมูกขึ้นหรือเปลี่ยนเป็นสีเขียวเหลือง ควรเริ่มใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา” มีผู้ป่วยที่ตอบถูกเพียงร้อยละ 30.4 ซึ่งสอดคล้องกับ ทิพวรรณ วงเวียน (2557) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้คะแนน 0-3 คะแนน (ร้อยละ 77.4) การกินยาปฏิชีวนะช่วยรักษาอาการไข้ จาม น้ำมูกไหล ไอ และเจ็บคอ (ร้อยละ 90.3) และยาปฏิชีวนะสามารถฆ่าเชื้อได้ทุกชนิด (ร้อยละ 77.4) และสอดคล้องกับ วสาวิ กลิ่นขจร และศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล (2554) ซึ่งได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำ (ร้อยละ 66.7) รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับพอใช้ (ร้อยละ 16.7) และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับพอใช้ (ร้อยละ 63.3) และสอดคล้องกับ

Saengcharoen et al (2012) ที่ศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่ามากกว่าร้อยละ 75 ของทุกกลุ่มมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ และสอดคล้องกับอติญาณ์ศรเกษตริน, (2561) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล โดยทำการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.8) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลและอายุสามารถร่วมกันทำนายการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลได้ สอดคล้องกับ จิรัชัย มงคลชัยภักดิ์ และ จิรวัดน์ รวมสุข (2557) ซึ่งศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญคือ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรค/สาเหตุที่ใช้ยาปฏิชีวนะ และการที่เคยได้คำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อไปใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข และสอดคล้องกับ คุณากร ปาปะชา (2561) ได้ศึกษา สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยแรงงาน ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องยาและการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับ ต่ำ ร้อยละ 37.9 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือยาปฏิชีวนะคือยาแก้ไอแสบ ร้อยละ 83.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มวัย แรงงาน ได้แก่ ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรม ระดับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะต่ำ

หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70.8) ซึ่งสอดคล้องกับ กานนท์ พศวัต และคณะ (2555) ซึ่งศึกษาความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้สื่อทำนองรงค์ คือ แผ่นพับและโปสเตอร์ “3 โรครักษาได้ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ” สารคดีเพลงโครงการ RDU พบว่า หลังดำเนินโครงการนักศึกษาที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและ

หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ของผู้ป่วยอยู่เพิ่มขึ้นจาก $\bar{X} = 25.60$, $SD = 2.67$ (ระดับดี) เป็น $\bar{X} = 28.02$, $SD = 2.53$ (ระดับดี) และข้อคะแนนที่ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยที่สุดคือ การหยุดใช้ยาปฏิชีวนะทันทีและกลับไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการ

ผิดปกติ (ร้อยละ 85.8) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร ความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับที่ต้องปรับปรุง ร้อยละ 55.5 ซึ่งอาจเนื่องจากโรงพยาบาลน่าจะหลายและหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขต่างๆ ได้ดำเนินโครงการการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผลมาแล้ว 4 ปี ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น แต่สอดคล้องกับ Seatung & Kitreerawutiwong (2018) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ในอาการเจ็บคอ บาดแผลสะอาด ท้องร่วง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และเป็นปัจจัยนำ (คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเช่น เพศ อายุ การศึกษา เป็นต้น) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงแหล่งขายยาปฏิชีวนะในชุมชน และความสามารถในการใช้จ่ายเพื่อรับยาปฏิชีวนะ) สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะได้ และสอดคล้องกับ ดาวรุ่ง คำวงศ์ และ สังข์วัตร ทิวทัศน์ (2549) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ่อแก้วทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.8 มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี และร้อยละ 17.2 อยู่ในระดับปานกลาง พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และการได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งในรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันของโรงพยาบาลน่าจะหลายที่พัฒนาขึ้น จะประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยสื่อต่างๆ เช่นการให้สุขศึกษาระหว่างรอแพทย์ตรวจ แผ่นพับ โปสเตอร์ เสียงตามสาย เป็นต้น และสอดคล้องกับ สุวัฒน์ ปริสุทธุฒิพร (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาล ชลบุรี จังหวัดจันทบุรี พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 68.3 อยู่ในระดับดี และปัจจัยความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมมากที่สุด

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันหลังการบริหารทางเภสัชกรรม

หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น คือ $\bar{X} = 3.73$, $SD = 0.77$ จากคะแนนก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม $\bar{X} = 2.62$, $SD = 0.92$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sumpradit N. et al (2011) ซึ่งได้ศึกษา ผลการดำเนินโครงการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล (Antibiotics Smart Use Project, ASU) ที่นำร่องในโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง

และสถานีนามัยในสังกัดโรงพยาบาลชุมชน 87 แห่งในจังหวัดสระบุรี จากการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 97.1 อาการดีขึ้นโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ และกว่าร้อยละ 90 มีความพึงพอใจต่อผลการรักษา เนื่องด้วยโรคเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันต่างจากโรคเรื้อรัง การประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการบริบาลจะประเมินในวันที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในวันแรก และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอาการต่างๆ จะดีขึ้นหรือหายจากโรคในวันที่ 7 (วันที่ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการบริบาล) จึงทำคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในด้านคือ ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 26.83$, $SD = 0.68$) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 22.73$, $SD = 0.78$) ส่วนด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 10.28$, $SD = 0.71$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 27.25$, $SD = 0.67$) อาจเพิ่มขึ้นจากปัจจัยกวนเช่น สถานะการระบาดของโรคโควิด 19 (coronavirus disease starting in 2019, COVID – 19) การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตทั่วราชอาณาจักรไทยเพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 การประกาศผ่อนปรนสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตทั่วราชอาณาจักรไทยเพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 มาตรการรับเงินเยียวยาจากภาครัฐให้กับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด 19 คนละ 5000 บาท ตามโครงการ “เราไม่ทิ้งกัน” ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน

การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไข คือลดลงจาก 75 ปัญหา เป็น 22 ปัญหา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบมากที่สุดหลังการบริหารทางเภสัชกรรมคือ ปัญหาการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม 13 ปัญหา (ร้อยละ 59.1) คือการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องได้รับตามแนวทางการรักษา ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 3 ปัญหา (ร้อยละ 13.7) เนื่องจากยังคงมีผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ครบตามระยะเวลาการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับ Saengcharoen et al (2012) ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน มากกว่าร้อยละ 45 ของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละกลุ่มได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะไม่ครบระยะเวลาตามคำแนะนำของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับ You et al (2008) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยการสำรวจทางโทรศัพท์ในฮ่องกง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 78.0 ใช้ยาปฏิชีวนะครบระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ควรเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นประเด็นความรู้ “เมื่อน้ำมูกข้นขึ้นหรือเปลี่ยนเป็นสีเขียว ไม่ใช่อาการที่ต้องเริ่มใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา” และ “การใช้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานๆ อาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อน เช่นการติดเชื้อราในช่องปากได้

5.3.2 โรงพยาบาลควรกำหนดแนวทางการรักษาที่ชัดเจน ซึ่งอาจใช้แบบบันทึกประกอบการวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อให้สะดวกต่อการปฏิบัติงานและเก็บรวบรวมข้อมูล การมีระบบกำกับติดตามที่ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน และการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทางเลือกเช่น ฟ้าทะลายโจรแคปซูล

5.3.3 การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ควรเป็นรูปแบบที่สะดวกและรวดเร็วต่อการดำเนินงาน และควรพัฒนาระบบการติดตามผลในผู้ป่วย นอกเหนือจากผู้ป่วยมาตามนัด เช่น การสอบถามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมที่บ้านของผู้ป่วย การประสานงานกับระบบงานปฐมภูมิ

5.4 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.1 ควรมีการวัดและประเมินผลด้านอาการต่างๆ ของผู้ป่วยติดเชื้อติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันร่วมด้วย เพื่อประเมินอาการทางด้านคลินิกของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาของการดำเนินโรค

5.4.2 ควรเพิ่มการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ครอบคลุมถึงบ้านของผู้ป่วย เนื่องจากยังมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอื่นๆ ของผู้ป่วยด้วย เช่น ปัญหายาปฏิชีวนะในชุมชน ปัญหาในร้านชำ ปัญหาเดิมผู้ป่วย ยาของคนในครอบครัว ทำให้ยากต่อการวัดผลด้านพฤติกรรม ควรเพิ่มการเยี่ยมบ้าน กาดตรวจตะกร้ายาเหลือที่บ้านว่ามียาปฏิชีวนะหรือไม่

พูน ปณ ทิโต ชีเว

บรรณานุกรม



พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว

บรรณานุกรม

- กมลนันท์ ม่วงยิ้ม. (2557). ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคคลากรทาง
การแพทย์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)*, 1-28.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *HDC report อัตราป่วยโรคติดต่อประชากรแสนคน*.
- กานนท์ อังคณาวิศัลย์ และคณะ (2555). ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง
สมเหตุผลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3),
374-381.
- คุณากร ปาปะชา. (2561). สถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ ของกลุ่มวัย
แรงงาน ในจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 34(2), 13-22.
- จิรัชย์ มงคลชัยภักดิ์ และจิรัชวัฒน์ รวมสุข. (2557). การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยา
ปฏิชีวนะของผู้รับบริการ ในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีส
เทิร์นเอเชีย*, 15(3), 91-100.
- เฉลิมศรี ภูมิมางกูร. (2539). *ปรัชญาของการบริหารทางเภสัชกรรมปฏิบัติ*. ใน: *เฉลิมศรี ภูมิมางกูร,
กฤตติกา ตัญญาแสนสุข, บรรณาธิการ. โอสถกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ:
นิวไทยมิตร การพิมพ์, 1-19.*
- ชอบ เข้มกลัด และโกวิท พวงงาม. (2547). *การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเชิงประยุกต์*.
กรุงเทพฯ : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ. (2559). *การบริหารทางเภสัชกรรมและการจัดการด้านยา*. 1-9.
สืบค้นจาก <https://chulapapp.com/tmpUploads/%B8%B2.pdf>
- ดาวรุ่ง คำวงศ์ และสังฆวัตร ทิวทัศน์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัคร
ประจำหมู่บ้าน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 7(3), 121-126.
- ทิพวรรณ วงเวียน. (2557). ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบ
ทางเดินหายใจส่วนบน ของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราช
เทวี ณ ศรีราชา. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 6(2), 106-114.
- นพคุณ ธรรมธัชอารี. (2560). ปริมาณและมูลค่าการสั่งยาต้านแบคทีเรียแก่ผู้ป่วยนอก ในระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 4(11), 471-480.
- นางสาวสาวิ กลิ่นขจร นางสาวศิริรัตน์. (2554). *พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศ.*
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และ คณะ. (2546). *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*.
กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย (สกว.).

