

รายงานการวิจัย

การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคม เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

Evaluation of diffusion of concept and social norm about
Antibiotics Smart Use

คณะผู้วิจัย

ผศ. สมหญิง พุ่มทอง

อ. พิชรี ดวงจันทร์

รศ. กัญญดา อนุวงศ์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ได้รับการสนับสนุนการดำเนินโครงการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มีนาคม ๒๕๕๖

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากเครือข่าย ASU และบุคคลจากหลายองค์กร ที่กรุณาให้ข้อมูล ความช่วยเหลือและการสนับสนุนต่างๆ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย
ผู้ประสานงานและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
รวมทั้งประชาชน ในพื้นที่ 11 แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เสียสละเวลาในการให้สัมภาษณ์
เพื่อนๆ ในเครือข่าย ASU ที่อำนวยความสะดวกพาเยี่ยมชมพื้นที่ รวมทั้งเจ้าของพื้นที่ที่อนุญาตให้
เยี่ยมชมและให้ข้อมูลอย่างดียิ่ง
ดร.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และทีมงาน ในฐานะผู้ริเริ่มและสานต่อ แนวคิด ASU ในประเทศไทย
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย และเจ้าหน้าที่
สำนักงานคณบดีที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน

ผู้วิจัย

มีนาคม 2566

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ASU) เมื่อปี 2550 เป็นต้นมา ASU ยังคงมีการดำเนินอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน มีสถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการนี้เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่สำคัญทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผลการประเมินโครงการในระยะต่างๆ ที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงการยอมรับแนวคิด ASU ของผู้สั่งใช้ยา ผู้บริหารระดับนโยบายและนักวิชาการ จึงทำให้เกิดการสนับสนุนและผลักดันการดำเนินโครงการ ASU ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรการแพทย์ไปในทางที่ดีขึ้น การนำแนวคิด ASU สู่วิชาการในประเทศไทย กำลังดำเนินการผ่าน 3 ยุทธศาสตร์ คือ การเชื่อมต่อแนวคิด ASU เข้ากับนโยบายระดับประเทศ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการสร้างบรรทัดฐานเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ ประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ ASU ในส่วนของการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลนั้น ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 348 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 276 คน ในกลุ่มทดลองมีการจัดโครงการรณรงค์แนวคิด ASU โดยทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ (Change agent) ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภายหลังการรณรงค์ไม่แตกต่างกัน แสดงว่า การรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยวิธีนี้ยังไม่ได้ผลในการสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล แต่บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นภายหลังการรณรงค์ ในขณะที่ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภายหลังการรณรงค์เพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดย change agent มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลอง นอกจากนี้ พบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลทั้งก่อนและหลังการรณรงค์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย

การศึกษาความยั่งยืนของโครงการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ASU จำนวน 39 ท่าน จาก 30 โครงการ (18 จังหวัด) ผู้ให้ข้อมูลมีความหลากหลายทั้งในด้านวิชาชีพ ตำแหน่งงาน หน่วยงาน/จังหวัดที่อาศัยอยู่ และระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ พบว่า การที่ ASU กลายเป็นเกณฑ์คุณภาพระบบยาเพื่อใช้สำหรับพิจารณาการจ่ายค่าตอบแทน (P4P) แก่โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ ตั้งแต่ปี 2553 โดย สปสช. เป็นปัจจัยหรือแรงกระตุ้นที่สำคัญที่สุดที่ทำให้โรงพยาบาลต้องบรรจุโครงการนี้ไว้ในนโยบายของโรงพยาบาล แต่ความจริงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายใต้แนวคิด ASU ของโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) การกำหนดให้ ASU เป็นตัวชี้วัดในระดับ

อำเภอและจังหวัด ศักยภาพของบุคลากรที่ร่วมดำเนินโครงการ โดยเฉพาะผู้ประสานงานหรือแกนนำความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันของทีมวิชาชีพ ความช่วยเหลือ ความร่วมมือและการสนับสนุนจากภาคที่เกี่ยวข้องจากภาครัฐและเอกชน ทั้งส่วนภูมิภาค (สสอ. สสจ. และโรงพยาบาลแม่ข่าย) ส่วนกลาง (สปสช. อย.) รวมถึง ระดับท้องถิ่น (อบต.) และการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น

อุปสรรคสำคัญ ที่พบจากการดำเนินโครงการ ASU คือ ความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติของผู้ส่งใช้ยา การโยกย้าย หมุนเวียนของผู้ส่งใช้ยา (โดยเฉพาะแพทย์ใช้ทุน) และ ผู้ประสานงานหลักของโครงการ ภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้น การประเมินผลโครงการ และการขาดงบประมาณ มีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและดำเนินโครงการ ASU ให้ยั่งยืน ที่ได้จากการสัมภาษณ์ สรุปได้ดังนี้ การเพิ่มศักยภาพบุคลากรการแพทย์ การจัดทำหลักฐานทางวิชาการ (local evidence) เพื่อใช้สนับสนุนข้อมูลการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศไทย การสร้างเครือข่าย ASU อย่างเป็นรูปธรรม การสื่อสารกับประชาชนเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา การนำเสนอผลของโครงการและส่งข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ให้กับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการทำงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินโครงการ ASU อย่างยั่งยืน

การดำเนินโครงการ ASU เพื่อให้เกิดความยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยมาตรการหลายอย่างประกอบกัน ทั้งมาตรการในระยะสั้น (มาตรการเชิงบังคับ มาตรการจูงใจ) และมาตรการระยะยาว (มาตรการเชิงการศึกษา) การกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนทั้งในระดับ “ประเทศ” และระดับ “จังหวัด” ถือเป็นมาตรการเชิงบังคับ ที่มีผลตอบแทน ผลประโยชน์ และบทลงโทษ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นผู้บริหารให้เห็นความสำคัญมากขึ้น การกำหนดให้มีหน่วยงานของส่วนกลางในการติดตามประเมินผล และกำกับดูแลตลอดจนการส่งข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ให้กับผู้ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคให้ได้รับทราบผลของการดำเนินโครงการ แต่หากไม่มีการจัดตั้งหน่วยงานดังกล่าวก็จำเป็นต้องสร้างระบบและกลไกที่จะสามารถติดตามประเมินผล กำกับดูแลโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพจริงๆ มาตรการจูงใจจากการได้รับค่าตอบแทน P4P อาจจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้โรงพยาบาลความสนใจได้ การสร้างเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรมที่ active หรืออาจเป็นลักษณะชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความชัดเจนของกลุ่มที่กำลังทำ ASU ด้วยกัน เป็นช่องทางที่จะเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การในการดำเนิน ASU ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน ในส่วนของบุคลากรการแพทย์ หากมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องพร้อมกับมีความตระหนักและทัศนคติที่ดี จะทำให้เกิดความยั่งยืนในระดับบุคคล จึงจำเป็นที่จะต้องหากกลยุทธ์เพื่อทำให้เกิดขึ้น การให้ความรู้แก่ประชาชนยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินต่อไปเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เพราะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดเพื่อให้เกิดความยั่งยืน สื่อให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ต้องอยู่ในรูปแบบและมีเนื้อหาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย นอกจากสื่อกระแสหลัก (mass media) แล้ว การให้ความรู้และกระจายแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคล (กลุ่มบุคลากรการแพทย์ในพื้นที่) ก็เป็นช่องทางที่จะช่วยเสริมกันได้ดีกับสื่อกระแสหลัก

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	1
บทสรุปผู้บริหาร	2
บทนำ	5
วัตถุประสงค์งานวิจัย	6
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	8
ผลการศึกษา	
ตอนที่ 1 การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคม	
เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	12
ตอนที่ 2 ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	43
สรุปผล	78
ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินโครงการ ASU อย่างยั่งยืน	80
เอกสารอ้างอิง	82
ภาคผนวก ก แบบสอบถามบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและ	
พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	
ภาคผนวก ข ประเด็นการสัมภาษณ์: การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคม	
เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	
ภาคผนวก ค ประเด็นการสัมภาษณ์: ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	

บทนำ

ในปี 2550 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use : ASU) ในลักษณะโครงการนำร่องที่จังหวัดสระบุรี (โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง และ สถานีอนามัย 87 แห่ง) เพื่อหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะของบุคลากรทางการแพทย์ ใน 3 โรคเป้าหมาย คือ โรคหวัด ท้องเสีย และแผลเลือดออก โดยใช้กลยุทธ์การสร้างความเข้าใจ และปรับฐานความคิดและทัศนคติของบุคลากรเพื่อให้มีการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลซึ่งเป็นการเน้นที่ระดับบุคคลและสถานพยาบาล ผลการประเมินโครงการนำร่องดังกล่าว¹ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้และทัศนคติรวมถึงการปฏิบัติที่ถูกต้องมากขึ้นต่อการรักษาและการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ ทำให้มีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเป้าหมายที่ได้รับยาปฏิชีวนะลดลง ส่งผลให้ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาลลดลงเช่นกัน

โครงการนำร่อง ASU ในจังหวัดสระบุรีได้ถูกนำมาใช้เป็นต้นแบบของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีการขยายผลในระยะที่ 2 ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2552 ไปยังพื้นที่หลายแห่ง ได้แก่ จังหวัดสมุทรสงคราม พระนครศรีอยุธยา อุบลราชธานี โรงพยาบาลเอกชนในเครือโรงพยาบาลศรีวิชัย (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลวิชัยเวชอินเตอร์เนชั่นแนล) และเครือข่ายโรงพยาบาลกันตัง (โรงพยาบาลชุมชน และ สถานีอนามัย) จังหวัดตรัง เพื่อศึกษารูปแบบการขยายโครงการ และยังคงใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สั่งใช้ยาในระดับบุคคลเป็นหลัก ร่วมกับการเน้นการมีส่วนร่วมและใช้กลวิธีเฉพาะของแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของโครงการ (Ownership) เสริมด้วยการทำงานในลักษณะของเครือข่าย (Decentralized network) นอกจากนี้ยังมีการขยายผลผ่านนโยบายระดับชาติ (Policy advocacy) โดยบรรจุเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ASU ในเกณฑ์ข้อ 2 คุณภาพระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้สถานพยาบาลทั่วประเทศดำเนินโครงการ ASU ข้อมูลจาก สปสช. รายงานว่า ปี 2553 มีโรงพยาบาลที่รายงานการดำเนินโครงการ ASU จำนวน 622 แห่ง ผลการประเมินโครงการในระยะที่ 2 นี้² แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโครงการตามเป้าหมายนำไปสู่การยอมรับและความเต็มใจที่จะร่วมขยาย ASU ในสถานพยาบาลต่อไป

ในปี 2553 แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ภายใต้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนทุนวิจัยแก่สถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการ ASU เพื่อเน้นการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ASU จากรายงานการประเมินสัมฤทธิ์ผลของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย³ ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุข) จำนวน 69 ท่าน จาก 16 โครงการ (13 จังหวัด) พบว่า ทุกท่านเห็นด้วยว่าการทำงาน ASU ในลักษณะเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ พี่เลี้ยงหรือต้นแบบสามารถให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือต่างๆ แก่ผู้ที่เริ่มต้น นอกจากนี้ ยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ระหว่างสถานพยาบาล

ด้วย เครือข่ายที่เกิดขึ้นมีทั้งในระดับชุมชนหรือตำบล (สถานีนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล วัด และ โรงเรียน) อำเภอ (ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน) และจังหวัด (ระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด)

นับตั้งแต่เริ่มโครงการนำร่องเมื่อปี 2550 โครงการ ASU ยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบันภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่สำคัญ เช่น อย. สวรส. สปสช. นักวิชาการจากคณะ แพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ บุคลากรการแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ ผลการประเมินโครงการใน ระยะต่างๆ แสดงให้เห็นถึงการยอมรับแนวคิด ASU ของผู้สั่งใช้ยาในสถานพยาบาลภาครัฐ เช่น แพทย์ เภสัช กร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่างเห็นถึงประโยชน์ของโครงการทั้งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลและภาพรวม ของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเชื่อตัวยา มูลค่าการใช้ยาเกินจำเป็น จึงทำให้เกิดการสนับสนุนและผลักดันการ ดำเนินโครงการ ASU ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรไปในทางที่ดี ขึ้น การนำแนวคิด ASU สู่วิทยาลัยในประเทศไทย กำลังดำเนินการผ่าน 3 ยุทธศาสตร์ คือ การเชื่อมต่อ แนวคิด ASU เข้ากับนโยบายระดับประเทศ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการสร้างบรรทัดฐานเกี่ยวกับการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ ประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคม เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และศึกษาปัจจัยที่มีผลความยั่งยืนของโครงการ ASU ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อให้ ASU เกิด ความยั่งยืนในประเทศไทยต่อไป