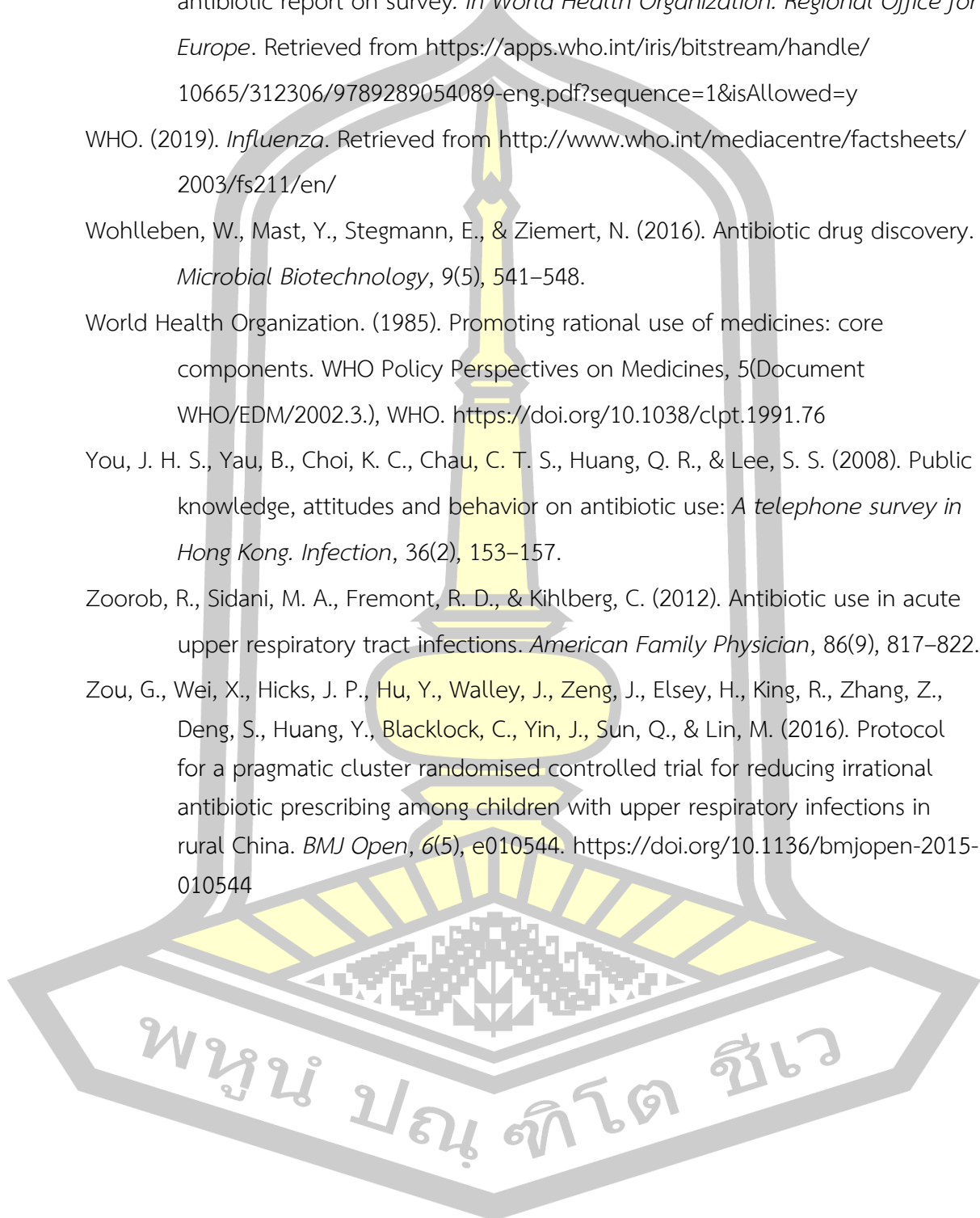
- ปรีชา มณฑาทิกุล. (2547) การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบ. ใน: เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, กฤตติกา ตัญญาแสนสุข, บรรณาธิการ. *โสตถุกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: นิเวศมิตรการพิมพ์, 35-56.
- พันธุ์ทิพย์ รวมสูตร. (2540). *แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขภาพศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสนธิ์ จงตระกูล. (2558). *โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล: เส้นทางสู่การใช้อย่างสมเหตุผล*. 37(1), 48–62.
- ภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 352–360.
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2019). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562* (Issues 978-616-92587-4-2). <https://doi.org/10.1192/bjp.112.483.211-a>
- วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. (2558). *คู่มือโครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/book1.pdf>
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research*. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 29-49.
- ศักดิ์ สุนทรเสณี. (2531). *เจตคติ*. กรุงเทพฯ: รุ่งวัฒนา.
- ศิริลักษณ์ ใจชื่อ และศศิธร เอื้ออนันต์. (2560). ผลของโครงการ Antibiotic Smart Use ต่อความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาปฏิชีวนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(2), 119–126.
- ศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์, ชุภาศิริ อภินันท์ และกวี ไชยศิริ. (2559). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างโชค อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ศวรรษที่ 2 จังหวัดนครราชสีมา. Retrieved from http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2559Vol4No1_53.pdf.
- ส.วาสนา ประवालพฤษ์. (2544). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาเรื่อง "หลักการและเทคนิคการประเมินทางการศึกษา"*. กรุงเทพฯ : เดอะมาสเตอร์กรุ๊ป แมเนจเม้นท์.
- สมพันธ์ เตชะอธิก. (2537). *บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนต่อสังคมไทย : การศึกษาเฉพาะกรณี 2 องค์กรในภาคอีสาน*. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมหญิง พุ่มทอง, พัชรี ดวงจันทร์, กัญญาดา อนุวงศ์ และนิธิตา สุ่มประดิษฐ์. (2560). บทเรียนจากการขยายผลสู่ ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริม การใช้อย่างสมเหตุผล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 4(11), 500–515.

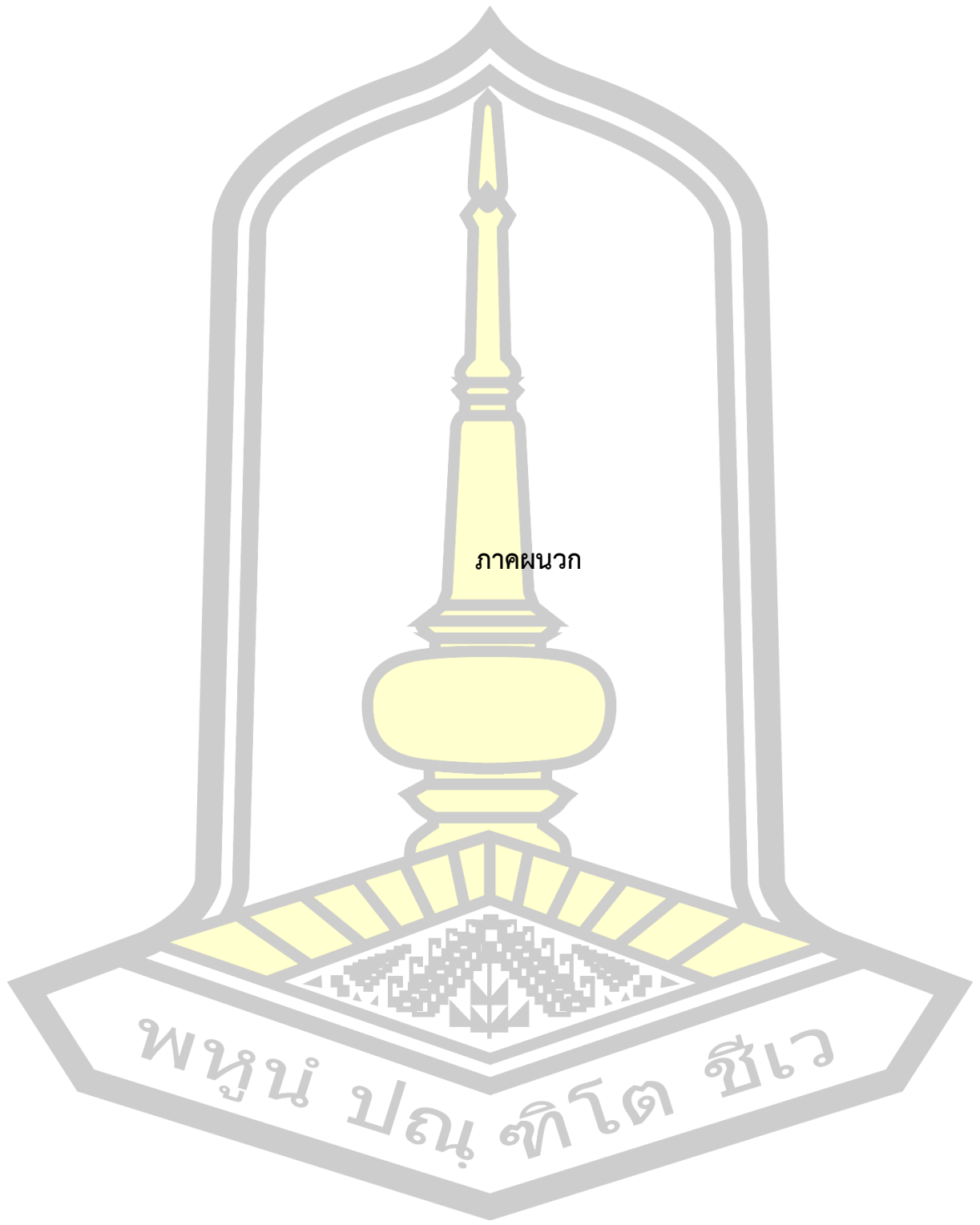
- สุนทร พูนเอียด. (2542). *การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ในการบริหารการพัฒนา
ชนบทสำหรับสมาชิการบริหารส่วนตำบลในจังหวัดภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวางแผนและพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- สุมาลี ท่อชู และรุ่งทิวา หมื่นปา. (2560). ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้
ยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 9(2), 464–
474.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). *การสื่อสารกับสังคม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ ปรีสุทธรุฒิพร. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการใน
โรงพยาบาลชลุง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาล
พระปกเกล้าวารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(2), 114.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดฉบับ
ภาษาไทย*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2544). *คู่มือการวิจัยในชั้นเรียนสำหรับโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร*.
กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อติญาณ์ ศรีเกษตรริน. (2019). ปัจจัยทำนายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผลของนักศึกษา
พยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา* 25(1), 43–59.
- อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์ และพิมพ์มล วงศ์ไชยา. (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.
วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 36(6), 192–202.
- อมรวิรัช นาคทรพรพ และดวงแก้ว จันทร์สระแก้ว. (2541). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม :
ข้อคิดแนวทางและประสบการณ์ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อลิศรา ชูชาติ*. กรุงเทพฯ
ศูนย์วิจัยนโยบายการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพินท์ สฟโชคชัย. (2537). *คู่มือการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน*.
สืบค้นจาก <https://tdri.or.th/wpcontent/uploads/2013/02/BH4.pdf>
- Best J.W. & Kahn J.V. (2014). *Research in education*. 10th ed. Boston: Pearson
Education, Inc.
- Boonyasiri, A. & Thamlikitkul, V. (2014). Effectiveness of multifaceted interventions on
rational use of antibiotics for patients with upper respiratory tract infections
and acute diarrhea. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97(3
SUPPL. 3).
- Chanishvili, N. & Aminov, R. (2019). Bacteriophage therapy: Coping with the growing
antibiotic resistance problem. *Microbiology Australia*, 40(1), 5–7.
<https://doi.org/10.1071/MA19011>
- Dargie, C. (1998). Observation in political research: A qualitative approach. *Politics*,
18(1), 1-10.

- Gillis, A., & Jackson, W. (2002). *Research methods for nurses: Methods and interpretation*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Gotthelf, L. N. (2005). Diagnosis and treatment of otitis media. *Small Animal Ear Diseases*, 275–303. <https://doi.org/10.1016/B0-72-160137-5/50017-9>
- Grijalva, C. G., Nuorti, J. P., Griffin, M. R. M. P. H., Carlos, C. A., & Grijalva, G. (2009). Antibiotic prescriptions rates for acute respiratory tract infections in the United States ambulatory settings, 1995-2006 Prescription rates for azithromycin HHS Public Access. *Jama*, 302(7), 758–766.
- Harris, A. M., Hicks, L. A. & Qaseem, A. (2016). Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: Advice for high-value care from the American college of physicians and the centers for disease control and prevention. *Annals of Internal Medicine*, 164(6), 425–434.
- Hepler, C. D. & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533–543.
- Holloway, K. A., Rosella, L., & Henry, D. (2016). The Impact of WHO Essential Medicines Policies on Inappropriate Use of Antibiotics. *PLoS ONE*, 11(3)(e0152020), 1–12.
- K.A., H., A., K., G., B., M., P., & K., T. (2017). Antibiotic use in South East Asia and policies to promote appropriate use: Reports from country situational analyses. *BMJ*, 358, 9–13.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The action research reader*. Geelong. Victoria: Deakin University Press.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311(7000), 299.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), pp. 607-610.
- Li, J., Song, X., Yang, T., Chen, Y., Gong, Y., Yin, X., & Lu, Z. (2016). Systematic review of antibiotic prescription associated with upper respiratory tract infections in China. *Medicine (United States)*, 95(19), 1–7.
- Marshall, C. & Rossman, Gretchen B. (2006). Designing Qualitative Research. *Forum: Qualitative Social Research*, 9(3), 13–20.
- McTAGGART, R. (1994). Participatory Action Research: Issues in theory and practice. *Educational Action Research*, 2(3), 313–337.
- Mulhall, A. (2003). *In the field: Notes on observation in qualitative research*. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 1-19.

- O'Neill, J. (2016). *Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations the review on antimicrobial resistance chaired by Jim O'Neill*. Retrieved from https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%.pdf.
- Rational Drug Use Subcommittee. (2015). *Rational Drug Use Hospital Manual*.
- Saengcharoen, W., Lerkiatbundit, S., & Kaewmang, K. (2012). Knowledge, attitudes, and behaviors regarding antibiotic use for upper respiratory tract infections: A survey of Thai students. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 43(5), 1233–1244.
- Seatung, N., & Kitreerawutiwong, N. (2018). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ในอาการเจ็บคอ บาดแผลสะอาด ท้องร่วง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. 19(December), 166–174.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1995). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Stringer, E. T. (1999). *Action research second edition*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sumpradit, N., Anuwong, K., Chongtraku, P., Khanabkaew, K., & Pumtong, S. (2011). Outcomes of the Antibiotics Smart Use Project: a Pilot Study in Saraburi Province (ผลของโครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล : การนำร่องที่จังหวัดสระบุรี). *Journal of Health Science - วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(6), 899–911.
- Tay, K. H., Ariffin, F., Sim, B. L., Chin, S. Y., & Che Sobry, A. (2019). Multi-Faceted Intervention to Improve the Antibiotic Prescriptions among Doctors for Acute URI and Acute Diarrhoea Cases: The Green Zone Antibiotic Project. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 26(4), 101–109.
- Thomas M, Bomar PA. *Upper Respiratory Tract Infection*. [Updated 2018 Nov 23]. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2019 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK5329>
- Van Boeckel, T. P., Gandra, S., Ashok, A., Caudron, Q., Grenfell, B. T., Levin, S. A., & Laxminarayan, R. (2014). Global antibiotic consumption 2000 to 2010: An analysis of national pharmaceutical sales data. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(8), 742–750.

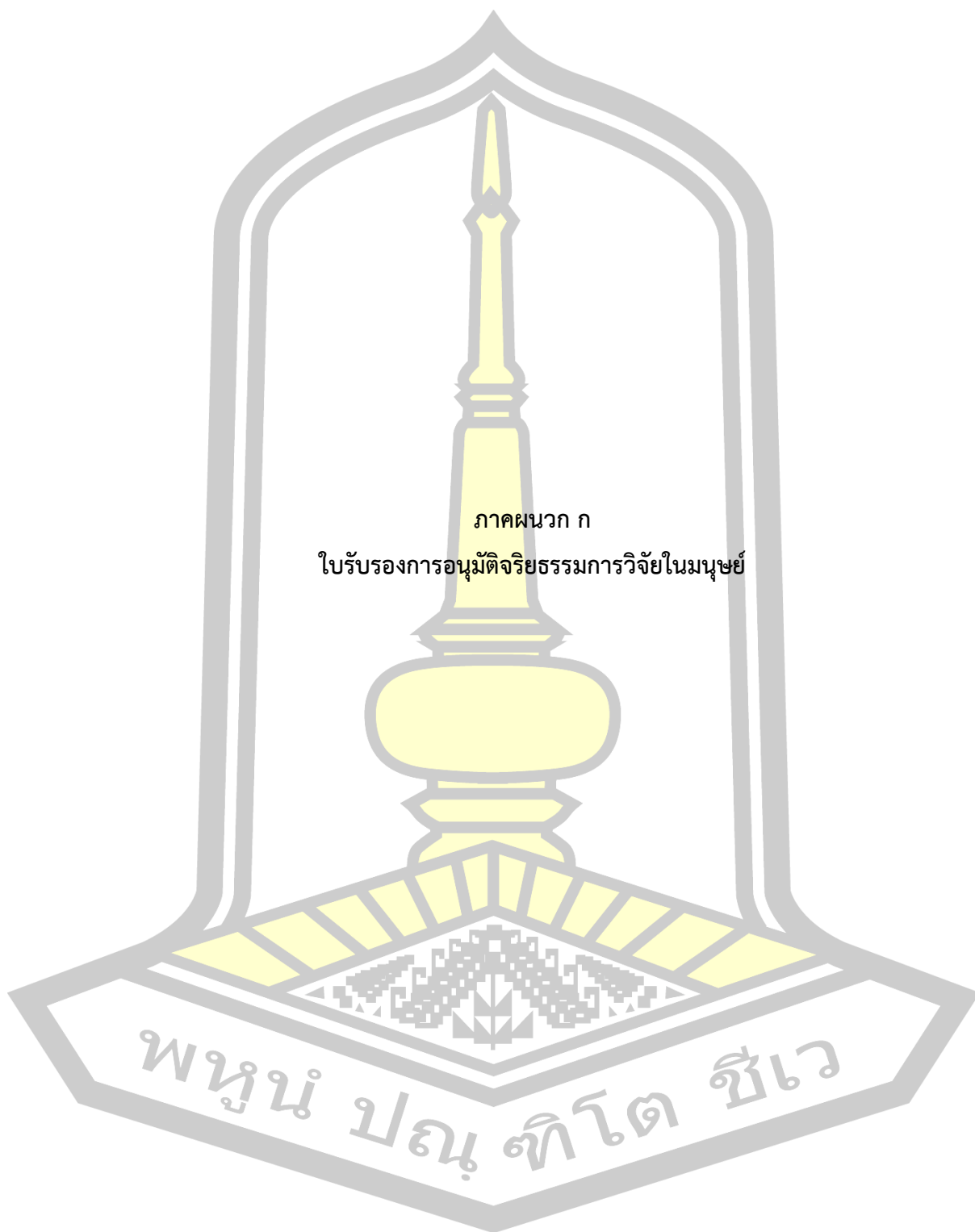
- WHO. Regional Office for Europe. (2019). N- prescription and inappropriate use of antibiotic report on survey. In *World Health Organization. Regional Office for Europe*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312306/9789289054089-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2019). *Influenza*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs211/en/>
- Wohlleben, W., Mast, Y., Stegmann, E., & Ziemert, N. (2016). Antibiotic drug discovery. *Microbial Biotechnology*, 9(5), 541–548.
- World Health Organization. (1985). Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines, 5(Document WHO/EDM/2002.3.), WHO. <https://doi.org/10.1038/clpt.1991.76>
- You, J. H. S., Yau, B., Choi, K. C., Chau, C. T. S., Huang, Q. R., & Lee, S. S. (2008). Public knowledge, attitudes and behavior on antibiotic use: *A telephone survey in Hong Kong*. *Infection*, 36(2), 153–157.
- Zoorob, R., Sidani, M. A., Fremont, R. D., & Kihlberg, C. (2012). Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections. *American Family Physician*, 86(9), 817–822.
- Zou, G., Wei, X., Hicks, J. P., Hu, Y., Walley, J., Zeng, J., Elsey, H., King, R., Zhang, Z., Deng, S., Huang, Y., Blacklock, C., Yin, J., Sun, Q., & Lin, M. (2016). Protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial for reducing irrational antibiotic prescribing among children with upper respiratory infections in rural China. *BMJ Open*, 6(5), e010544. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010544>





ภาคผนวก

พหุ ประทีป ชัยเว



ภาคผนวก ก

ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุบัณฑิตศึกษา ชีวะ



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 080/2563

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Pharmaceutical care system for acute upper respiratory tract infection and acute bronchitis patient care to promote rational use of antibiotic in Nachaluai hospital, Nachaluai District, Ubonratchathani Province..

ผู้วิจัย : นายปริญญา สมจันทร์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 26 มีนาคม 2563

วันหมดอายุ : 25 มีนาคม 2564

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....ภทรี สว่างจิตร์.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

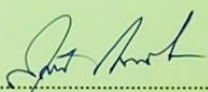
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เอกสารรับรองเลขที่	SSJ.UB ๒๕๖๓ - ๐๒๑
ชื่อโครงการ/งานวิจัย	การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลม
รหัสโครงการ	SSJ.UB ๐๒๑
ชื่อผู้ดำเนินการวิจัย	นายปริญญา สมจันทร์
คณะ/หน่วยงาน	โรงพยาบาลนาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
เอกสารรับรอง	๑. แบบเสนอโครงการวิจัย ๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ๓. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย ๔. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม
วันที่รับรอง	๒๘ มกราคม ๒๕๖๓
วันหมดอายุ	๒๗ มกราคม ๒๕๖๔