นิยามศัพท์

1. **ความยั่งยืนของโครงการ ASU** หมายถึง การปฏิบัติตามแนวคิด ASU อย่างต่อเนื่องใน สถานพยาบาลหรือในพื้นที่ (ตำบล อำเภอ และจังหวัด) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความยั่งยืนใน ระดับบุคคล หมายถึง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับบุคคล และ ระดับ องค์กร หมายถึง มีการปรับเปลี่ยนระบบหรือปัจจัยแวดล้อมเพื่อให้แนวคิด ASU ดำรงอยู่ได้ใน สถานพยาบาลหรือพื้นที่นั้นๆ
2. **บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล** หมายถึง ผลรวมของการรับรู้ของ กลุ่มตัวอย่างในประเด็นต่างๆ ได้แก่ (1) รับรู้ว่าคนส่วนใหญ่ที่เขารู้จักเรียกชื่อยาปฏิชีวนะถูกต้อง หรือไม่ (2) รับรู้ว่าคนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก กินยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ บ่อยเพียงใด (3) รับรู้ว่า คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จักเริ่มกินยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ บ่อยเพียงใด และ (4) รับรู้ว่าคนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก ชื่อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์บ่อย เพียงใด

การวัดทำโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับประเด็นทั้ง 4 ข้างต้น รวมคะแนนทั้ง 4 ข้อ โดยกลับคะแนนข้อความเชิงลบให้เป็นเชิงบวก ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูง แสดงว่ามีบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่า เป็นผู้ที่รับรู้ (1) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จักเรียกชื่อยาปฏิชีวนะถูกต้อง (2) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก กินยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ น้อย (3) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จักเริ่มกินยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ น้อย และ (4) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก ซื้อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์น้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล หมายถึง ความถี่ในการกระทำพฤติกรรมย่อยเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ 3 ประการ ได้แก่ (1) การกินยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ (2) การกินยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ และ (3) การซื้อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์

การวัดทำโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความถี่เกี่ยวกับพฤติกรรมย่อยทั้ง 3 ดังกล่าวข้างต้น รวมคะแนนทั้ง 3 ข้อ โดยกลับคะแนนพฤติกรรมย่อยเชิงลบให้เป็นเชิงบวก ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูง แสดงว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่า (1) ไม่ค่อยกินยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ (2) ไม่ค่อยกินยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ และ (3) ไม่ค่อยซื้อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

- 1) การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
- 2) ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ตอนที่ 1 การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ก. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-65 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-65 ปี จำนวน 624 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 348 คน และกลุ่มควบคุม 276 คน โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นพื้นที่ที่ได้มีการจับคู่กัน (Matching) จำนวน 5 คู่ ตามบริบททางกายภาพ ทางสังคม และประสบการณ์ในการได้รับกิจกรรมเกี่ยวกับ ASU ที่คล้ายคลึงกัน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 1) อายุ 20-65 ปี
- 2) พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
- 3) ไม่เป็นหรือไม่เคยเป็นบุคลากรสาธารณสุข หรือ อสม.
- 4) สามารถเข้าร่วมการเก็บข้อมูลได้ทั้งครั้งที่ 1 (มิถุนายน - กรกฎาคม 2555) และ 2 (พฤศจิกายน-ธันวาคม 2556)

ข. การออกแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (Two group Pretest-Posttest Design) ดังภาพประกอบ 1

กลุ่ม*	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4
กลุ่มทดลอง	จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง	ทดสอบก่อนการทดลอง	จัดกระทำ (โครงการรณรงค์)	ทดสอบหลังการทดลอง
กลุ่มควบคุม	จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม	ทดสอบก่อนการทดลอง	ไม่จัดกระทำ	ทดสอบหลังการทดลอง

* กลุ่มทดลอง หมายถึง พื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก กลุ่มควบคุม หมายถึง พื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการ ASU โดยบุคลากรการแพทย์ในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน

ภาพประกอบ 1 แบบแผนการทดลอง

ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งเป็นข้อคำถามวัดความถูกต้องของการเรียกชื่อยาปฏิชีวนะ จำนวน 1 ข้อ วัดบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 4 ข้อ และวัดพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จำนวน 3 ข้อ และข้อสุดท้ายเป็นคำถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับเชื้อมดของยากลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ ซึ่งคำถามทั้งหมดมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ นอกจากนี้ยังมีคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ อีกจำนวน 4 ข้อ

แบบสอบถามบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามทำโดยนำแบบสอบถามไปให้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านพฤติกรรมเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา และนิยามพฤติกรรมที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้น นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอองค์กรักจังหวัดนครนายก จำนวน 23 คน หลังจากการทดลองใช้ มีการปรับปรุงการใช้ภาษาให้เข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ได้นำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง (ภาคผนวก ก)

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) เกี่ยวกับปัจจัยนำเข้ากระบวนการ และผลผลิตของโครงการรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ (ภาคผนวก ข)

ง. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งนักวิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 2 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง เพื่อโทรศัพท์สัมภาษณ์ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ที่เป็นกลุ่มทดลอง

ภาพรวมการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ส่วน แสดงดังภาพประกอบ 2

จ. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ตรวจสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้ ความเบ้ ความโด่ง และสถิติ K-S Test
- 4) ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 และ 2 โดยใช้สถิติ Independent sample t-test
- 5) ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 3 และ 4 โดยใช้สถิติ paired t-test
- 6) ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 5 โดยใช้ Pearson's Product-Moment Correlation
- 7) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง



ภาพประกอบ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรในภาพรวม

ตอนที่ 2

ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face to face) และทางโทรศัพท์ (telephone interview) จากผู้ให้ข้อมูล (key informants) จำนวน 39 ท่าน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยนักวิจัยซึ่งมีประสบการณ์ในฐานะเป็นผู้ประเมินโครงการ ASU ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานในโครงการ ASU ในสถานพยาบาลหรือจังหวัด จำนวน 36 คน อาจารย์จากโรงเรียนแพทย์ 2 ท่าน และ ผู้แทนจาก สปสช. 1 ท่าน การสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งมีโครงสร้าง กำหนดประเด็นการสัมภาษณ์หลักซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความยั่งยืนของโครงการ นักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เองทั้งหมด เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 21 มกราคม ถึง 28 มีนาคม 2556 (2 เดือน) นอกจากนี้ มีการสังเกตการณ์การดำเนินโครงการ ASU อย่างไม่เป็นทางการ ในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ สระบุรี พระนครศรีอยุธยา อุบลราชธานี และสงขลา

ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ การนำผลโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์ การสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะมีการบันทึกเทปหากได้รับคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์โดยเฉลี่ยประมาณ 25 นาทีต่อท่าน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผล

การศึกษาเรื่องการประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ASU) ผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลักและศึกษาอิทธิพลของบรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีสมมติฐานการวิจัย 5 ข้อที่เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันหลังจากการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก
2. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันหลังจากการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก
3. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองหลังจากการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก มีระดับสูงขึ้นกว่าก่อนการรณรงค์
4. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองหลังจากการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก มีระดับสูงขึ้นกว่าก่อนการรณรงค์
5. การเปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มทดลอง

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำเสนอตามลำดับโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	หมายถึง	ค่าสถิติ t
r	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
Sig	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
N	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
*	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

จากการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 674 คน จากพื้นที่ 11 แห่งในประเทศไทย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง หมายถึง พื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการรณรงค์ แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก กลุ่มควบคุม 1 หมายถึง พื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการ ASU โดยบุคลากรทางการแพทย์ในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และ กลุ่มควบคุม 2 หมายถึง พื้นที่ซึ่งไม่เคยมีการดำเนินโครงการ ASU (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามแยกตามพื้นที่ (n=674)

กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม 1	กลุ่มควบคุม 2
ต.ชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา (59)	พื้นที่ 1' (63)	
ต.บ้านหลวง อ.พร้าว จ.เชียงใหม่ (52)	พื้นที่ 2' (57)	
รพ.พร้าว อ.พร้าว จ.เชียงใหม่ (51)		
ต.หลังเขา อ. มวกเหล็ก จ.สระบุรี (55)	พื้นที่ 3' (53)	
อ.เมือง จ.อุบลราชธานี (50)	พื้นที่ 4' (49)	
อ.บางบาล จ.พระนครศรีอยุธยา (81)	พื้นที่ 5' (54)	
		อ.องครักษ์ จ.นครนายก (50)

รายละเอียดลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรแสดงในตาราง 2 – 4

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=348)		กลุ่มควบคุม (N=276)		รวม (N=624) ^a	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	247	71.0	183	66.3	430	68.9
ชาย	100	28.7	90	32.6	190	30.4
ไม่ระบุ	1	0.3	3	1.1	4	0.6
อายุ						
ไม่เกิน 20 ปี	1	0.3	3	1.1	4	0.6
21 – 30 ปี	32	9.2	33	12.0	65	10.4
31 – 40 ปี	73	21.0	58	21.0	131	21.0
41 – 50 ปี	79	22.7	72	26.1	151	24.2
51 – 60 ปี	80	23.0	72	26.1	152	24.4
61 ปี ขึ้นไป	75	21.6	28	10.1	103	16.5
ไม่ระบุ	8	2.3	10	3.6	18	2.9
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	200	57.5	134	48.6	334	53.5
มัธยมศึกษา	87	25.0	77	27.9	164	26.3
อนุปริญญา	13	3.7	14	5.1	27	4.3
ปริญญาตรี	31	8.9	30	10.9	61	9.8
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	2	0.7	2	0.3
อื่นๆ	10	2.9	13	4.7	23	3.7
ไม่ระบุ	7	2.0	6	2.2	13	2.1
อาชีพ						
เกษตรกร	78	22.4	65	23.6	143	22.9
รับจ้างรายวัน	105	30.2	65	23.6	170	27.2
พนักงานบริษัท/โรงงาน	27	7.8	26	9.4	53	8.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	47	13.5	40	14.5	87	13.9
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	18	5.2	16	5.8	34	5.4
ข้าราชการบำนาญ	2	0.6	1	0.4	3	0.5
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	14.4	40	14.5	90	14.4
อื่นๆ	9	2.6	17	6.2	26	4.2
ไม่ระบุ	12	3.4	6	2.2	18	2.9

^a ไม่รวมกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่ไม่เคยมีการดำเนินโครงการ ASU จำนวน 50 คน

จากข้อมูลในตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 60 ปี (อายุเฉลี่ย 47.24 ± 13.20 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และประกอบอาชีพรับจ้างรายวันและเกษตรกร

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของการเรียกชื่อยาในรูปภาพจำแนกตามกลุ่มการทดลอง และช่วงเวลาเก็บข้อมูล