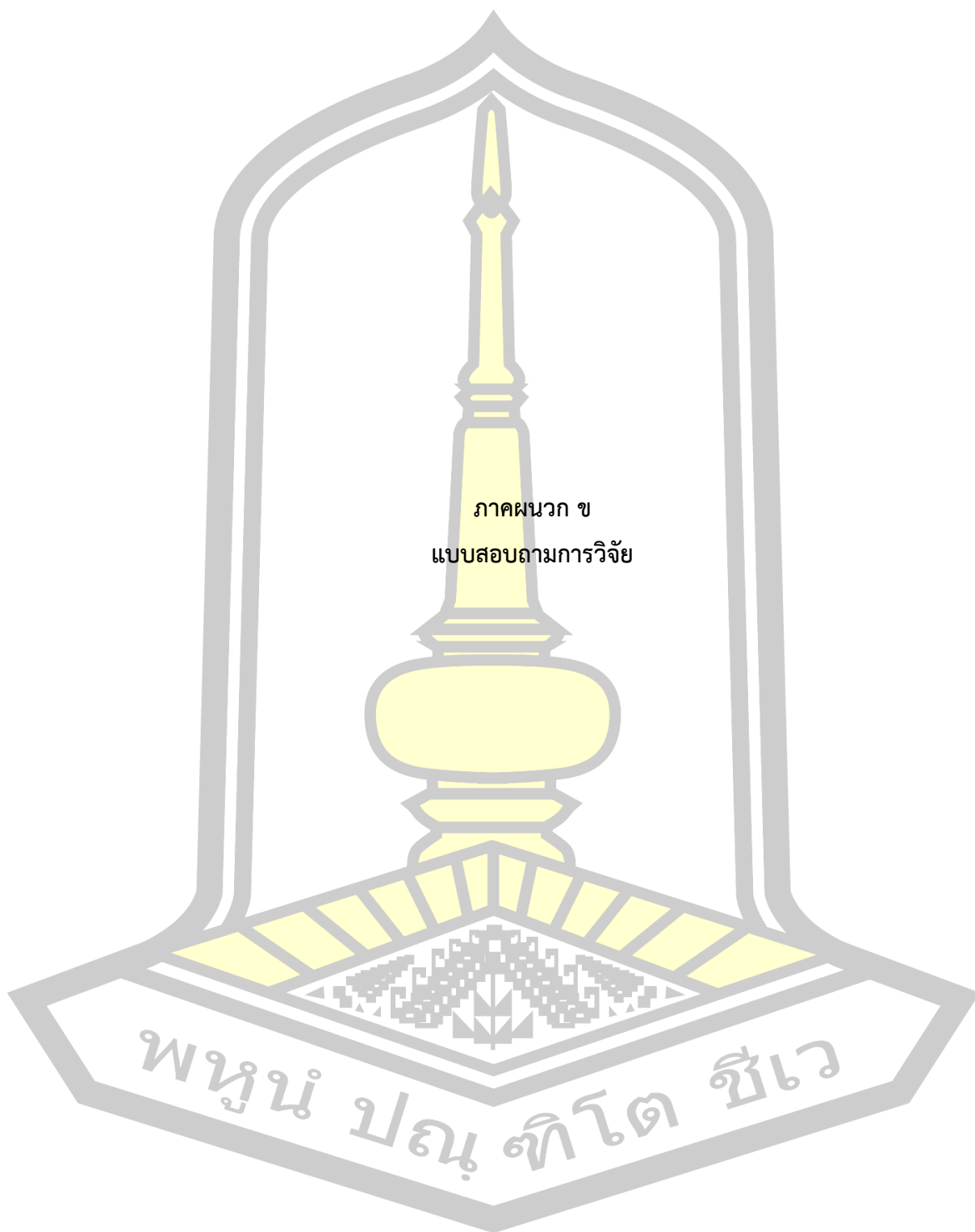
ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลงนาม 

(นายสุวิทย์ โรจนาคิติ์โสธร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สสจ.อุบลราชธานี



ภาคผนวก ข
แบบสอบถามการวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติด
 เชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาคะหลวย
 จังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ
 ส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้จ่ายวิถีชีวิตเหมาะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาคะ
 หลวย อำเภอนาคะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย คำตอบของ
 การมีค่าอย่างยิ่งต่อการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากการไว้เป็นความลับ ข้อมูลจะถูกนำไปใช้
 สรุปลงในภาพรวมเท่านั้น งานวิจัยครั้งนี้จะมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการเมื่อข้อมูลที่ได้ตรง
 กับความเป็นจริงและครบถ้วน ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากการ โปรดตอบแบบสอบถามตาม
 ความเป็นจริงหรือตามความคิดเห็นของการมากที่สุดให้ครบทุกข้อ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3
 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการ
 บริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน
 8 ข้อ

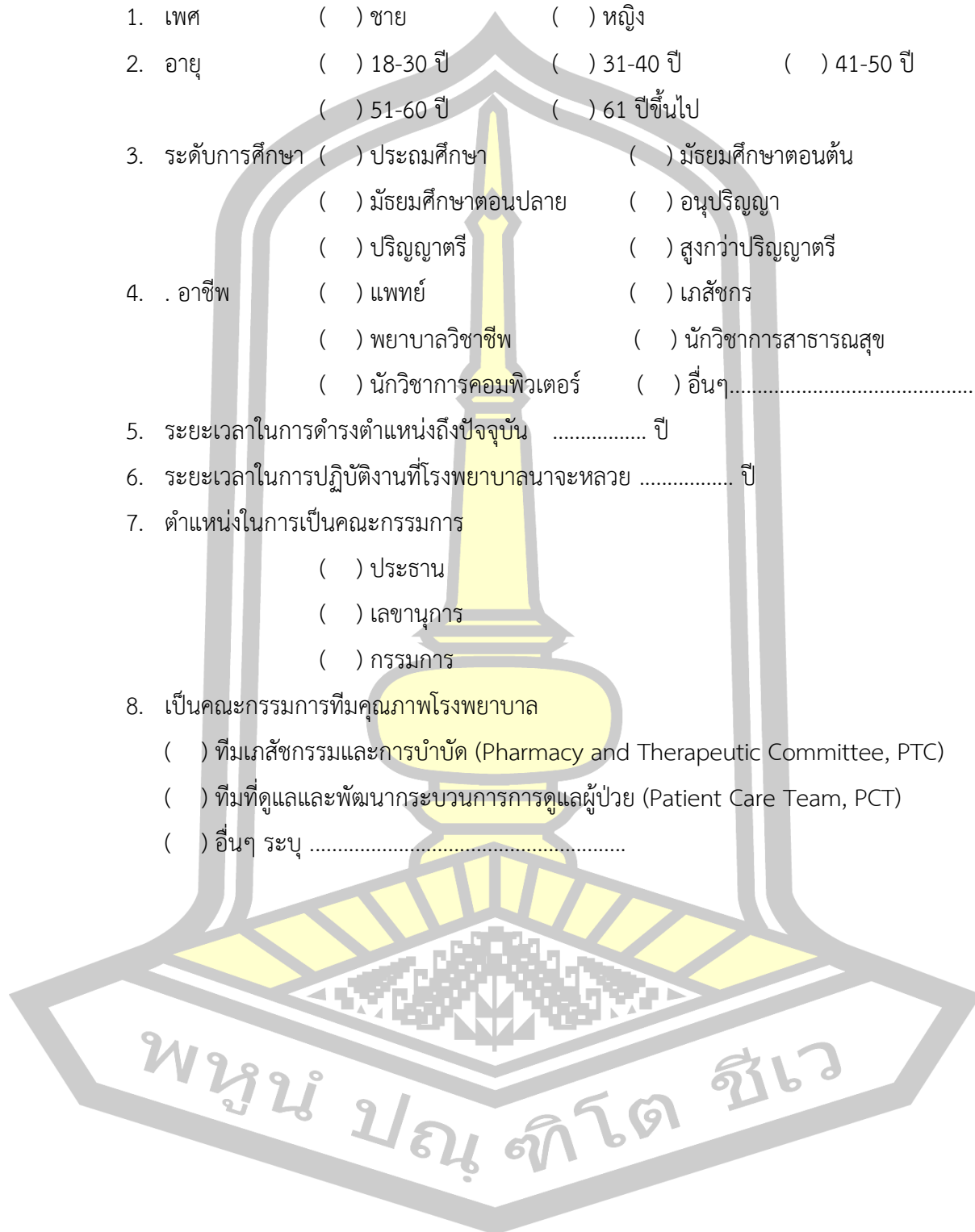
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการ
 บริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน
 6 ข้อ ในการนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอคุณการที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเพื่อตอบแบบสอบถามในครั้ง
 นี้เป็นอย่างดี

นายปริญญา สมจันทร์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ

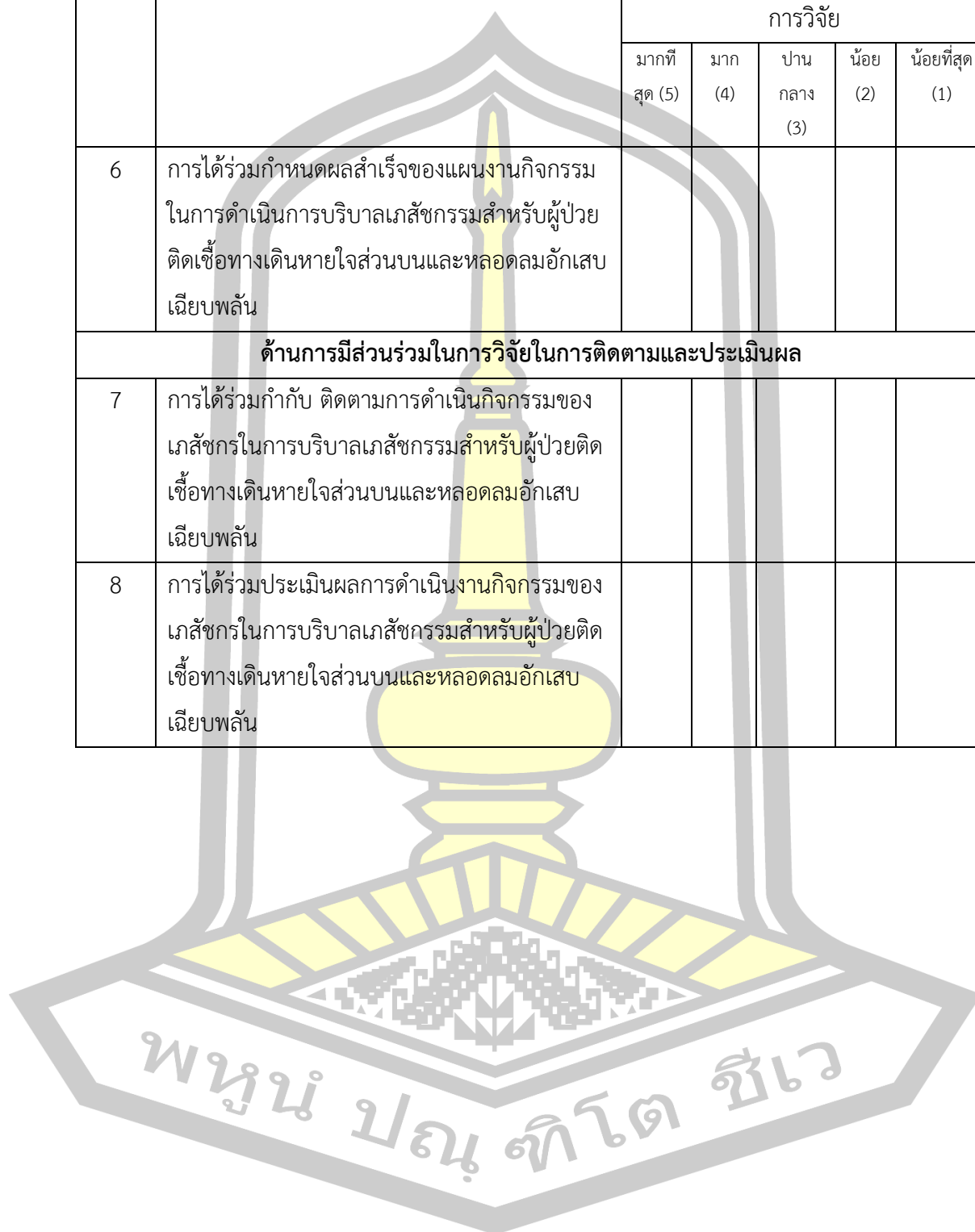
1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ () 18-30 ปี () 31-40 ปี () 41-50 ปี
() 51-60 ปี () 61 ปีขึ้นไป
3. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย () อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ () แพทย์ () เกษัตริกร
() พยาบาลวิชาชีพ () นักวิชาการสาธารณสุข
() นักวิชาการคอมพิวเตอร์ () อื่นๆ.....
5. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งถึงปัจจุบัน ปี
6. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลน่าจะหลวย ปี
7. ตำแหน่งในการเป็นคณะกรรมการ
() ประธาน
() เลขานุการ
() กรรมการ
8. เป็นคณะกรรมการทีมคุณภาพโรงพยาบาล
() ทีมเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC)
() ทีมที่ดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team, PCT)
() อื่นๆ ระบุ



ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการบริหาร
เภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 8
ข้อ

ข้อที่	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการมีส่วนร่วมในการวิจัยในการตัดสินใจ						
1	การมีโอกาสนในการเสนอปัญหาและแนวทางการปฏิบัติงาน ของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
2	การได้ร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
ด้านการมีส่วนร่วมในการวิจัยในการดำเนินงาน						
3	การได้ร่วมดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
4	การได้ประสานทีมสหวิชาชีพให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
ด้านการมีส่วนร่วมในการวิจัยในการรับผลประโยชน์						
5	การได้ร่วมทบทวนวิธีการดำเนินงานของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					

ข้อที่	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
6	การได้ร่วมกำหนดผลสำเร็จของแผนงานกิจกรรมในการดำเนินการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
ด้านการมีส่วนร่วมในการวิจัยในการติดตามและประเมินผล						
7	การได้ร่วมกำกับ ติดตามการดำเนินกิจกรรมของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
8	การได้ร่วมประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					



ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ
ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 6 ข้อ

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1	การมีความพึงพอใจในขั้นตอนและรูปแบบการดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
2	การมีความพึงพอใจในกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
3	การมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้ และการถ่ายทอดกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินการพัฒนากิจกรรม					
4	การมีความพึงพอใจในการส่งต่อข้อมูลปัญหาการจัดการด้านยาของผู้ป่วยระหว่างเภสัชกรกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
5	การมีความพึงพอใจในศักยภาพและความพอเพียงของเภสัชกรที่ให้การบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					
6	การมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินการของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน					

แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย คำตอบของการมีค่าอย่างยิ่งต่อการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากการไว้เป็นความลับ ข้อมูลจะถูกนำไปใช้สรุปผลในภาพรวมเท่านั้น งานวิจัยครั้งนี้จะมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการเมื่อข้อมูลที่ได้ตรงกับความเป็นจริงและครบถ้วน ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากการ โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงหรือตามความคิดเห็นของการมากที่สุดให้ครบทุกข้อ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ จำนวน 26 ข้อ

ในการนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณการที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเพื่อตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดี

นายปริญญา สมจันทร์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ
หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

ข้อ	รายการพิจารณา	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ยาปฏิชีวนะ ไม่ใช่ยาแก้อักเสบ ไม่สามารถลดไข้ และแก้ปวดเมื่อยไม่ได้		
2	โรคหวัดที่มีอาการ น้ำมูกใส ไข้ ไอ มักมีสาเหตุจากเชื้อไวรัส และไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ		
3	เมื่อน้ำมูกข้นหรือเปลี่ยนเป็นสีเขียวเหลือง ควรเริ่มใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา		
4	การใช้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานๆ อาจทำให้มีอาการแทรกซ้อนได้ เช่นติดเชื้อราในช่องปาก		
5	การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมกับเชื้อโรค ไม่ครบระยะเวลาตามกำหนด และขนาดยาดำกว่าขนาดการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อโรคดื้อยา		
6	การผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง ควรใช้น้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว ผสมจนถึงขีดระดับที่กำหนด แล้วเขย่าขวดทุกครั้งก่อนกินยา		
7	ยาปฏิชีวนะที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำให้รับประทาน “ก่อนอาหาร” ควรรับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที		
8	ควรเก็บยาปฏิชีวนะให้พ้นแสง ความชื้น ความร้อน จึงจะช่วยป้องกันมิให้ยาเสื่อมสภาพ		
9	การผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง เมื่อผสมน้ำแล้ว หากเก็บในอุณหภูมิห้องสามารถเก็บได้นาน 14 วัน		
10	สัญลักษณ์ EXP. 10/10/2562 ที่พิมพ์อยู่บนฉลาก มีความหมายว่า ยานี้หมดอายุวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2562		

พูน ปณ ทิโต ชเว

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบ
เฉียบพลัน

ข้อ	พฤติกรรม	การปฏิบัติ		
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
1	การเคยขอให้แพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาปฏิชีวนะให้			
2	การจะรับประทานยาปฏิชีวนะทันที เมื่อเป็นหวัด น้ำมูก ใส หรือไอ เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น			
3	เมื่อการเริ่มเจ็บคอ การจะดื่มน้ำอุ่นและพักผ่อนอย่าง เพียงพอ ก่อนพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อพิจารณาไม่ใช้ยา ปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น			
4	การอ่านฉลากก่อนใช้ยา เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นยารักษาโรค อะไร กินอย่างไร หมดอายุหรือไม่			
5	การเขย่าขวดยาปฏิชีวนะชนิดผสมน้ำทุกครั้ง ก่อนให้เด็ก กินยาเพื่อให้ยากระจายตัวอย่างสม่ำเสมอ			
6	การรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างสม่ำเสมอ และครบตาม ระยะเวลารักษา เพื่อป้องกันการดื้อยา			
7	การเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะเอง เมื่อ อาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น			
8	การรับประทานยาปฏิชีวนะของผู้อื่น เมื่อทราบว่ายาชนิด นั้นสามารถใช้รักษาโรคหรืออาการที่การเป็นได้			
9	การหยุดใช้ยาปฏิชีวนะทันทีและกลับไปพบแพทย์ เมื่อมี อาการผิดปกติ เช่น ผื่นคัน ลมพิษ หรือบวม หลังใช้ยา			
10	การเก็บยาปฏิชีวนะในบริเวณที่ไม่ถูกแสงแดด ความร้อน และความชื้น			

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุ่ยย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL – BREF – THAI)

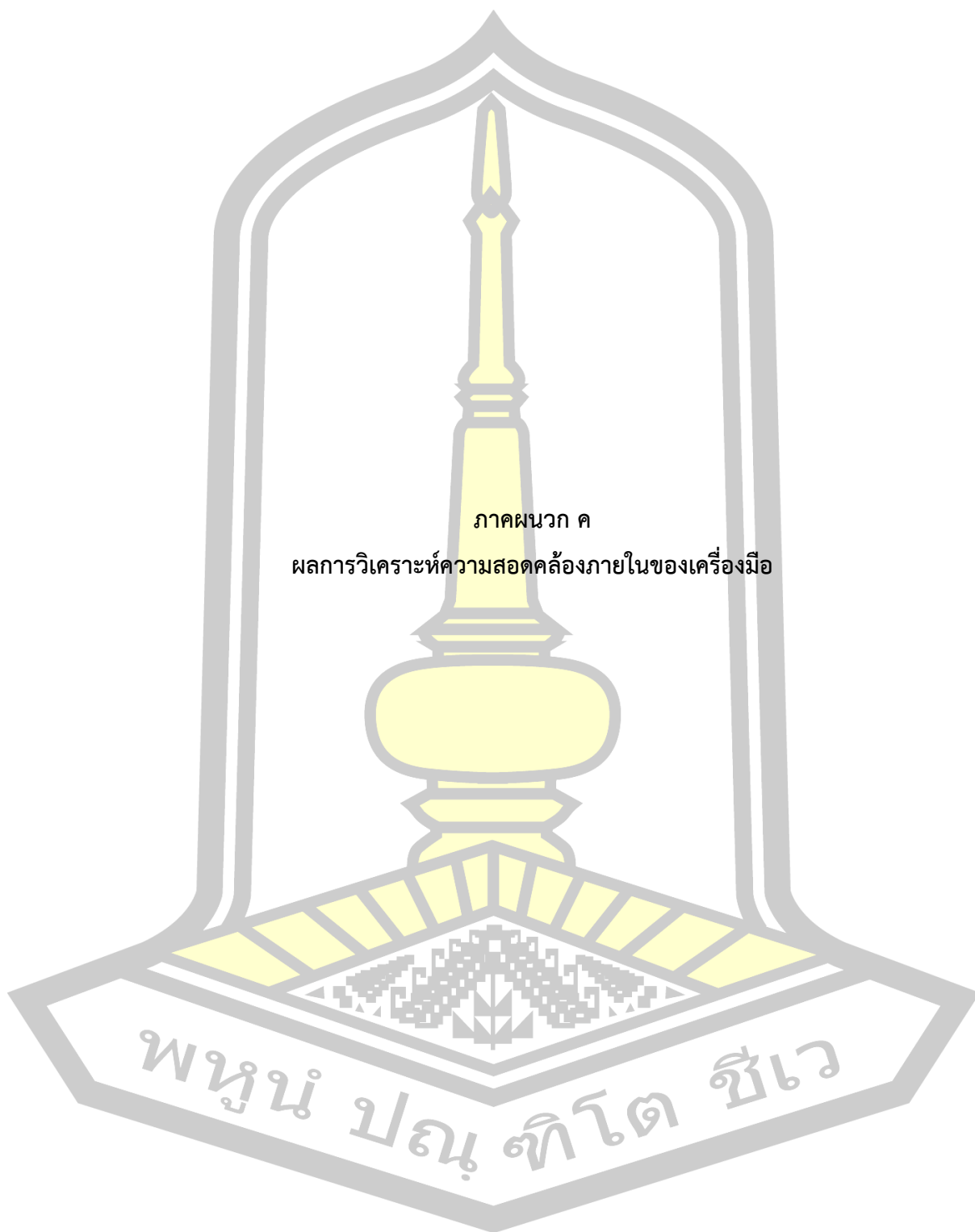
คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของการ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มาให้การสำรวจตัวการเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของการ แล้วทำเครื่องหมาย / ใน ช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวการมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง การไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
 เล็กน้อย หมายถึง การมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่น้อย
 ปานกลาง หมายถึง การมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแย่น้อยระดับกลาง ๆ
 มาก หมายถึง การมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
 มากที่สุด หมายถึง การมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือ รู้สึกพอใจมาก

ข้อที่	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	การพอใจกับสุขภาพของการในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้การไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	การพอใจกับการนอนหลับของการมากนักเพียงใด					
5	การรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	การรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
8	การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	การมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	การรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	การจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					