ข้อความ	จำนวน (%) กลุ่มทดลอง (N=348) ^b		จำนวน (%) กลุ่มควบคุม (N=276) ^b		รวม ^a (N=624) ^b	
	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ก่อนรณรงค์	หลังรณรงค์
1. ท่านเรียกยาในรูปภาพว่ายาอะไร						
ยาแก้แสบ	262 (75.3)	200 (57.5)	225 (81.5)	212 (76.8)	486 (77.9)	412 (66.0)
ยาฆ่าเชื้อ	129 (37.1)	177 (50.9)	20 (7.2)	104 (37.7)	48 (7.7)	281 (45.0)
ยาปฏิชีวนะ	83 (23.9)	186 (53.4)	13 (4.7)	52 (18.8)	40 (6.4)	238 (38.1)
ชื่ออื่นๆ	7 (2.1)	3 (0.9)	5 (1.8)	1 (0.4)	7 (1.1)	4 (0.8)
ไม่ระบุ	29 (8.3)	28 (8.0)	13 (4.7)	19 (6.9)	43 (6.9)	47 (7.5)
2. คนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จักเรียกยาในรูปภาพว่ายาอะไร						
ยาแก้แสบ	260 (74.7)	223 (64.1)	202 (73.2)	201 (72.8)	461 (73.9)	424 (67.9)
ยาฆ่าเชื้อ	135 (38.8)	186 (53.4)	38 (13.8)	116 (42.0)	74 (11.9)	302 (48.4)
ยาปฏิชีวนะ	60 (17.2)	142 (40.8)	15 (5.4)	42 (15.2)	33 (5.3)	184 (29.5)
ชื่ออื่นๆ	4 (1.2)	4 (1.2)	7 (2.5)	3 (1.1)	9 (1.4)	7 (1.3)
ไม่ระบุ	29 (8.3)	28 (8.0)	14 (5.1)	19 (6.9)	47 (7.5)	47 (7.5)

^a ไม่รวมกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่ไม่เคยมีการดำเนินโครงการ ASU จำนวน 50 คน

^b เลือกตอบได้หลายข้อ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของการเรียกชื่อยาในรูปภาพจำแนกตามกลุ่มการทดลอง และช่วงเวลาเก็บข้อมูล จากข้อมูลในตาราง พบว่า ในกลุ่มทดลองซึ่งอยู่ในพื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการรณรงค์ แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก กลุ่มตัวอย่างเรียกชื่อยาปฏิชีวนะถูกต้องมากขึ้นจากร้อยละ 23.9 ในช่วงระยะที่ 1 (ก่อนการรณรงค์) เป็นร้อยละ 53.4 ในช่วงระยะที่ 2 (หลังการรณรงค์) และในขณะเดียวกันก็รับรู้ว่าคุณส่วนใหญ่ที่เขารู้จักเรียกชื่อยาปฏิชีวนะถูกต้องมากขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มจากร้อยละ 17.2 ในช่วงระยะที่ 1 (ก่อนการรณรงค์) เป็นร้อยละ 40.8 ในช่วงระยะที่ 2 (หลังการรณรงค์) สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งอยู่ในพื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการ ASU โดยบุคลากรการแพทย์ในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเรียกชื่อยาปฏิชีวนะถูกต้องมากขึ้นจากระยะที่ 1 และรับรู้ว่าคุณส่วนใหญ่ที่เขารู้จักเรียกชื่อยาปฏิชีวนะถูกต้องมากขึ้นจากระยะที่ 1 เช่นกัน แต่เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และการรับรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา จำแนกตามกลุ่มการทดลอง และช่วงเวลาเก็บข้อมูล

ข้อความ	จำนวน (%) กลุ่มทดลอง (N=348)		จำนวน (%) กลุ่มควบคุม (N=276)		รวม ^a (N=624)	
	ก่อนรณรงค์	หลังรณรงค์	ก่อนรณรงค์	หลังรณรงค์	ก่อนรณรงค์	หลังรณรงค์
1. คนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จัก มักจะกินยาในรูปภาพ เมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ						
ไม่ใช่	86 (24.7)	98 (28.2)	56 (20.3)	74 (26.8)	142 (22.8)	172 (27.6)
ไม่แน่ใจ	78 (22.4)	63 (18.1)	70 (25.4)	63 (22.8)	148 (23.7)	126 (20.2)
ใช่	155 (44.5)	157 (45.1)	137 (49.6)	119 (43.1)	292 (46.8)	276 (44.2)
ไม่ระบุ	29 (8.3)	30 (8.6)	13 (4.7)	20 (7.2)	42 (6.7)	50 (8.0)
2. คนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จัก เริ่มกินยาในรูปภาพ ไว้แต่เนิ่นๆ เมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ หรือป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยมากขึ้น						
ไม่ใช่	149 (42.8)	143 (41.1)	106 (38.4)	106 (38.4)	255 (40.9)	249 (39.9)
ไม่แน่ใจ	54 (15.5)	59 (17.0)	63 (22.8)	67 (24.3)	117 (18.8)	126 (20.2)
ใช่	115 (33.0)	115 (33.0)	92 (33.3)	83 (30.1)	207 (33.2)	198 (31.7)
ไม่ระบุ	30 (8.6)	31 (8.9)	15 (5.4)	20 (7.2)	45 (7.2)	51 (8.2)
3. คนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จัก มักซื้อยาในรูปภาพกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สถานอนามัย						
ไม่ใช่	142 (40.8)	141 (40.5)	108 (39.1)	98 (35.5)	250 (40.1)	239 (38.3)
ไม่แน่ใจ	67 (19.3)	57 (16.4)	60 (21.7)	62 (22.5)	127 (20.4)	119 (19.1)
ใช่	110 (31.6)	119 (34.2)	91 (33.0)	95 (34.4)	201 (32.2)	214 (34.3)
ไม่ระบุ	29 (8.3)	31 (8.9)	17 (6.2)	21 (7.6)	46 (7.4)	52 (8.3)

^a ไม่รวมกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่ไม่เคยมีการดำเนินโครงการ ASU จำนวน 50 คน

ข้อความ	จำนวน (%)	กลุ่มทดลอง	จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม	รวม ^a	
	(N=348)		(N=276)		(N=624)	
	ก่อนรณรงค์	หลังรณรงค์	ก่อนรณรงค์	หลังรณรงค์	ก่อนรณรงค์	หลังรณรงค์
4. เมื่อท่านเป็นหวัด เจ็บคอ ท่านกินยาในรูปภาพ						
ไม่กินเลย	92 (26.4)	124 (35.6)	73 (26.4)	67 (24.3)	165 (26.4)	191 (30.6)
กินเป็นบางครั้ง	199 (57.2)	184 (52.9)	163 (59.1)	145 (52.5)	362 (58.0)	148 (23.7)
กินทุกครั้ง	28 (8.0)	10 (2.9)	26 (9.4)	44 (15.9)	54 (8.7)	292 (46.8)
ไม่ระบุ	29 (8.3)	30 (8.6)	14 (5.1)	20 (7.2)	43 (6.9)	42 (6.7)
5. ท่านเริ่มกินยาในรูปภาพไว้แต่เนิ่นๆ เมื่อมีอาการไม่สบาย เพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอหรือป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยมากขึ้น						
ไม่กินเลย	161 (46.3)	154 (44.3)	111 (40.2)	102 (37.0)	272 (43.6)	256 (41.0)
กินเป็นบางครั้ง	136 (39.1)	151 (43.4)	128 (46.4)	133 (48.2)	264 (42.3)	284 (45.5)
กินทุกครั้ง	22 (6.3)	12 (3.4)	24 (8.7)	21 (7.6)	46 (7.4)	33 (5.3)
ไม่ระบุ	29 (8.3)	31 (8.9)	13 (4.7)	20 (7.2)	42 (6.7)	51 (8.2)
6. ท่านซื้อยาในรูปภาพกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สถานีนามัย						
ไม่ใช่	176 (50.6)	177 (50.9)	122 (44.2)	125 (45.3)	298 (47.8)	302 (48.4)
ไม่แน่ใจ	126 (36.2)	134 (38.5)	120 (43.5)	119 (43.1)	246 (39.4)	253 (40.5)
ใช่	15 (4.3)	6 (1.7)	18 (6.5)	9 (3.3)	33 (5.3)	15 (2.4)
ไม่ระบุ	31 (8.9)	31 (8.9)	16 (5.8)	23 (8.3)	47 (7.5)	54 (8.7)
7. ท่านเคยได้ยินคำว่า “เชื้อดื้อยา” หรือไม่						
ไม่เคย	79 (22.7)	51 (14.7)	80 (29.0)	67 (24.3)	159 (25.5)	118 (18.9)
เคย	237 (68.1)	265 (76.1)	181 (65.6)	181 (65.6)	418 (67.0)	446 (71.5)
ไม่ระบุ	32 (9.2)	32 (9.2)	15 (5.4)	28 (10.1)	47 (7.5)	60 (9.7)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยได้รวมคะแนนข้อคำถามเกี่ยวกับบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งได้แก่คำถามข้อที่ 2 – 5 ในแบบสอบถามเป็นตัวแปร “บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล” และรวมคะแนนข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งได้แก่คำถามข้อที่ 6 – 8 ในแบบสอบถามเป็นตัวแปร “พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล” และในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยจะทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของทั้งสองตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ดังรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

2.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สมมติฐานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ สมมติฐานที่ 1 และ 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐานที่ 1 และ 2 แสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก

ตัวแปร	เวลาที่วัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	ก่อนการรณรงค์	6.01	2.05	5.89	1.87	0.732	.465
	หลังการรณรงค์	6.43	2.31	6.09	2.01	1.869	.062
	รณรงค์						
2. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	ก่อนการรณรงค์	7.15	1.41	6.92	1.44	1.957	.051
	หลังการรณรงค์	7.35	1.40	6.87	1.33	4.144	.000**
	รณรงค์						

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานที่ 1: บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันหลังจากการรณรงค์แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก

จากข้อมูลในตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งก่อนและหลังการรณรงค์แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก **ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 1**

สมมติฐานที่ 2: พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันหลังจากการรณรงค์แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก

จากข้อมูลในตาราง 5 พบว่า ภายหลังจากการรณรงค์แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.144$; $p < .001$) แต่ไม่พบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ .05 ในช่วงก่อนการรณรงค์ **ซึ่งยืนยันสมมติฐานที่ 1** แสดงว่า ภายหลังจากการรณรงค์แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก การกินยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ การกินยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ และการซื้อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองลดน้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรณรงค์

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างพื้นที่ที่ได้มีการจับคู่กัน (Matching) แสดงดังตาราง 6-10

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เปรียบเทียบกับพื้นที่ 1 ทั้งก่อนและหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก

ตัวแปร	เวลาที่วัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	ก่อนการรณรงค์	5.78	1.58	6.44	1.86	-2.083	.039*
	หลังการรณรงค์	6.39	1.61	6.49	1.96	-.306	.760
2. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	ก่อนการรณรงค์	6.85	1.31	7.17	1.25	-1.367	.174
	หลังการรณรงค์	7.32	1.23	7.05	1.47	1.060	.291

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เปรียบเทียบคู่ที่ 2 ทั้งก่อนและหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก

ตัวแปร	เวลาที่วัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ก่อนการรณรงค์	6.33	2.03	5.36	1.85	2.762	.006**
	หลังการรณรงค์	7.01	2.50	4.75	1.92	5.902	.000**
2. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ก่อนการรณรงค์	7.48	1.28	7.56	1.43	-.325	.746
	หลังการรณรงค์	7.92	1.24	6.50	1.32	6.174	.000**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เปรียบเทียบคู่ที่ 3 ทั้งก่อนและหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก

ตัวแปร	เวลาที่วัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ก่อนการรณรงค์	7.02	2.21	6.02	1.62	2.628	.010*
	หลังการรณรงค์	8.52	1.75	6.44	1.87	5.748	.000**
2. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ก่อนการรณรงค์	7.89	1.37	6.56	1.44	4.816	.000**
	หลังการรณรงค์	8.76	0.68	6.93	1.16	9.331	.000**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เปรียบเทียบคู่ที่ 4 ทั้งก่อนและหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก

ตัวแปร	เวลาที่วัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ก่อนการรณรงค์	5.08	1.88	5.78	1.77	1.893	.061
	หลังการรณรงค์	5.59	1.73	6.06	1.66	1.369	.174
2. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ก่อนการรณรงค์	6.26	1.27	6.68	1.12	1.720	.089
	หลังการรณรงค์	6.41	1.22	6.63	1.25	0.897	.372

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เปรียบเทียบคู่ที่ 5 ทั้งก่อนและหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก

ตัวแปร	เวลาที่วัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ก่อนการรณรงค์	5.58	2.05	5.74	2.11	-.384	.702
	หลังการรณรงค์	4.38	1.14	6.47	2.13	-6.388	.000**
2. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ก่อนการรณรงค์	6.95	1.35	6.57	1.67	1.295	.198
	หลังการรณรงค์	6.00	0.00	7.13	1.33	-6.194	.000**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างก่อนการรณรงค์และหลังการรณรงค์

ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างก่อนการรณรงค์และหลังการรณรงค์ สมมติฐานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ สมมติฐานที่ 3 และ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐานที่ 3 และ 4 แสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างก่อนและหลังการรณรงค์ การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	เวลาที่วัด	ก่อนการรณรงค์		หลังการรณรงค์		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	กลุ่มทดลอง	6.11	2.05	6.54	2.31	-2.589	.010*
	กลุ่มควบคุม	5.92	1.89	6.16	1.98	-1.405	.161
2. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	กลุ่มทดลอง	7.20	1.41	7.45	1.40	-2.608	.010*
	กลุ่มควบคุม	6.91	1.45	6.89	1.29	0.193	.847

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 3: บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลอง หลังจากการรณรงค์แนวความคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก มีระดับสูงขึ้นกว่าก่อนการรณรงค์ในกลุ่มทดลอง

จากข้อมูลในตาราง 11 พบว่า ภายหลังการรณรงค์แนวความคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มทดลอง ($t = -2.589$; $p = .010$) แต่ไม่พบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ .05 ในกลุ่มควบคุม **ซึ่งยืนยันสมมติฐานที่ 3** แสดงว่า ภายหลังการรณรงค์แนวความคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก กลุ่มทดลองรับรู้ (1) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก เรียกชื่อยาปฏิชีวนะถูกต้องมากขึ้น (2) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก กินยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ลดลง (3) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก เริ่มกินยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ ลดลง และ (4) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก ซื้อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ลดลง

สมมติฐานที่ 4: พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองหลังจากการรณรงค์ แนวคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก มีระดับสูงขึ้นกว่าก่อนการรณรงค์

จากข้อมูลในตาราง 11 พบว่า ภายหลังการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.608$; $p = .010$) แต่ไม่พบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ .05 ในกลุ่มควบคุม **ซึ่งยืนยันสมมติฐานที่ 4** แสดงว่า ภายหลังการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก กลุ่มทดลองกินยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ลดลง กินยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ ลดลง และซื้อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ ลดลง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างก่อนและหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก แยกตามพื้นที่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงในตาราง 12 และ ตาราง 13 ตามลำดับ

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ระหว่างก่อนและหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก แยกตามพื้นที่ในกลุ่มทดลอง

พื้นที่	ตัวแปร	ก่อนการรณรงค์		หลังการรณรงค์		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	5.78	1.61	6.39	1.61	-2.107	.040*
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	6.82	1.32	7.32	1.23	-2.102	.040*
2	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	6.38	1.99	6.91	2.53	-1.625	.108
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	7.51	1.25	7.90	1.25	-2.414	.018*
3	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	7.08	2.23	8.60	1.59	-4.229	.000**
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	7.92	1.38	8.76	0.69	-4.143	.000**
4	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	5.04	1.88	5.59	1.73	-1.703	.095
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	6.27	1.29	6.41	1.22	-.700	.487
5	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	6.03	2.08	4.12	.880	4.686	.000**
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	7.24	1.30	6.00	.000	5.524	.000**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากข้อมูลในตาราง 12 พบว่า ภายหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ 1 และ 3 มีบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ 2 มีเพียงพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลเท่านั้นที่เพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทางตรงกันข้าม พบว่า ทั้งบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของกลุ่มตัวอย่าง

ใน พื้นที่ 5 กลับลดลงจากก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพื้นที่ที่เหลือคือ พื้นที่ 4 พบว่า ทั้งบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภายหลังการรณรงค์ไม่แตกต่างจากก่อนการรณรงค์ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระหว่างก่อนและหลังการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก แยกตามพื้นที่ในกลุ่มควบคุม

พื้นที่	ตัวแปร	ระยะที่ 1		ระยะที่ 2		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1'	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	6.51	1.90	6.40	1.96	-.671	.780
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	7.16	1.24	6.98	1.46	-.256	.419
2'	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	5.46	1.97	4.94	1.97	1.112	.274
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	7.59	1.44	6.68	1.13	3.003	.005**
3'	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	5.98	1.48	6.47	1.91	-1.443	.156
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	6.63	1.53	6.98	1.18	-1.378	.176
4'	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	5.78	1.77	6.06	1.66	-1.124	.267
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	6.68	1.12	6.55	1.21	.735	.466
5'	บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	5.71	2.13	6.54	2.09	-2.141	.037*
	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	6.60	1.67	7.17	1.31	-2.344	.023*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากข้อมูลในตาราง 13 พบว่า ในระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ 2 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลลดลงจากระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมของพื้นที่ 5 มีบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นจากระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กล่าวโดยสรุป จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในสมมติฐานที่ 1 และ 3 พบว่า ภายหลังการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ภายหลังการรณรงค์ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่า การรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก ยังไม่ได้ผลในการสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อย่างไรก็ตาม พบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นภายหลังการรณรงค์

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในสมมติฐานที่ 2 และ 4 พบว่า ภายหลังการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภายหลังการรณรงค์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลอง

สมมติฐานที่ 5: การเปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มทดลอง

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กับ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .468$; $p < .001$) แสดงว่า เมื่อการเปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มทดลองดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างก็จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลไปในทางที่ดีขึ้นเช่นกัน หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การที่กลุ่มทดลองรับรู้ (1) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จักเรียกชื่อยาปฏิชีวนะถูกต้องมากขึ้น (2) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก กินยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ลดลง (3) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จักเริ่มกินยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ ลดลง และ (4) คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จัก ชื่อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ลดลง จะส่งผลให้กลุ่มทดลองกินยา

ปฏิกิริยาเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ลดลง กินยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ ลดลง และ ซื้อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ลดลง

ในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากพบความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานของสังคม เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กับ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ยังพบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลทั้งก่อนและหลังการรณรงค์ ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดัง ข้อมูลแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กับ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ทั้งก่อนและหลังการรณรงค์

ตัวแปร	2	3	4
1. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ก่อนการรณรงค์	.185**	.532**	.190**
2. บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล หลังการรณรงค์		.249**	.637**
3. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลก่อนการรณรงค์			.319**
4. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลหลังการรณรงค์			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ (Change agent) ซึ่งเป็นสื่อบุคคลใน โครงการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก ร่วมกับการศึกษาโครงการ ของแต่ละพื้นที่ ขอนำเสนอผลการประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ตามประเด็นหลักๆ ดังนี้

3.1 สื่อบุคคลหรือทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง (ตัวชี้วัด) ในพื้นที่และบทบาทหน้าที่

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ร่วมกับการศึกษาโครงการของแต่ละพื้นที่ พบว่า สื่อบุคคลหรือทีมผู้นำการ เปลี่ยนแปลงในพื้นที่ประกอบด้วยหลายภาคส่วน ได้แก่

- 1) กลุ่มบุคลากรการแพทย์ เช่น เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ และ อสม.
- 2) กลุ่มผู้นำท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (นายก อบต.) สมาชิกสภา องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตัวแทนกำนัน ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน

- 3) กลุ่มแกนนำสุขภาพในชุมชน เช่น อสม.น้อย กลุ่มธรรมนูญสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ สภาเด็ก กลุ่ม ASU น้อย
- 4) กลุ่มสื่อสารมวลชนในท้องถิ่น เช่น นักจัดรายการวิทยุชุมชน (ดีเจ) ตัวแทนสื่อพื้นบ้าน
- 5) กลุ่มการศึกษา เช่น ครูอนามัยโรงเรียน
- 6) กลุ่มร้านค้า เช่น ตัวแทนร้านขายของชำ ร้านค้าปลีก

ส่วนบทบาทหน้าที่ของทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง ส่วนใหญ่มักจะสอดคล้องกับลักษณะงานประจำของแต่ละภาคส่วน เช่น เกสเซอร์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล วิทยุชุมชนมีหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น แต่ในภาพรวมทุกภาคส่วนจะมีการทำงานประสานกัน โดยผู้ประสานงานหลักของแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นเกสเซอร์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. โดยจะมีการประชุมทีมตัวจิ๊ดเพื่อร่วมกันวางแผนการทำงาน ดำเนินงาน และทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน พร้อมทั้งหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ในบางพื้นที่ยังมีการแบ่งทีมงานออกเป็น 2 ทีมที่มีองค์ประกอบของทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ที่คล้ายคลึงกัน และทำงานคู่ขนานกัน

“...มีสองทีม...คล้าย ๆ กัน ไม่แตกต่างกัน ความสำคัญก็คล้าย ๆ กัน ทีมหมอ..จะทำในพื้นที่ ทีมนายกก็จะออกนอกพื้นที่ ๆ อบต. ในอำเภอ คือจะออกนอกพื้นที่ รูปแบบก็คล้าย ๆ กัน ออกประชาสัมพันธ์ จัดทำไวนิลให้ความรู้...”

ตัวจิ๊ด 1

“...ประชุมทีมแก้ปัญหา เอาจานมาคุยกันบ่อยมาก...ถ้าเป็นทีมของอสม.เราจะประชุมทุกวันที่ 15 ให้ความรู้ด้วย ปัญหาที่เค้ามีย่อเสนอแนะอะไรก็วันที่ 15 เลย แต่ถ้านอกรอบก็จะเป็นที่ อสม.เลย คือ อสม.เค้าเรียกประชุมกันเอง อย่างของหนู ๆ ก็ประชุมที่อนามัย เรียกเพื่อน ๆ มา อย่างเราจะทำไวนิลเราก็มาร่วมกันขึ้นรูปขึ้นแบบแล้วมีคนทำหน้าที่ไปจัดทำไวนิลหรือเอาไปเกลามาอีกที...”

ตัวจิ๊ด 1

“...อย่างวันนั้นไปที่สาธารณสุขอำเภอ เทศบาลที่อยู่ใกล้ ๆ กันจะมีเสียงตามสายด้วยเค้าพูดถึงการใช้ยาของเราด้วยนะ...ลืมนึกถึงพี่ดีเจไป พี่ที่วิทยุชุมชน พี่เค้าเป็นหนึ่งในทีมตัวจิ๊ดด้วย ทีมนายกคะ...เค้าเป็นหนึ่งในตัวจิ๊ดนะ ในสถานีวิทย์บางทีหมอ...ก็ไปนั่งในสตูดิโอ หมอ...ไปให้ความรู้...”

ตัวจิ๊ด 1

“...คล้าย ๆ กันคะ อบต. ผู้ใหญ่บ้านวันที่เค้าประชุม เค้าจะหลักทางให้เรา ก่อน เค้าจะให้สาธารณสุขเข้าก่อนแล้วงานของเค้าจะไว้ทีหลัง เพื่อที่จะดึงคนเอาไว้ให้ฟังเค้าเปิดให้เรา ก่อนเลย...”

ตัวจิ๊ด 2

“...เป็นผู้ประสานงาน และเป็นผู้วางแนวทางในการทำกิจกรรม เป็นผู้ประสานงานร่วมกับผู้นำท้องถิ่นในชุมชนและแกนนำสุขภาพ รวมทั้งอสม.น้อย เป็นผู้ประสานงานโครงการ...”

ตัวชี้วัด 5

“...ตรง อสม.น้อย น้อย ๆ จะมีบทบาทในเรื่องของการช่วยประชาสัมพันธ์และการทำงาน ซึ่งในช่วงนี้จะเป็นการทำงานคล้าย ๆ ละครวญๆ ประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านได้รับฟังในเรื่องนี้ด้วยค่ะ...”