ข้อที่	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
12	การพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ มามากน้อยเพียงใด					
13	การพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่าน มา แค่ไหน					
14	การพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ ไหน					
15	การรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	การพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	การพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด					
19	การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มาก น้อยเพียงใด					
20	การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพของการมากน้อยเพียงใด					
22	การพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของการ (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	การรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	การสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	การพอใจในชีวิตทางเพศของการแค่นั้น (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วการ มีวิธี จัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือ การมีเพศสัมพันธ์)					
26	การคิดว่าคุณมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ใน ระดับใด					

พูน บณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ค

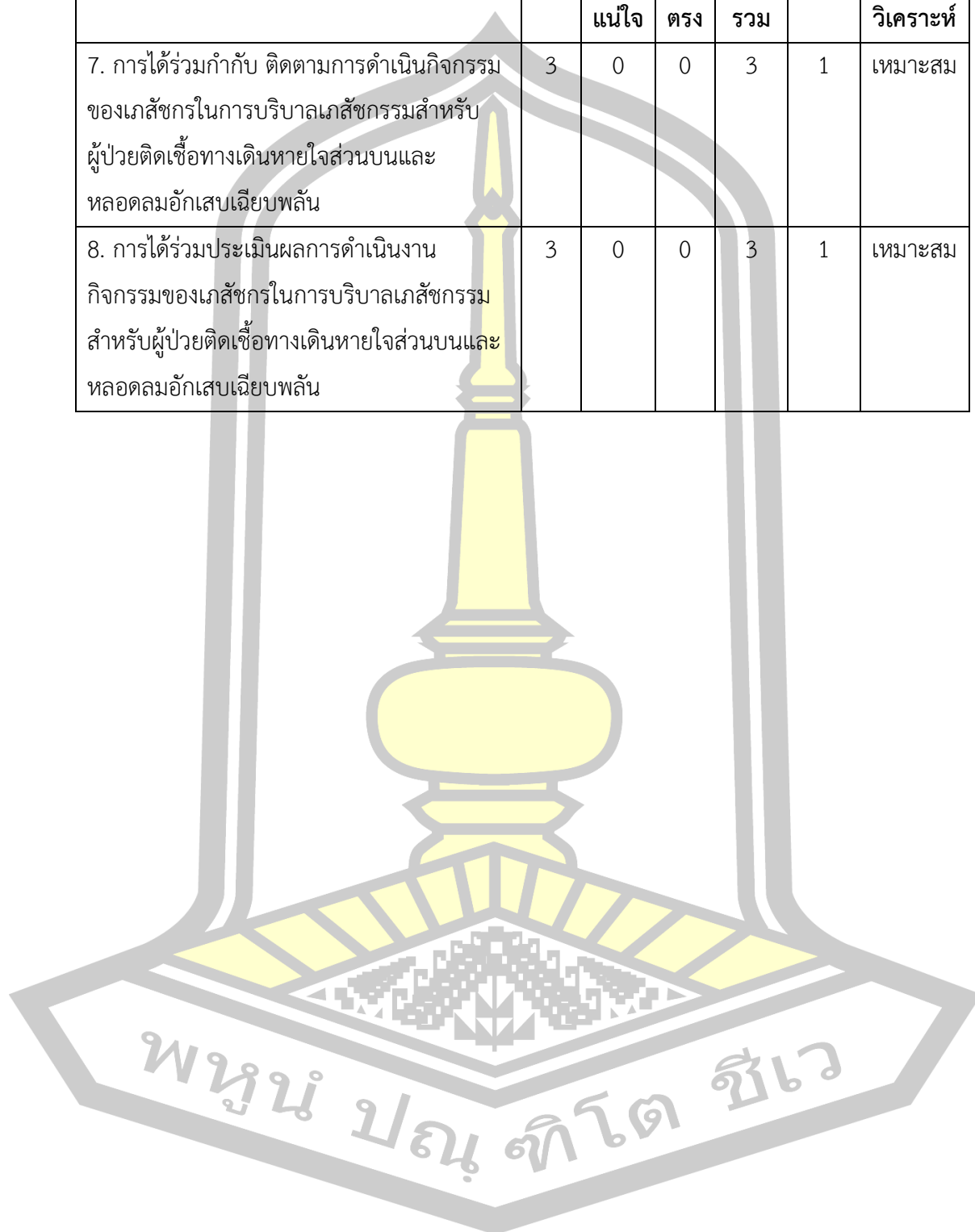
ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

พหุคูณ ปณฺ ทิโต ชีเว

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

ข้อคำถาม	ตรง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตรง	ผล รวม	IOC	ผลการ วิเคราะห์
1. การมีโอกาสในการเสนอปัญหาและแนวทางการปฏิบัติงาน ของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
2. การได้ร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
3. การได้ร่วมดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
4. การได้ประสานทีมสหวิชาชีพให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
5. การได้ร่วมทบทวนวิธีการดำเนินงานของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
6. การได้ร่วมกำหนดผลสำเร็จของแผนงานกิจกรรมในการดำเนินการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม

ข้อความ	ตรง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตรง	ผล รวม	IOC	ผลการ วิเคราะห์
7. การได้ร่วมกำกับ ติดตามการดำเนินกิจกรรม ของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับ ผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
8. การได้ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน กิจกรรมของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม



ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือแบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการ
บริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

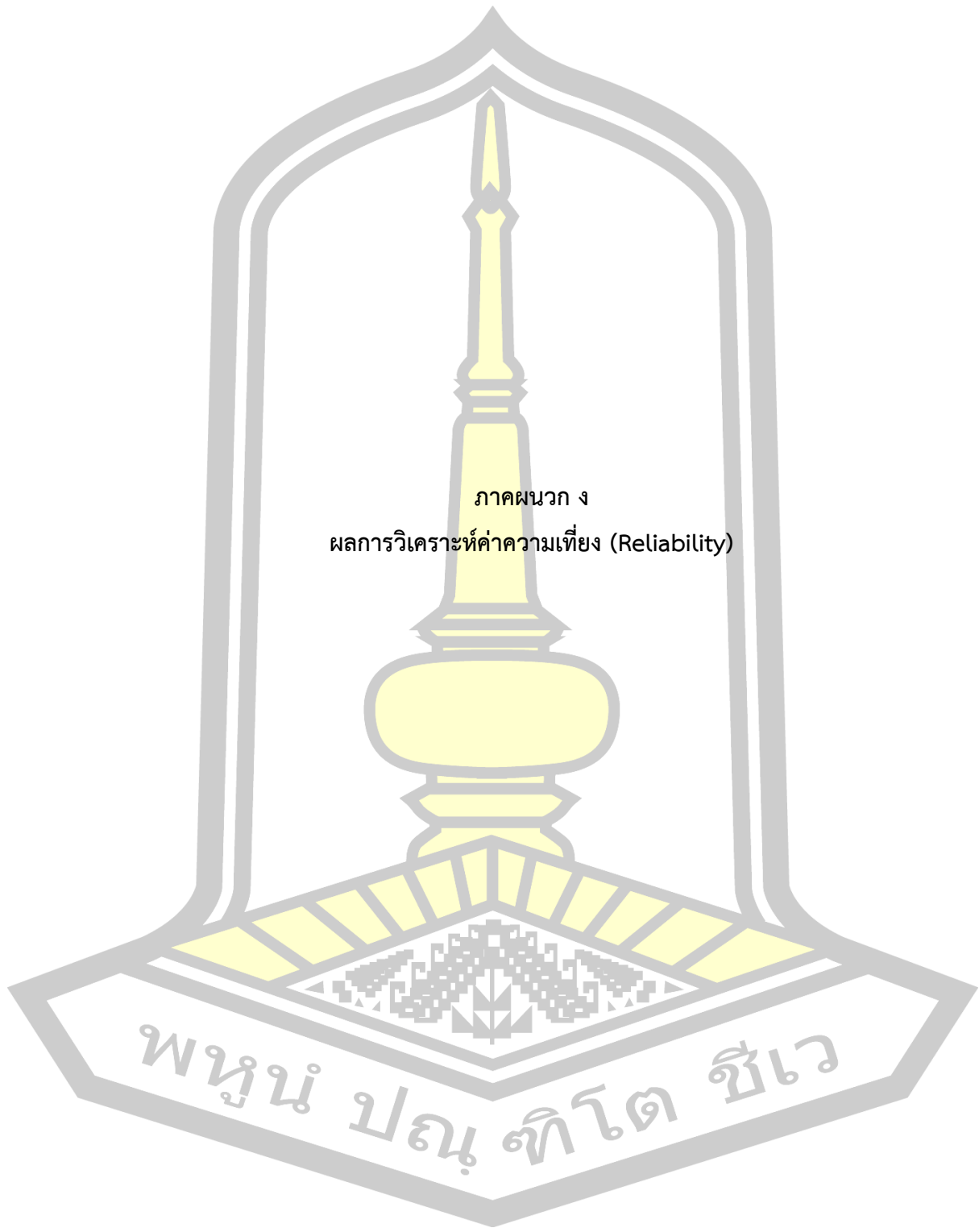
ข้อคำถาม	ตรง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตรง	ผล รวม	IOC	ผลการ วิเคราะห์
1. การมีความพึงพอใจในขั้นตอนและรูปแบบการดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
2. การมีความพึงพอใจในกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
3. การมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้ และการถ่ายทอดกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินการพัฒนากิจกรรม	3	0	0	3	1	เหมาะสม
4. การมีความพึงพอใจในการส่งต่อข้อมูลปัญหาการจัดการด้านยาของผู้ป่วยระหว่างเภสัชกรกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
5. การมีความพึงพอใจในศักยภาพและความพอเพียงของเภสัชกรที่ให้การบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
6. การมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินการของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

ข้อความ	ตรง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตรง	ผล รวม	IOC	ผลการ วิเคราะห์
1. ยาปฏิชีวนะ ไม่ใช่ยาแก้อักเสบ ไม่สามารถลดไข้ และ แก้ปวดเมื่อยไม่ได้	3	0	0	3	1	เหมาะสม
2. โรคหวัดที่มีอาการ น้ำมูกใส ไข้ ไอ มักมีสาเหตุจาก เชื้อไวรัส และไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ	3	0	0	3	1	เหมาะสม
3. เมื่อน้ำมูกข้นหรือเปลี่ยนเป็นสีเขียวเหลือง ควรเริ่มใช้ ยาปฏิชีวนะในการรักษา	3	0	0	3	1	เหมาะสม
4. การใช้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาสั้นๆ อาจ ทำให้มีอาการแทรกซ้อนได้ เช่นติดเชื้อราในช่องปาก	3	0	0	3	1	เหมาะสม
5. การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมกับเชื้อโรค ไม่ครบ ระยะเวลาตามกำหนด และขนาดยาต่ำกว่าขนาดการ รักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อโรคดื้อยา	3	0	0	3	1	เหมาะสม
6. การผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง ควรใช้น้ำต้มสุกที่ เย็นแล้ว ผสมจนถึงขีดระดับที่กำหนด แล้วเขย่าขวดทุก ครั้งก่อนกินยา	3	0	0	3	1	เหมาะสม
7. ยาปฏิชีวนะที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำให้ รับประทาน “ก่อนอาหาร” ควรรับประทานยาก่อน อาหารอย่างน้อย 30 นาที	3	0	0	3	1	เหมาะสม
8. ควรเก็บยาปฏิชีวนะให้พ้นแสง ความชื้น ความร้อน จึงจะช่วยป้องกันมิให้ยาเสื่อมสภาพ	3	0	0	3	1	เหมาะสม
9. การผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง เมื่อผสมน้ำแล้ว หากเก็บในอุณหภูมิห้องสามารถเก็บได้นาน 14 วัน	3	0	0	3	1	เหมาะสม
10. สัญลักษณ์ EXP. 10/10/2562 ที่พิมพ์อยู่บนฉลาก มีความหมายว่า ยานี้หมดอายุวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2562	3	0	0	3	1	เหมาะสม