ตัวชี้วัด 5

3.2 กิจกรรมของโครงการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก สามารถแบ่งลักษณะของกิจกรรมในโครงการณรงค์แนวคิดการใช้อย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลหรือทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1) การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ผ่านสื่อหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ป้าย/ไวนิลที่มีรูปภาพประกอบคำอธิบาย โปสเตอร์ แผ่นพับ สื่อละคร หอกระจายเสียงของหมู่บ้าน การออกพื้นที่ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ตามงานต่าง และการจัดเวทีประชาคม

2) การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องซ้ำๆ โดยคำนึงถึงโอกาสที่เหมาะสมซึ่งขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมาย

3) การติดตามผลของการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเชิงรุก ซึ่งเป็นการติดตามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนตามบ้านหรือออกเยี่ยมบ้าน

4) การใช้ตัวแบบ คือ การเป็นแบบอย่างที่ดีของบุคลากรสาธารณสุขและทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการบอกต่อ หรือการยกตัวอย่างกลุ่มบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้และหายจากโรคหวัดโดยไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ

5) การสร้างแรงจูงใจ เช่น ธนาкарปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดประกวดครัวเรือนต้นแบบใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและบอกต่อยอดเยี่ยม

“...เราก็จะขึ้นหัวใหญ่ๆ เลยว่าอย่าเข้าใจผิดหรืออย่าสับสนเราจะขึ้นที่หัว อันนี้ของหนูนะ อย่าสับสนหรืออย่าเรียกผิด ว่ายาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ไอเลย เน้นตัวใหญ่ๆ อย่าสับสน...จะมีรูปยาด้วย ของหนูจะจำแนกว่าอันนี้คือยาฆ่าเชื้อ อันนี้ยาแก้ไอเลย เราจะมีรูปแบบตัวนี้ให้เค้าดูเค้าจะได้แยกแยะออกระหว่างฆ่าเชื้อกับแก้ไอเลยในไวนิลที่หนูทำ...ใช่ ยาแก้ไอเลยมันจะมีอะไรบ้างก็จะเขียนตัวหนังสือ อันนี้พารานะ อันนี้แก้ไอเลยนะ รูปแบบเค้าเป็นอย่างนี้ เค้าจะได้เห็นภาพพร้อมอ่านไปด้วยเค้าน่าจะเข้าใจกว่าที่เราเขียนแต่ตัวหนังสือ...”

ตัวชี้วัด 1

“...ไวณีนี่เป็นไวณีนีให้ความรู้ซะส่วนใหญ่...เราออกแบบเอง อสม.เป็นฟรีเซ็นเตอร์ กำลังจะเอาผู้ใหญ่บ้านมาเป็นฟรีเซ็นเตอร์ให้เรา จะดึงคนแก่คนชราเข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วม...”

ตัวจิ๊ด 1

“...จะมีของหมอ ที่เค้าทำเป็นธนาคารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะแล้วเค้าก็มาสมัครกันเยอะด้วยนะ คนในหมู่บ้าน หมู่ 8 หมู่ 7 หมู่ 10 สมัครกันเยอะแล้วเราก็กองมือทำกันเกือบปีแล้วเริ่มมีเงินเข้าบัญชีให้กับคนในหมู่บ้าน ทีนี้จะเปลี่ยนจากให้เค้าถอนเงินออกมาไม่ได้เราจะซื้อของมา พวกแพ็บของที่เค้าใช้ในชีวิตประจำวัน น้ำมันพืช ปลากระป๋อง เอาเงินจากตรงนี้มาแลกเอาของกลับบ้าน เค้าว่าอะไรเงินเข้าแต่ถอนไม่ได้ก็มีเสียงแย้งมาเหมือนกัน เค้าก็ทำแบบสอบถามให้เราแบบประเมินให้เราแต่ทำไมถอนเงินไม่ได้ หมอเลยเปลี่ยนรูปแบบใหม่เป็นของที่เค้าใช้ในชีวิตประจำวัน กะปิ น้ำปลา...ของราคาเท่าไรเราก็จะหักเงินในบัญชี เอาตัวนี้กลับไปเราก็จะหักไป เค้าก็ไม่ได้เสียอะไรเลย...ดีค่ะ ที่ประชุมเค้าบอกว่าดี...”

ตัวจิ๊ด 1

“...กิจกรรมของหนู อย่างวันแข่งกีฬา หรือประชุม หรือออกบูธๆ ในตัวอำเภอจะไปกันบ่อย เรื่องงานแพทย์แผนไทยจะมีป้ายของเราไปด้วยทุกครั้งพร้อมกับแผ่นพับให้ความรู้แจก...เค้าถามด้วยบางคนเค้าก็ถามมันหายจริงหรือ จังหวะนั้นแหละเราจะให้ความรู้การดูแลรักษาตัวเองของเค้าแถมด้วย ยาสมุนไพรตัวนี้ ฟักินเลนนะ เป็นหวัดกินแล้วหายมีมาถามค่ะ ไปแข่งกีฬา หรือไปประชุมต่างๆ เราจะมีแผ่นพับเอาไปแจกด้วย ฟัลดึงไปอ่านนะ น่าสนใจลองไปอ่านดู เค้ารับมาเค้าก็นั่งอ่านอยู่นะ เริ่มจากตรงนี้ได้ตัวไปเรื่อยๆ ไปให้เค้าเห็นว่าเราทำตรงนี้อยู่ว่าโรคนี้มันหายได้นะได้ต้องใช้อย่า ทำให้เค้าเห็นทำให้เค้าดูถ้ามีโอกาสได้พูดก็คือพูดเลย...”

ตัวจิ๊ด 1

“...เราก็ให้ความรู้เค้าเรื่อยๆ เราให้ก็ต้องดูโอกาสสถานการณ์ด้วยถ้าเราไปคุยตอนที่เค้ากำลังเหนื่อยหรือหงุดหงิดเราก็ไม่คุยไม่จี้เค้าก็ตะแบงใส่เรา ประมาณนี้...ต้องดูจังหวะด้วยดูอารมณ์เค้าด้วย วันนั้นเค้าอารมณ์ดีเราก็จะพูดขึ้นมาหยอดไปวันละหน่อยๆ ถ้าเราไปนั่งพูดเลยเค้าก็ไม่ฟังเค้าก็เดินหนีเพราะว่าความคิดความเชื่อของเค้าเป็นแบบนั้นมานานแล้วเค้าปฏิบัติตัวอย่างนั้นมานานแล้ว...”

ตัวจิ๊ด 2

“...ตั้งแต่เข้ามาเป็นอสม.มา เป็นหวัดเจ็บคอมาหาหมอคือเป็นตุ่มเป็นหนองหมอเห็นแล้วว่าต้องให้กินเราก็เอาไปกินบางทีมาตรวจแล้วหมอบอกว่าแค่คอแดง ๆ เองไปกินน้ำร้อนน้ำอุ่นนะ พักผ่อน เราก็ทำตามไม่เคยตะแบงเราก็เห็นผล ไม่ชอบกินยาอยู่แล้ว พอเราทำได้ก็จะบอกต่อๆ เค้า...”

ตัวจิ๊ด 2

“...คนที่มาประชุมบ่อยๆ เค้าจะได้รับความรู้บ่อยๆ เค้าจะเข้าใจ...หมอเค้าจะยกตัวอย่างคนนี้ บ้างคนนั้นบ้างให้ได้เห็นเป็นตัวอย่าง...มีอาหนูเอง ก็ปฏิบัติตัวพาลูกพาหลานไม่กินเลยเค้าจะกินพวกสมุนไพร ลูกหลาน เจ็ดแปดขวบ แก้วขวบสิบขวบแต่ก่อนก็ไม่กินแต่พอเจ็บคอมาก็บอกย่าหยาให้กินหน่อย ย่าก็จะไปหา พวกใบฟ้าทลายโจรมาแช่น้ำให้กินสองสามใบ ที่แรกก็ว่าขมแต่หลังๆ เหมือนเค้าปรับตัวได้เค้าจะเรียกร้องกินเองเลยเค้าจะไม่อึดอดเหมือนแต่ก่อนนี้ ก็เป็นครอบครัวหนึ่งที่เป็นตัวอย่างที่พอจะยกตัวอย่าง...เด็กกลัวยา เม็ด ดีกว่าอย่าเม็ดใด ยาที่หมอให้มานั้นต้องอม อันนี้ขมน้อยกว่ายาเม็ดเค้าถึงได้กิน เด็กป. 2 เองกินฟ้าทลายโจร เค้ากินได้เค้าหาย แล้วไม่ต้องไปกินยาอย่างอื่น...”

ตัวจิต 2

“...ตอนแรกพี่ก็ตั้งงบประมาณขึ้นมา ก็ประชาสัมพันธ์ ทำป้ายประชาสัมพันธ์มีทั้งหมดสี่ป้าย ในตำบล...ของเรามี รพสต.ทั้งหมดสามแห่ง เราก็ตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ มีทั้งหมดสี่ป้าย ป้ายหนึ่งตั้งอยู่หน้า องค์การบริหารส่วนตำบล...อีกสามป้ายก็ตั้งอยู่ที่ รพสต... ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนไม่กินยาปฏิชีวนะ...”

ตัวจิต 3

“...ก็มีเวลาออกเยี่ยมบ้าน ประชาคมหมู่บ้าน พี่ก็จะเชิญคุณหมอ...ไปด้วยแล้วให้คุณหมอพูด ด้วยพี่ก็พูดด้วยประชาสัมพันธ์บอกแล้วก็มีท่านปลัด...ท่านก็ช่วย แล้วก็มีรอง...ก็ช่วยประชาสัมพันธ์โดยเวลา เข้าที่ประชุม ที่ อบต.ประชุมประจำเดือน เดือนนี้เราจะประชุมครั้งหนึ่งพี่ก็จะแจ้งทางสมาชิก ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน เวลาประชุมจะเรียกทั้งสมาชิก อบต.และผู้ใหญ่บ้านมาร่วมประชุมด้วยแล้วก็พี่จะเล่ารายละเอียดที่ พี่เล่าที่เกิดกับตัวพี่เองหลายอย่าง เช่น พี่เป็นหวัด ท้องร่วง ท้องเสีย เป็นแผลพี่ก็ไม่ได้กินยาตัวนี้พี่ก็หายแต่ให้ เราดูแลร่างกายประมาณนี้พี่ก็ประชาสัมพันธ์พูดในที่ประชุม...ยกตัวอย่างที่พี่ยกตัวอย่างเมื่อกี้ มีครั้งหนึ่งพี่ก็ เป็นไข้หวัดก็ลองทำตามหมอ หมอ...เคยบอกเราก็ลองดู คือที่พี่เป็นเพราะพี่ไม่ได้พักผ่อนพี่มีแต่ทำงานกลับค่ำ ฝนตกก็ลุยอยู่พื้นที่ พี่ก็ลองหยุดชิ หยุดสองวันนอนเต็มๆ แล้วก็ดื่มน้ำอุ่น ให้แม่บ้านคั้นน้ำส้มให้ ดื่มน้ำส้มไป เรื่อยๆ ก็หายไปเองก็ประมาณนี้ แต่ก่อนพี่เป็นไข้หวัดที่ต้องไปนอนโรงพยาบาลมิดรภาพพี่ถึงหายเดี๋ยวนี้ก็ พยายามเลยไม่ได้ทานยามานานแล้ว...”

ตัวจิต 3

“...ถ้าสมมติว่าเวลามีโครงการแต่ละโครงการ สมมติว่าพี่ออกโครงการ อย่างค่ายลูกเสือไป เปิดโครงการนั้นโครงการนี้เค้าจะเชิญ หรือไปโรงเรียนพี่ก็จะเอาตัวนี้นะเสริม ก็ณรงค์เรื่องนี้ด้วยแล้วก็แจก ตอนนี้อยู่กำลังออกหมู่บ้าน วันนี้ก็จะไป ก็แจกใบ แล้วก็พูดด้วย เวลาเข้าค่ายลูกเสือเค้าเชิญไปคุยไปแสดง วิสัยทัศน์ให้เด็กนักเรียนฟังพี่ก็แจกและอธิบายให้เด็กนักเรียนฟังด้วย...”

ตัวจิต 4

“...ถ้าเป็นสื่อในเรื่องของการประชาสัมพันธ์ทุกวันเสาร์และอาทิตย์ สำหรับสื่อแผ่นพับนี้ได้ให้น้องๆ ทำก็จะเป็นช่วงๆ ไป แต่สำหรับโปสเตอร์ก็ติดตามป้ายประชาสัมพันธ์ของหมู่บ้าน...เป็นหอกระจายเสียงของหมู่บ้าน ปกติจะให้เด็กๆ พุดในหัวข้อเรื่องวิชาการว่ายาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ทุกโรค แต่ดูตรงนี้ที่ประชาชนในหมู่บ้านจะรับฟัง ให้ความสนใจน้อยกว่าสื่อที่จากละครเพื่อให้ชาวบ้านเป็นจุดสนใจรับฟังได้ดีกว่า...”

ตัวจัด 5

3.3 กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ การตอบรับของกลุ่มเป้าหมาย และผลสำเร็จของโครงการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการศึกษาโครงการของแต่ละพื้นที่ พบว่า กลุ่มเป้าหมายของโครงการ ได้แก่ ประชาชนทั่วไป เจ้าของร้านขายของชำ และผู้ป่วยโรคหัด เจ็บคอ ที่มาเข้ารับการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยจากการประเมินการตอบรับของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะโดยการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านและการที่ผู้ป่วยมาตรวจแล้วไม่ร้องขอยาปฏิชีวนะ การสอบถามทั้งแบบตัวต่อตัวและการโทรศัพท์ การไปปล่อยซื้อยาปฏิชีวนะตามร้านค้า และการใช้แบบประเมิน พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ให้การตอบรับของค่อนข้างดี มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะถ้าสื่อบุคคลเป็นเด็กจะได้รับความสนใจเป็นอย่างดี แต่ก็ยังมีบางบางส่วนที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น ไม่เข้าร่วมการประชุมเพื่อให้ความรู้ สำหรับผลสำเร็จของโครงการนั้น ในภาพรวม สามารถแบ่งตามกลุ่มเป้าหมายออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ **กลุ่มแรก** เป็นกลุ่มที่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มนี้มักจะรู้สึกไม่พอใจหากไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเมื่อมารับรักษา และไม่ค่อยเชื่อในคำแนะนำ ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มที่ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ **กลุ่มที่สอง** เป็นกลุ่มที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ซึ่งบางส่วนยังหันไปใช้ยาสมุนไพรแทนด้วย **กลุ่มที่สาม** เป็นกลุ่มที่ไม่แน่ใจ เกิดความสงสัย และเริ่มสนใจอยากทราบข้อมูลเพิ่มเติม

“...ของหนูเป็นประชาชนทั่วไป เพราะหนูเอาไปติดตามร้านค้า แล้วก็จี้ร้านค้าด้วย จะเน้นร้านค้ามากกว่าไม่ให้เอายามาขาย ถ้าร้านค้าไม่เอายามาขาย เค้าจะหาซื้อได้ยาก ข้างบ้านมีขายเค้าไม่ต้องออกมาตลาด ถ้าข้างบ้านไม่มีขายต้องออกไปตลาด ๆ มันไกลเค้าก็ต้องมาหาเราที่อนามัย ถ้ามาที่อนามัยเค้าก็จะได้รับความรู้คำแนะนำเพราะที่นี้เค้าไม่จ่ายยา 100%...”

ตัวจัด 1

“...ครั้งแรกเค้าอาจไม่พอใจที่ไม่ได้ยากลับไปเค้าก็จะลองกลับไปปฏิบัติตัวดู เค้าถามว่าทำไมต้องรอให้เป็นก่อนถึงค่อยให้ อันนี้ลงพื้นที่สันทรายโดนถามเลย พี่...ถามเลยว่าทำไมต้องรอให้เป็นก่อนถึงให้ยา อ้าวที่พี่...เป็นพี่...เป็นอะไร เค้าบอกเค้าเป็นหวัด เค้ากินยาเผื่อ พี่เป็นอะไร พี่เป็นหวัด พี่รู้ไหม 80% ถึง 90% ใช้หวัดเกิดจากเชื้อไวรัสไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียถ้าพี่กินยาฆ่าเชื้อพี่ต้องติดเชื้อแบคทีเรียพี่ถึงกินแต่พี่เป็นเชื้อไวรัสพี่ก็พักผ่อนดื่มน้ำอุ่นไม่ใช่พี่มาจิบเปียร์แบบนี้ เค้ากินน้ำแข็งก็ไม่หายยิ่งซ้ำเติม กินแอลกอฮอล์ พักผ่อนไม่เพียงพอ ดึกๆ ดื่นๆ พี่ก็นั่งตากลม พี่จะหายไหมล่ะ ที่นี้พอมันจากเชื้อไวรัสกลายเป็นเชื้อแบคทีเรียพอมัน

ลงคอนันแหละตอนนั้นแล้วพี่ถึงค่อยกิน ถ้าพี่กินเข้าไปพี่ไม่ได้ติดเชื่อแบคทีเรียใช้ไหมร่างกายพี่เริ่มปรับแล้ว
ปรับสภาพทนต่อยา พี่เคยได้ยินคำว่าติดเชื่อในกระแสเลือดไหม ถ้ามั้เค้า พอพี่กินยาตัวนี้นาน ๆ พี่ติดแล้วพี่ใช้
ยาตัวนี้ไม่ได้ผลแล้ว หนูถึงต้องมารณรงค์พวกพี่ยี้ กังงๆ เนอะ ไม่รู้เข้าใจหรือเปล่า นั้งดื่มเบียร์อยู่...”

ตัวจี๊ด 2

“...บางคนเค้าก็เข้าใจนะอย่างเค้าไม่สบายเป็นหวัดมาเราจะมีแบบสอบถาม ติดตามโดย อสม.ไปเยี่ยม...ใช้ เค้าตึกถูก คือเค้าไม่ตึกยาแก้อักเสบแต่เค้าตึกยามาซื้อแต่เค้าไม่ได้ตึกว่ายาปฏิชีวนะแต่เค้ารู้จัก
ในนามว่ายามาซื้อๆ อะไรแบคทีเรีย บางคนเค้ารู้จักแต่บางคนก็ยังสับสนอยู่ตรงนี้เราสามารถใส่ความรู้ แล้วก็
ปากต่อปากเราก็คุยว่าเป็นไข้หวัดไข้ไหมเราก็จะแนะนำเค้าบางคนเข้าใจแต่บางคนก็ยังไม่เข้าใจ...”

ตัวจี๊ด 1

“...คนก็ยังดันทุรังอยู่...แต่คนที่ไม่เชื่อน้อยลง...คุยกัน อย่างเราเป็น อสม.เราก็สามารถเข้า
ได้ทุกบ้าน แต่ที่สังเกตกลุ่มหมู่บ้านหนูคนที่ยังดันทุรังเป็นพวกที่ไม่ค่อยเข้าประชุมจะไม่ค่อยได้รับความรู้คือ
นานๆ มาที มาประชุมที ถ้าหมอ...พูดหน่อยก็รำคาญก็เดินกลับแล้ว...”

ตัวจี๊ด 2

“ก็ไปประเมินที่หมอเค้าให้เราออกไปหมู่บ้านว่าเค้าตึกถูกหรือไม่ถูก ตึกถูกแสดงว่าเค้าเข้าใจ
แต่ถ้าเค้าตึกไม่ถูกแสดงว่าเค้าไม่เข้าใจเราก็ถือโอกาสให้ความรู้ต่อนั่นเลย การจ่ายยาที่อนามัยก็ลดน้อยลง
ด้วย เค้าไม่ขอ...ยาแก้ไอ แก้แพ้ จิบน้ำอุ่นๆแล้วก็ได้มาตามที่หมอนัด เค้ามาทุกครั้งทีหมอนัด...”

ตัวจี๊ด 1

“...ก็จะมีสายตาที่คอยจ้องมองว่าเค้าไปต่อไหม ให้ อสม.ในพื้นที่คอยแอบส่อง สอดส่อง
ดูแลและก็จะมีการถามกัน อันนี้จะเป็นอีกอย่างที่เราทำกัน...บางทีไม่ใช่เขตของเราที่เราดูแล ถ้าเรามีโอกาสได้
ไปนั่งเล่นนั่งคุยเราก็จะแกล้งถามว่าเป็นไหงหายัง ได้ปฏิบัติตัวกินน้ำร้อนน้ำอุ่นไหม...”

ตัวจี๊ด 2

“...ร้านค้าก็ไปล่อซื้อเนอะ...มีๆ เราไปเค้าก็รู้แล้ว ก็ให้คนอื่นแอบซื้อ...ไม่ขาย อย่างร้าน...วัน
นั้นไปได้ยินกับหูเลยไปเตือนน้ำมัน เค้ามาถามว่ามียาชุดขายไหม ยาชุดเค้าก็หมายถึงยาปฏิชีวนะ...”

ตัวจี๊ด 1

“...บางคนก็เค้ารู้จักเราเค้าถาม เค้ารู้ว่าเราอยู่อนามัย เค้าเจอเราเค้าถามเราอย่างผู้นำ
ท้องถิ่นหมู่...ซึ่งทางนั้นเค้าไม่ได้ทำแต่พอเค้ารู้ว่าเราอยู่นี้เค้าเจอเค้าถามเราว่าไ้ยาปฏิฯ อะไรนะ ๆ เค้าถามเรา
ฉวยโอกาสต่อนั่นเลยออกสังคม คือสังคมภายนอกเราเริ่มรู้เริ่มเคลงใจอยากรู้อยากถาม...”

ตัวจี๊ด 1

“...ยังไม่ 100%...แต่มันก็เกินครึ่งนะ คิดว่าเกินครึ่ง เกินครึ่ง...เค้ามาเค้าไม่ร้องขอเรา ตอบแบบสอบถามเราส่วนใหญ่เค้าก็จะตอบถูก ไม่ไปต่อ...ใช่ แล้วหันมาใช้เป็นสมุนไพรแทนด้วย ถ้าไม่กินตัวนี้แล้วเราจะกินสมุนไพรตัวไหน เค้าหันมาถามเราว่าใช้สมุนไพรตัวไหนอย่างโรคผิวหนัง โรคหวัด โรคท้องเสียต่าง ๆ ส่วนมากใช้สมุนไพรได้ ก็เลยเปลี่ยนมาใช้สมุนไพรกันตอนนี้...”

ตัวจิต 2

“...กลุ่มเป้าหมายหลักที่อยากจะเน้นคนที่ใกล้ตัวก่อน ที่คุยกัน ณ ตอนนี้อยากแนะนำคนใกล้ตัวแล้วให้คนใกล้ตัวไปบอกต่อโดยเฉพาะตำบล...ของพี่เนี่ย ตำบล...ที่พี่ดูแลอยู่ 13 หมู่บ้านพี่ก็จะออกพื้นที่เวลาประชุมประจำเดือนถ้าผู้ใหญ่บ้าน อย่างกรณีเมื่อวานประชุม...พี่ก็เชิญคุณหมอไปด้วยตัวพี่ไปด้วย คุณหมอก็ไปประชาสัมพันธ์เรื่องนี้เราก็จะเน้นเข้าไปหาชาวบ้านให้ได้มากที่สุดอะไรประมาณนี้นะคะ...”

ตัวจิต 3

“...ก็ดีนะคะ ตอนแรกๆ สมัยก่อนยาแก้ไอเสบ ยาปฏิชีวนะเนี่ยนะ คนพอรู้สึกตัวเองเป็นถ้าไม่ได้กินยาตัวนี้จะไม่หายคนจะคิดไปเองแม้แต่ตัวพี่เองแต่ก่อนพี่ก็คิดอย่างนี้ แต่เดี๋ยวนี้คนก็จะเริ่มฟังเริ่มคิดเริ่มเอามาคิดแต่บางกลุ่มก็ยังคิดอยู่เหมือนเดิมว่าต้องกินยาตัวนี้ถึงจะหาย แต่ในเมื่อเราพยายามรณรงค์ประชาสัมพันธ์ไปเรื่อยๆ ทางคุณหมอกับพี่ก็กับทีมงานก็ลงประชาสัมพันธ์เรื่อย ๆ ชาวบ้านก็เห็นก็รู้สึกว่าจะดีขึ้นการแจกจ่ายยาคุณหมอ รพสต....ก็ลดน้อยลง ถามคุณหมอเมื่อวานก็คุย...”