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะใน
โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

ข้อความคำถาม	ตรง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตรง	ผล รวม	IOC	ผลการ วิเคราะห์
1. การเคยขอให้แพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาปฏิชีวนะให้	3	0	0	3	1	เหมาะสม
2. การจะรับประทานยาปฏิชีวนะทันที เมื่อเป็นหวัด น้ำมูกใส หรือไอ เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น	3	0	0	3	1	เหมาะสม
3. เมื่อการเริ่มเจ็บคอ การจะดื่มน้ำอุ่นและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ก่อนพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อพิจารณาไม่ใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น	3	0	0	3	1	เหมาะสม
4. การอ่านฉลากก่อนใช้ยา เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นยา รักษาโรคอะไร กินอย่างไร หมดอายุหรือไม่	3	0	0	3	1	เหมาะสม
5. การเขย่าขวดยาปฏิชีวนะชนิดผสมน้ำทุกครั้ง ก่อนให้เด็กกินยาเพื่อให้ยากระจายตัวอย่างสม่ำเสมอ	3	0	0	3	1	เหมาะสม
6. การรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างสม่ำเสมอ และ ครบตามระยะเวลารักษา เพื่อป้องกันการดื้อยา	3	0	0	3	1	เหมาะสม
7. การเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะเอง เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น	3	0	0	3	1	เหมาะสม
8. การรับประทานยาปฏิชีวนะของผู้อื่น เมื่อทราบว่ายาชนิดนั้นสามารถใช้รักษาโรคหรืออาการที่การเป็นได้	3	0	0	3	1	เหมาะสม
9. เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ผื่นคัน ลมพิษ หรือบวม หลังใช้ยาปฏิชีวนะ การจะหยุดใช้ยาทันทีและกลับไปพบแพทย์	3	0	0	3	1	เหมาะสม
10. การเก็บยาปฏิชีวนะในบริเวณที่ไม่ถูกแสงแดด ความร้อนและความชื้น	3	0	0	3	1	เหมาะสม



ภาคผนวก ง
ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability)

พหุ ประทีป ชีวะ

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช
แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการบริหารหลักสูตร
กรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื่อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบ ของผู้มีส่วนร่วมใน
การวิจัย ทั้งหมด 30 ชุด

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PA1	22.400	16.317	.783	.881
PA2	22.600	16.317	.726	.886
PA3	22.500	17.017	.670	.891
PA4	22.400	16.455	.757	.883
PA5	22.800	16.924	.582	.899
PA6	22.700	16.976	.656	.892
PA7	22.900	17.128	.571	.900
PA8	22.533	16.120	.793	.879

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.902	8

พหุ ประถมศึกษา

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช
แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการบริการเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจ
ส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ทั้งหมด 30 ชุด

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SAT1	16.867	10.051	.517	.852
SAT2	16.600	9.697	.566	.844
SAT3	17.100	9.334	.718	.816
SAT4	17.067	9.168	.687	.821
SAT5	16.700	8.838	.704	.817
SAT6	17.000	9.379	.660	.826

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.854	6

พหุ ประถมศึกษา

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช
แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลม
อักเสบเฉียบพลัน ของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน
ทั้งหมด 30 ชุด

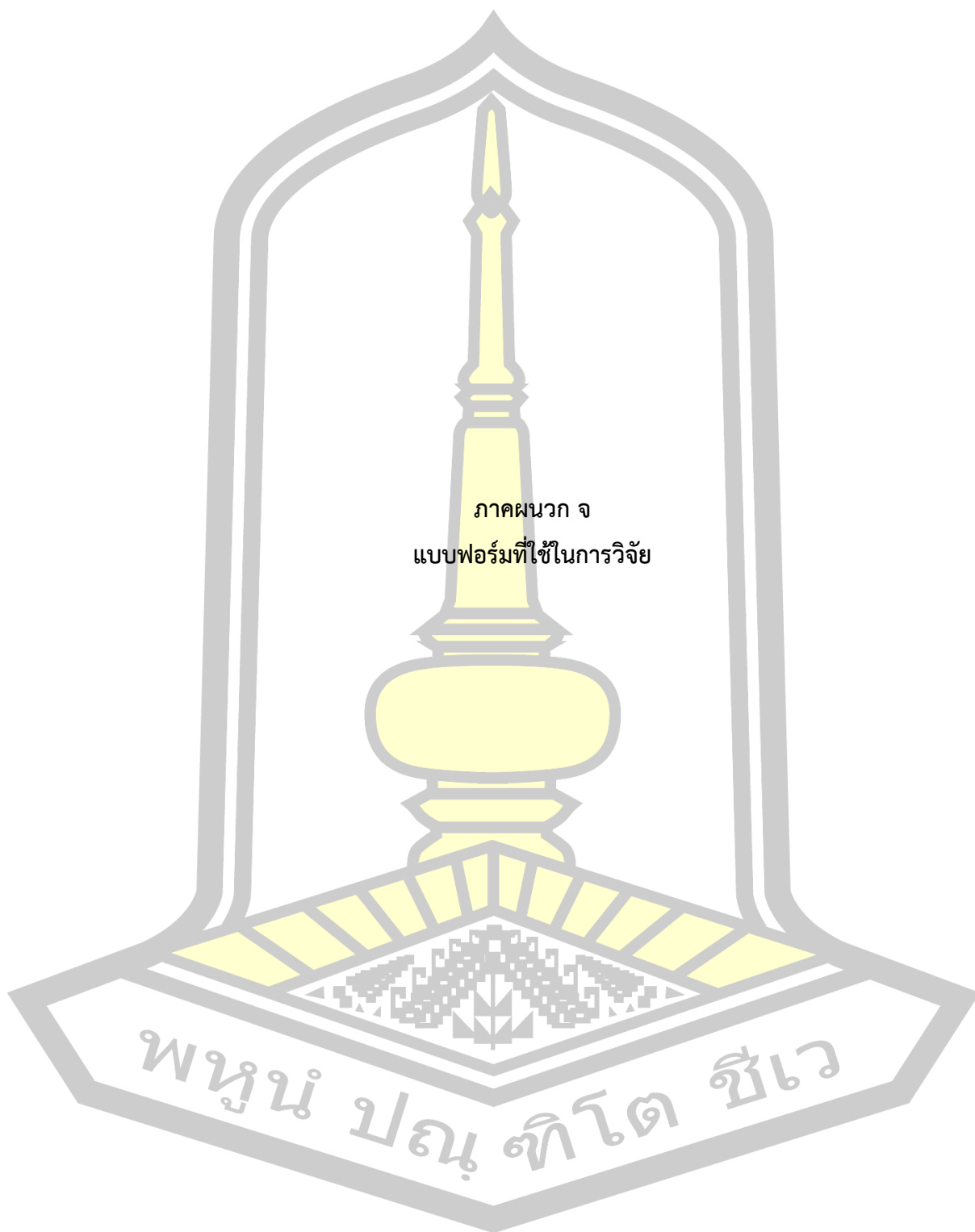
Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	22.414	10.466	.542	.787
P2	22.586	10.751	.445	.797
P3	23.207	12.813	-.085	.840
P4	22.483	8.830	.846	.744
P5	22.414	10.466	.471	.795
P6	22.448	10.113	.748	.768
P7	22.414	10.537	.614	.782
P8	22.241	10.904	.615	.785
P9	22.931	8.995	.478	.811
P10	22.172	11.576	.439	.801

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.810	10

พหุ ประถมศึกษา



ภาคผนวก จ
แบบฟอร์มที่ใช้ในการวิจัย

พหุ ประถม ทิโต ชีเว

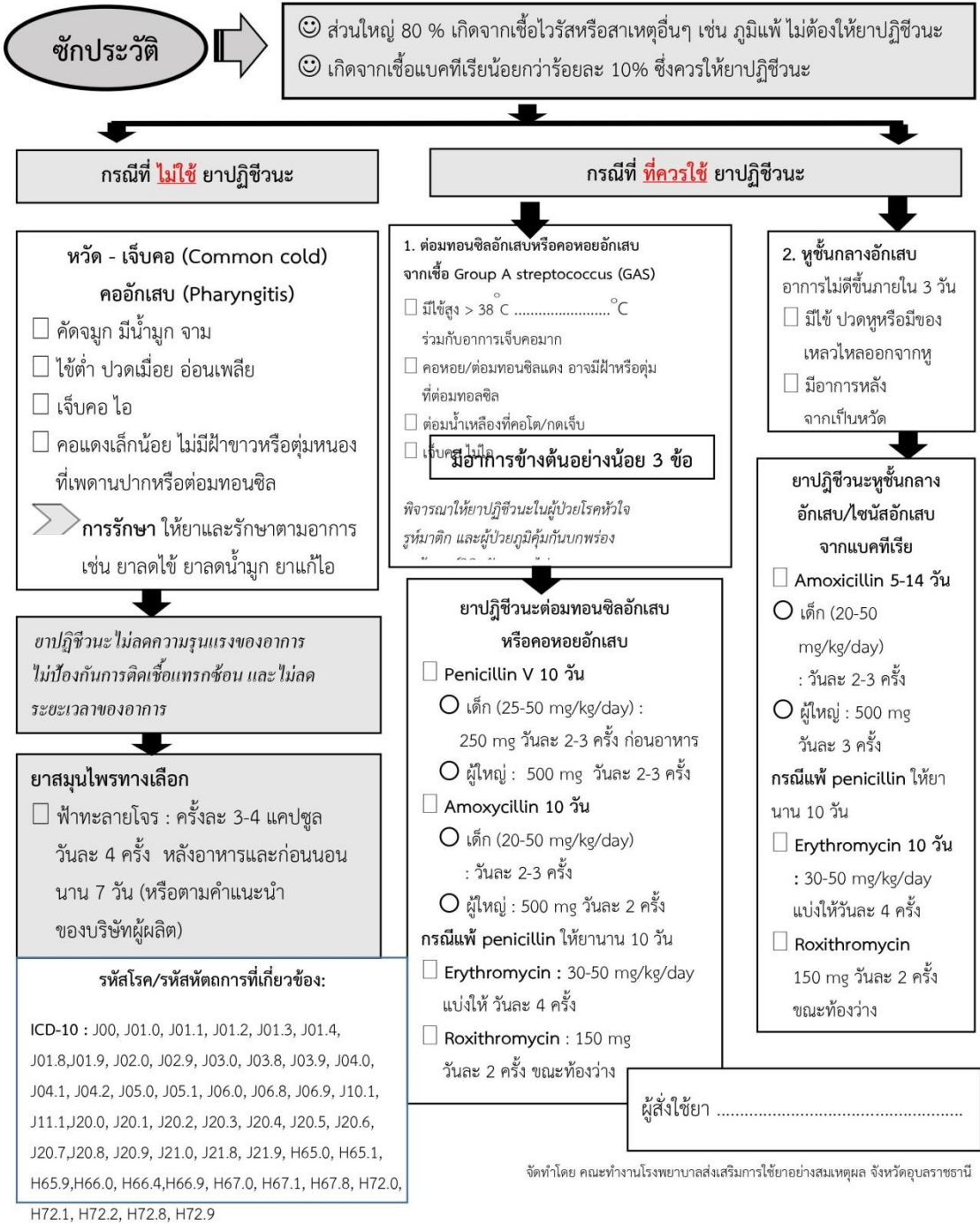
แบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย

ชื่อ				HN			
อายุ	ปี			เชื้อชาติ			
โรคประจำตัว				สิทธิรักษา			
ประวัติการแพ้ยา							
เบอร์โทรที่อยู่				รหัส 13 หลัก			
น้ำหนัก	กิโลกรัม						
ส่วนสูง	เซนติเมตร						
BMI							
อุณหภูมิร่างกาย		องศาเซลเซียส		ความดันโลหิต			
ชีพจร		ครั้งต่อนาที					
WBC		Neutrophil	%	ค่าปกติ	40-70 %		
		lymphocyte	%	ค่าปกติ	20-50 %		
		Monocyte	%	ค่าปกติ	2-6 %		
CC							
HPI							
PMH							
Dx1		Dx2		Dx3			
ยาประจำของผู้ป่วย							
1							
2							
3							
4							
5							
ยาที่ผู้ป่วยได้รับ							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา							
วดป	รายการยา	ปัญหา	สาเหตุ	การแก้ไข			

แบบบันทึกประกอบการวินิจฉัยและการรักษาโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน

ชื่อ-สกุล..... HNอายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก.