ตัวจิต 3

“...พี่ดูจากตัวพี่เองพี่ก็คาดว่าชาวบ้านพี่ว่าจะเข้าใจยากหน่อยนึง แต่ผู้ที่เปลี่ยนคือผู้ที่มีความรู้มากหน่อยเค้าอ่านหนังสือแล้วก็ดูประชาสัมพันธ์ บางทีชาวบ้านเราแจกไปเค้าไม่ค่อยอ่านเค้าก็จะไม่ค่อยใส่ใจแล้วอีกอย่างเค้าอยากหายเร็วพอเค้าทานเข้าไป เค้าซื้อยาตัวนี้ เค้าคิดว่าเค้าจะหายเค้าก็ซื้อมามันนี่พี่คิดของพี่เองพี่เดาเอามันน่าจะประมาณนี้...การเปลี่ยนแปลงพี่ว่าดีขึ้นกว่าเก่าเยอะ แต่ก่อนยังไม่ได้รณรงค์เรื่องนี้อย่างเต็มที่พี่เริ่มมาทำงานหนึ่งปีก็ดีขึ้น จากนั้นพี่เป็นครูอยู่ พี่ก็ถามครูแต่ละโรงเรียน เค้าก็บอกว่าชาวบ้านก็รู้สึกว่าสนใจในเรื่องนี้ก็มีเปลี่ยนแปลงดีกว่าเก่าหมายถึงว่าดีขึ้นๆ ถ้าเทียบว่าสมมติว่าคนร้อยละ 40 60 นะ ที่ยังไม่เชื่ออยู่ที่ประมาณ 60% คนที่เชื่อก็ไป 40 แล้ว เรายังจะค่อย ๆ ทำไปเรื่อย ๆ พี่ว่าภายในปีนี้นี้อีกน่าจะดีขึ้น 70 -80% เป็น 100% ก็ค่อยๆ ก้าวไปคิดว่า...”

ตัวจิต 3

“...ปีนี้เจอคุณหมอปีเดียวพี่คิดว่าโอเคเลยนะคะ จากที่ไม่มีเลยไม่ได้ร่วมมือ ไม่ได้ทำ คุณหมอกำมานานแล้วแต่ไม่ได้รับการสนับสนุนมาปีนี้รู้สึกเห็นเด่นชัดมากเลย โครงการการใช้ยาปฏิชีวนะ...ใช่โครงการประชาสัมพันธ์ นายกก็ไปกระตุ้นๆ ชาวบ้านก็กระตือรือร้นขึ้นเยอะนะคะ จากจริงๆ พี่ออก

ประชาคมก็ร่วมกันไปอย่างหมู่...ที่ท่านนายกไปเมื่อวานนี้ก็ให้ความร่วมมืออย่างดี วันนี้จะไปออกหมู่...ร่วมมือ
อย่างดีเลยจะเชิญคุณหมอไปด้วย...”

ตัวจิ๊ด 4

“...สำหรับกลุ่มตอบรับก็จะให้ความสนใจมาก ตอนนี้ก็จะไม่ใช่ยาเกินเอง แต่สำหรับกลุ่ม
รอบๆ ที่จะต้องกระจายไปอีกก็คงจะเน้นในเรื่องของการใช้ยาต้องเป็นเจ้าหน้าที่ช่วยด้วย...”

ตัวจิ๊ด 5

“...จะเป็นประชาชนทั่วไปเข้าใจผิด ยาปฏิชีวนะจะไม่ค่อยรู้จัก แต่จะไปรู้จักยาฆ่าเชื้อและจะ
จำสลับส่นระหว่างยาฆ่าเชื้อกับยาแก้อักเสบ แต่เฉพาะกลุ่มตอนนี้ค่อนข้าง 100% ที่รู้จัก ถึงไม่รู้จักเต็มร้อยแต่ก็
จะไม่รับประทานเองต้องปรึกษากับเจ้าหน้าที่ก่อน..ยกตัวอย่างเฉพาะกลุ่มเข้าร่วมโครงการประมาณสี่กลุ่ม ยาย
คนหนึ่งที่เค้าซื้อยาเกินเองตอนที่อาจารย์มาให้ความรู้แต่ตอนนี้เค้าไม่ซื้อแล้วนะคะ อีกคนก็ดื้อไปเลยก็จะไม่ซื้อยา
เกินเอง แต่ว่าการเรียกซื้อยาสำหรับพื้นบ้านทั่ว ๆ ไปจะค่อนข้างยากกับการใช้ซื้อยาปฏิชีวนะแต่ก็จะเลิกใช้...”

ตัวจิ๊ด 5

“...เคยวัดจากการฟัง แต่ที่หมู่บ้านจะมีปัญหาคือเรื่องของการได้ยินทั่วถึง แต่เคยวัดตอนที่
เด็กได้อ่านได้เสียงตอบรับเป็นอย่างดีแต่ไม่ได้วัดเป็นจำนวนคนว่ากี่คนได้ยินเท่าไรจะไม่ได้วัด แต่วัดกับคน
รอบข้าง แต่ว่าผู้ที่อยู่แถวๆ ใกล้ๆ เค้าก็ค่อนข้างจะชื่นชมเด็กในการกล้าแสดงออก...เป็นกำลังสำคัญค
ส่วนมากผู้ใหญ่จะฟังเด็กแล้วก็ด้วยความที่เป็นลูกเป็นหลานด้วยก็จะง่ายต่อการใช้สื่อเด็กตรงนี้...ความสามารถ
ของเด็กๆ พูดยะไรอย่างเนี่ยก็จะจะเป็นสื่อหนึ่ง แต่ที่เรายังไม่ลืมนึกถึงจะต้องเน้นไปสม.ในแต่ละเขตพื้นที่ ๆ
รับผิดชอบ...”

ตัวจิ๊ด 5

“...ก็จะเป็นกิจกรรมหนึ่งของโครงการ แล้วก็จะเป็นคล้ายๆ รวมกันของ รพ.สต.กับทางเภสัช
กร...ก็จะเป็นการรวมกันจัดเวทีเสวนาระหว่างผู้เข้าร่วมโครงการที่เข้าร่วมแล้วกับที่เราจะเตรียมก็คือผู้ที่ยังไม่
เคยเข้าร่วมโครงการแต่เป็นแกนนำสุขภาพ และก็ผู้ที่เคยเข้าร่วมโครงการกับเราแล้วก็ อสม.บางส่วนที่เป็นแกน
นำหลักเพื่อจะมาร่วมวางแผนว่าต่อไปเราควรจะทำอย่างไรดีเกี่ยวกับโครงการนี้ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์อย่าง
เต็มร้อยซะที ที่นี้ยังอยู่ซัก 70% ก็พยายามจะให้เต็มร้อยทั่วทุกอย่างน้อยสามหมู่บ้านที่เป็นต้นแบบและในเขต
รับผิดชอบที่กำลังทำอยู่ ก็จะมีการวางแผนกันนะคะ...”

ตัวจิ๊ด 5

3.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามความคิดเห็นของทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การให้ความรู้ซ้ำๆ การติดตามกลุ่มเป้าหมายอย่างใส่ใจใกล้ชิด ระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย การเป็นแบบอย่างของบุคลากรสาธารณสุขและทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง การยกตัวอย่างคนที่พื้นที่รู้จักและสามารถทำได้โดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะหรือยกตัวอย่างผลเสียของการใช้ยาปฏิชีวนะให้เห็นอย่างชัดเจน ความมุ่งมั่นตั้งใจของทีม และความพร้อมของประชาชนในพื้นที่ที่จะรับฟังคำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

“...การให้ความรู้ซ้ำๆ บ่อยๆ ความเอาใจใส่ของ อสม...แล้วไม่เบื่อ ถ้าเค้าได้ฟังเรานะถ้าเค้าไม่ฟังโววายวายนั่นก็ท้อเหมือนกันนะ...ถ้าเค้าถามว่าอย่างนี้ๆ เหมือนเค้าสนใจ ที่จะดูแลตัวเอง ดูแลลูก ดูแลสามีเค้า เค้าจะได้เป็นคนแนะนำคนในครอบครัวเค้าไม่ให้กินยาพวกนี้โดยไม่จำเป็น...”

ตัวจิต 1

“...การให้ความรู้ ซ้ำๆ...ทุกเดือน...อย่างเค้าป่วย สองวันนัดมาที่เค้าก็ได้ความรู้แล้ว...ประชุมใหญ่คุณหมอก็จะไป เรายังจะไปช่วยกัน พอเราลงการคัดกรองเบาหวาน เรายังจะเอาพวกนี้แทรกเข้าไปด้วย... เค้ามาที่อนามัยเค้าก็ได้ความรู้ เอาแบบสอบถามให้เค้าทำเค้าก็ได้ความรู้จากเราอีก คนที่เค้าไม่ยอมรับรู้เค้าก็จะปฏิเสธเราแต่เค้าฟังเรา...ฟังแล้วเค้าพูดคุยกับเรา ว่าอย่างนั้นอย่างนี้ ว่าไม่ต้องกินมันหายแล้วนะ จากการพูดคุยเนี่ยสำคัญ...”

ตัวจิต 2

“...เราก็ต้องยกตัวอย่างไม่ใช่แต่ตัวเรา...ยกตัวอย่างคนที่หายหลาย ๆ คน ไม่เห็นไปกินยาที่ไหนเลยเค้าก็ยังหาย เน้นกลุ่มที่ยังไม่ค่อยเชื่อ...”

ตัวจิต 2

“...อันดับแรกก็เอาเรื่องที่กลุ่ม 50% หรือกลุ่มของคนรอบตัวที่สนิทกันก็ อสม. บางคนที่ทำพฤติกรรมของเรื่องการปวดที่สนิทกันจริง ๆ เค้ายังเป็นอยู่ ถึงเราพูดขนาดไหนเค้าก็ยังจะกินอยู่ แต่พอเราทำโครงการนี้อธิบายให้เค้าเข้าใจเค้าเลิกแล้วหันมาบำบัดและคนที่รอบข้างไม่ว่าจะเป็นแถว ๆ บ้านหรือว่าทำสิบคนที่เราทำโครงการ ตอนนี้อยู่ไม่ถึงร้อยกับการรู้จักยาแต่เค้าก็ระวังคือถ้าไม่ได้ถามกับเจ้าหน้าที่เค้าจะไม่ซื้อกินเองจะเป็นพฤติกรรมแรกถึงแม้จะเจอยาตัวนี้ก็จะกลัวไว้ก่อนก็จะมาถามเราก่อนมาถามเจ้าหน้าที่ก่อนถึงจะใช้ยา ที่ประสบความสำเร็จค่อนข้างจะอยู่ที่ 70% ของปีนี้ แต่เราอยากให้ทุกครอบครัวคิดได้เหมือนกันหมด...”

ตัวจิต 5

“...แล้วมันจะมีอีกหลายระดับนะ ระดับของคนที่ฟังเรา ระดับหนึ่งถ้าเค้ามีการศึกษาเค้าจะฟังเราเข้าใจได้ง่ายแต่อย่างคุณลุงคุณป้าจบ ป.4 มาแถมยังไม่เข้าใจ หนูว่า หนูมองดูนะ แกยังไม่ค่อยเข้าใจ อย่างเช่นอ่านหนังสือยังอ่านไม่ค่อยจะถูกเลย แล้วจะให้เราให้ข้อมูลเราต้องอ่านให้เค้าฟังการสื่อสารก็มีส่วน อย่างจบปริญญาตรี หรือมัธยม 6 มัธยม 3 พวกนี้เค้าจะฟังเราเข้าใจง่ายมาก...”

ตัวจิต 1

3.5 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินโครงการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า อุปสรรคในการดำเนินโครงการมีหลายประการ ได้แก่ ความเชื่อของประชาชนว่าการไม่ใช้ยาปฏิชีวนะหายช้าและความต้องการที่จะหายจากการป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อจะได้ไปทำงานต่อได้อย่างปกติ ประชาชนไม่เชื่อถือ อสม. ระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย การจ่ายยาปฏิชีวนะของแพทย์ในโรงพยาบาลและเภสัชกรที่ร้านยา และรูปลักษณะที่คล้ายคลึงกันของยาแก้อักเสบและยาปฏิชีวนะบางชนิด

“...ในพื้นที่ไปเที่ยวบ้านเจอของยา...ไปโรงไก่อเห็น...ทำไม ไปหาหมอเค้าไม่ให้ยามา เค้ายังไม่เปลี่ยนความเชื่อเค้าไม่เข้าใจ มันช้า เค้ากินยามันหายไวของเค้ามั่ง...ใช่ เค้าบอกที่เราให้ความรู้มันช้า ด้วยความที่เลี้ยงลูกแล้วลูกเป็นแล้วลูกหายช้าทำไมไม่หายสักที เพราะทำอย่างที่เราแนะนำถึงไม่หายสักที ให้ยาอ่อน เค้าว่าอย่างนี้ เลี้ยงยา เลี้ยงไข้เหวอะวะ...อันนี้ยกตัวอย่างได้เลยนะ อย่างพี่...ลูกเกิดมาเข้าโรงพยาบาลเอกชนอย่างเดียว คลินิกเอกชน รับแต่ยาที่แพง ที่แรง ๆ ตอนนี้เข้ามารักษาที่อนามัยยาไม่ได้ผลต้องไปกรุงเทพอย่างเดียวเพราะเค้าให้ลูกเค้าเริ่มใช้ยาตั้งแต่เล็กด้วยยาแรงๆ ก็แนะนำว่าตอนนี้ใช้ยาที่อนามัยไม่ได้แล้วคือรักษาไม่หาย...”