ประวัติแพ้ยา.....ว/ด/ป.....เวลา.....น.



**หวัด - เจ็บคอ (Common cold)
คออักเสบ (Pharyngitis)**

- คัดจมูก มีน้ำมูก จาม
- ไข้ต่ำ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย
- เจ็บคอ ไอ
- คอแดงเล็กน้อย ไม่มีฝ้าขาวหรือตุ่มหนองที่เพดานปากหรือต่อมทอนซิล

➤ **การรักษา** ให้ยาและรักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ

2. หูชั้นกลางอักเสบ

อาการไม่ดีขึ้นภายใน 3 วัน

- มีไข้ ปวดหูหรือมีของเหลวไหลออกจากหู
- มีอาการหลังจากเจ็บในหวัด

ยาปฏิชีวนะไม่ลดความรุนแรงของอาการ ไม่ป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน และไม่ลดระยะเวลาของอาการ

ยาปฏิชีวนะหูชั้นกลางอักเสบ/ไขน้สอักเสบจากแบคทีเรีย

- Amoxicillin 5-14 วัน
 - เด็ก (20-50 mg/kg/day) : วันละ 2-3 ครั้ง
 - ผู้ใหญ่ : 500 mg วันละ 3 ครั้ง

กรณีแพ้ penicillin ให้ยานาน 10 วัน

- Erythromycin 10 วัน : 30-50 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง
- Roxithromycin 150 mg วันละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 10 วัน

ยาสมุนไพรรทางเลือก

- ฟ้าทะลายโจร : ครั้งละ 3-4 แคปซูล วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน นาน 7 วัน (หรือตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต)

รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง:

ICD-10 : J00, J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.8, J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J04.1, J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9, J10.1, J11.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9, J21.0, J21.8, J21.9, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0, H72.1, H72.2, H72.8, H72.9

ผู้สั่งใช้ยา

จัดทำโดย คณะทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดอุบลราชธานี



ภาคผนวก ฉ

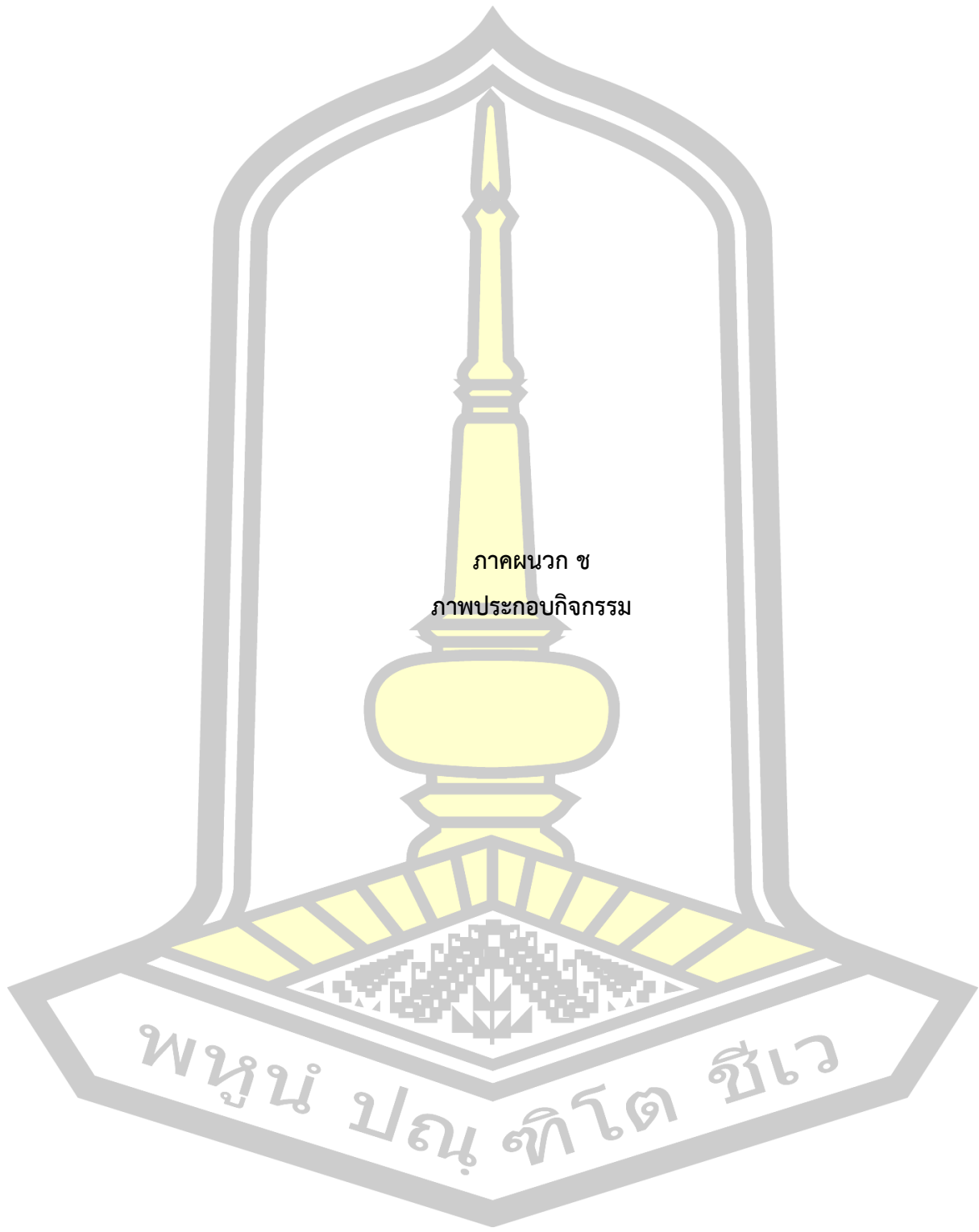
ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ
หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม

พหุ ปรยุ ทิโต ชีเว

ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ
หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม

พฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.
1. การพอใจกับสุขภาพของการในตอนนี้เพียงใด	2.62	0.92	3.73	0.77
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้การไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	3.60	0.84	4.50	0.73
3. การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.34	1.20	4.24	0.76
4. การพอใจกับการนอนหลับของการมากนักเพียงใด	2.65	0.80	3.76	0.60
5. การรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	3.43	1.05	3.99	0.65
6. การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.31	0.67	3.50	0.63
7. การรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน	3.68	0.90	3.84	0.82
8. การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.94	1.09	4.09	0.97
9. การมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.31	1.05	3.48	0.98
10. การรู้สึกพอใจมากขึ้นแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.09	0.74	3.77	0.42
11. การจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	2.97	0.69	3.75	0.43
12. การพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักเพียงใด	3.15	0.75	3.94	0.74
13. การพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3.52	0.87	3.68	0.80
14. การพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น	3.70	0.80	3.82	0.70

พฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วย ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลัน(ต่อ)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.
15. การรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.52	0.95	3.49	0.74
16. การพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	4.12	0.72	4.19	0.65
17. การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	2.92	0.73	2.90	0.69
18. การพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด	3.45	0.69	3.88	0.32
19. การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.74	1.03	3.90	0.94
20. การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.09	0.56	3.25	0.63
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของการมากน้อยเพียงใด	3.01	0.67	3.26	0.68
22. การพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของการ (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	2.46	0.93	2.38	0.73
23. การรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	3.70	0.66	3.83	0.61
24. การสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	2.62	1.08	2.87	1.07
25. การพอใจในชีวิตทางเพศของการแค่นั้น (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วการ มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือ การมีเพศสัมพันธ์)	2.44	0.69	2.78	0.63
26. การคิดว่าคุณมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.42	0.69	3.50	0.57



ภาคผนวก ช
ภาพประกอบกิจกรรม

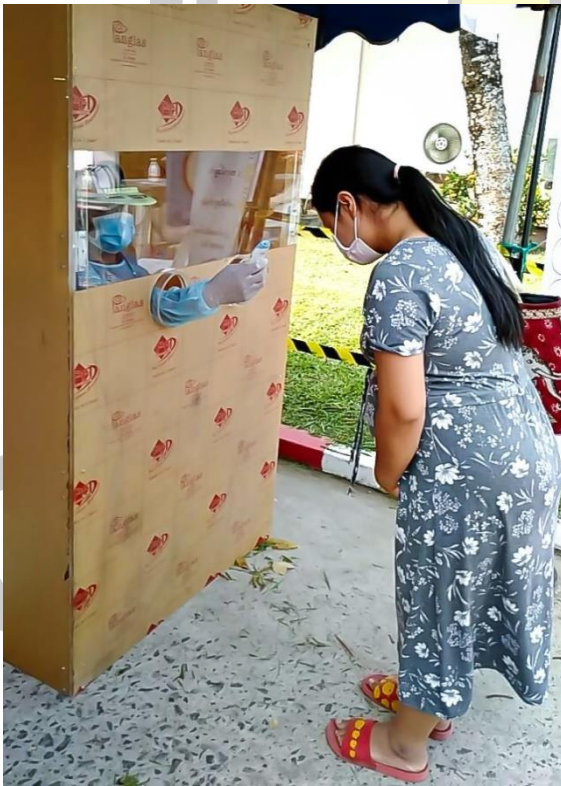
พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว











ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายปริญญา สมจันทร์
วันเกิด	วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด	บ้านเลขที่ 220 หมู่ที่ 1 ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 75 หมู่ที่ 8 ตำบลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34280
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกรชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34280
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2535 ประถมศึกษา โรงเรียนบ้านขามน้อย อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2538 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2541 มัธยมศึกษาตอนปลาย การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2546 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทัต ชีเว