ตัวจิต 1

“...วัฒนธรรมของเค้า...แต่ก่อนแฟนหนูเหมือนกันนะเห็นลูกเป็นหวัดไล่ให้ไปกินยาแล้วกันไว้ก่อน ก็ว่าใครสอน...นี่ที่ชิมัยจีนเลย ตอนนั้นหนูยังไม่ได้เป็น อสม. น้องชายเป็น ปี 2551 เค้ายังเป็นอยู่ เค้ารับนโยบายมาจากหมอเค้าไปที่บ้าน อะไรนะเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย อะไรนะ ยาปฏิชีวนะ หนูไม่เข้าใจนะน้องเค้าไปพูดให้ฟัง นี่เลยร้านข้างบ้านที่ชิมัยจีนบอกว่ายาฆ่าเชื้อเลย คอเจ็บก็ยาฆ่าเชื้อ ปวดฟันก็ยาฆ่าเชื้อเนี่ย...”

ตัวจิต 1

“...เพราะถ้าเป็นคลินิกเค้าจ่ายยาให้เลยนะแล้วเค้าก็ร้องขอด้วย...ร้านขายยาไม่ได้ตรวจ เราไปบอกว่าขอซื้อยาแก้อักเสบหน่อยเค้าก็จัดให้เลย เค้าก็ไม่ได้ดูซิ ดูคอ เค้ามีหน้าที่ขายยา...”

ตัวจิต 1

“...โรงพยาบาลก็ใกล้ ร้านเภสัชในตลาดหลายร้านเลยแล้วเค้ายังจ่ายยาให้อยู่ ไปซื้อเค้าให้... แล้วคนที่เค้าจ่ายยาให้เค้าเป็นหมอเป็นเภสัชใช้ไหมแล้วเราเป็นแค่ อสม. เค้าจะเชื่อเราหรือ...เนี่ยตัวนี้ดีกินแล้วหายเลย ใช้ไหม เพราะมันใกล้ร้านยา ในตัวอำเภอ ร้านยา โรงพยาบาล แล้วแต่ละคนเค้ามีฐานะ เค้าไปโรงพยาบาล...อย่างร้านข้าวมันไก่อยู่ที่ตัวอำเภอ สามี่เค้าไม่สบายเอายามาให้เราดู เราว่าทำไมกินยาอันนี้เยอะจัง เค้าบอกก็ไปหาหมอๆ จัดให้ เราก็กินยาไม่ออก...ฐานะเค้าดีหน่อย เค้าเข้าคลินิกได้เค้าก็ได้ยาตัวนี้มาแล้วซื้อมาแล้วถึงแพงเค้ามีตังค์ซื้อๆ อยู่ที่ความเชื่อแล้วความเชื่อมั่นก็ไม่ได้เปลี่ยนได้ง่ายๆ นะ เค้ามีฐานะเราจะไปนั่งพูดหรือ เค้าก็รู้แล้วว่าเราไม่ใช่หมอ ไม่ค่อยฟังหรอก...”

ตัวจิต 2

“...จากที่ประเมินนะคนส่วนใหญ่ฟังใจแล้วนี่คืออุปสรรคคือฟังใจแล้วว่ากินปุ๊บเราจะหาย อย่างบางคนสมมติว่าถ้าเรากินเราอาจจะหายวันสองวันแต่ถ้าเราไม่กินเราอาจจะหายสัปดาห์วัน ที่นี้เราจะมานอนอยู่ได้ใจเราไม่มีเงินเราต้องไปทำงาน ไม่รู้จะพึดคิดของพี่น้อง คิดเพราะว่าที่บ้านมีคนงาน เลี้ยงคนงานเยอะหน่อยมีคนงานเป็นร้อยกว่าคน พี่จับฟังจากที่คนงานเค้าพูดกันพี่ก็เลยเอามาเทียบเคียงใส่กับชาวบ้านในตำบลของเรา...”

ตัวจิต 3

“...ปัญหาหลัก ๆ ที่ตามเป้าจริง ๆ นะคะ ถ้าจะย้อนไปนะคะอันนี้ไม่ได้โทษ แรก ๆ ที่เราพยายามทำยังไม่ถึงเป้าเพราะเป็นแนวคิดมาจากสมัยก่อนๆ แล้วว่ายาปฏิชีวนะหรือว่ายาฆ่าเชื้อมันเหมือนกับยาแก้แอสบ ความเข้าใจของชาวบ้านมีตั้งแต่เริ่มต้นพอถึงตอนนี้ทางคุณหมอได้ให้ความรู้อย่างเข้มข้นขึ้นถ้าเป็นอย่างเมื่อก่อนให้ความรู้ตั้งแต่เริ่ม การที่เราลงพื้นที่ก็จะไม่ค่อยข้างยาก แต่ชาวบ้านเค้าติดหรือเป็นค่านิยมที่ผิดเรียกผิดกันมาตั้งแต่สมัยก่อน ตัวเองยังคิดเลยว่ายาปฏิชีวนะกับยาแก้แอสบเหมือนกัน กินได้เหมือนกัน แต่หลัก ๆ ในพื้นที่...จะเป็นพื้นที่ทำการเกษตร ประชาชนส่วนใหญ่จะค่อนข้างทำงานหนักถ้าคุณไม่มีเวลาก็พยายามจะหาซื้อกินเองโดยคิดว่ามันเป็นยาแก้แอสบ ที่เหลืออีก 30% นี่นะคะ ก็พยายามติดตามอยู่ค่ะว่ากลุ่มไหนเป็นกลุ่มปวด กลุ่มไหนที่มีพฤติกรรม ก็ให้ อสม.เสาะหาอยู่ค่ะ ประเด็นมันเป็นการเรียกซื้อกันมา ความเข้าใจผิดของชาวบ้านตั้งแต่เริ่ม ๆ หรือว่าทางคุณหมอเอง ถึงไม่ได้เป็นจากรพ.สต.บางคนเค้ามีสตางค์ทำงานมีสตางค์อาจจะไปหาที่คลินิกอื่นๆ ในช่วงตอนเย็นที่ยังไม่ได้เปิดหรือว่าไปทางโรงพยาบาลที่เป็นของเอกชนที่ค่อนข้างจะให้บริการเร็ว เป็นความเชื่อของเค้าเองจะเป็น 30-40% จาก 70% ของในพื้นที่

ตัวจิต 5

“...แล้วมันจะมีอีกหลายระดับนะ ระดับของคนที่ฟังเรา ระดับหนึ่งถ้าเค้ามีการศึกษาเค้าจะฟังเราเข้าใจได้ง่ายแต่อย่างคุณลุงคุณป้าจบ ป.4 มาแถมยังไม่เข้าใจ หนูว่า หนูมองดูนะ แก้งไม่ค่อยเข้าใจ อย่างเช่นอ่านหนังสือยังอ่านไม่ค่อยจะถูกเลย แล้วจะให้เราให้ข้อมูลเราต้องอ่านให้เค้าฟังการสื่อสารก็มีส่วนอย่างจบปริญญาตรี หรือมัธยม 6 มัธยม 3 พวกนี้เค้าจะฟังเราเข้าใจง่ายมาก...”

ตัวจิต 1

“...เป็นปัญหาจริง ๆ เพราะยาแก้ไอเสกกับยาฆ่าเชื้อลักษณะมันเหมือนกัน ลักษณะสี ถ้าเป็นไปได้อยากให้เค้าทำให้เหมือนกันอาจจะทำเป็นเม็ดกลม ๆ เป็นยาแก้ไอเสก... ก็มาสังเกตแล้วมันเหมือนกันมาก มันเหมือนกันจริง ๆ เป็นไปได้อาจเป็นลักษณะอื่นไปเลย คิดว่าถ้าเป็นลักษณะอื่นไปเลยว่าเป็นยาแก้ไอเสก และอันนี้เป็นแคปซูล อีกห้าปีข้างหน้าก็จะง่ายกว่า คิดว่ามันเป็นลักษณะของยาด้วยที่เหมือนกัน... ค่ะ รูปลักษณ์ของยามันคล้ายกันจริง ๆ ค่ะอาจารย์...บางคนเค้าสายตาสั้น สายตายาว บางทีเห็นยาอยู่ใกล้ ๆ กัน บางทีก็เป็นการหยิบผิดบ้าง เคยสอบถามเค้าก็ยังไม่เข้าใจว่ามันเหมือนกัน จนเจ้าหน้าที่รพ.สต. ช่วงหลังมานี้เราจะลงพื้นที่อย่างหนัก คุณหมอจะบอกทุกครั้งว่ายาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ไอเสกนะ... ใช่ค่ะ เค้าก็จะเหมารวมไปเลยว่าเวลาเจ็บคอก็ยาแก้ไอเสก เวลาปวดตามร่างกายหรือว่าเป็นแผลบางทีก็ยังคงคิดว่าเป็นยาแก้ไอเสก ปวดข้อก็ยังคงคิดว่าเป็นยาแก้ไอเสกอยู่ ที่นี้มีเกษตรกรรมทำงานค่อนข้างหนัก จะมีปัญหาอันดับหนึ่งคือโรคปวดเนื้อตัว ปวดข้อเป็นอันดับหนึ่งรองจากเบาหวานความดันอยู่...”

ตัวจัด 5

3.6 การเรียนรู้ ประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นจากการทำงานร่วมกันของทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การที่ทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ได้ทำงานร่วมกันในโครงการทำให้มีความรู้มากขึ้น เกิดการยอมรับจากประชาชน รวมทั้งได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้เป็นตัวอย่างในการบอกต่อให้ประชาชนคนอื่นต่อไป นอกจากนี้ ยังเป็นการเรียนรู้และเติมเต็มในส่วนที่แต่ละวิชาชีพไม่มี เช่น บุคลากรสาธารณสุขได้เรียนรู้วิธีการในการเข้าถึงชุมชนจากผู้นำท้องถิ่น

“...หนูได้ความรู้จากการที่มามาทำตรงนี้เยอะ อย่างแรกเลยเราได้รู้ความรู้อย่างถูกต้อง เมื่อเราได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เราออกไปบอกให้คนอื่นเค้าฟังเราพูดโดยที่เรารู้เนี่ยคนอื่นเค้าก็ฟังเรา ก่อนอื่นความรู้สำคัญเราต้องมีความรู้จากตรงนี้ก่อน พอเรามีความรู้เราสามารถไปพูดให้กับคนนอกเค้าจะฟังเรา แล้วมันจะมีอีกหลายระดับนะ ระดับของคนที่ฟังเรา ระดับหนึ่งถ้าเค้ามีการศึกษาเค้าจะฟังเราเข้าใจได้ง่ายแต่อย่างคุณลุงคุณป้าจบ ป.4 มาแถมจะยังไม่เข้าใจ หนูว่า หนูมองดูนะ แยกไม่ค่อยเข้าใจ อย่างเช่นอ่านหนังสือยังอ่านไม่ค่อยจะถูกเลย แล้วจะให้เราให้ข้อมูลเราต้องอ่านให้เค้าฟังการสื่อสารก็มีส่วน อย่างจบปริญญาตรี หรือมัธยม 6 มัธยม 3 พวกนี้เค้าจะฟังเราเข้าใจง่ายมาก....”

ตัวจัด 1

“...ใช่ๆ ทำแล้วได้ความรู้มากขึ้น การที่เราได้ความรู้มากขึ้นทำให้เราพูดแล้วมีคนยอมรับ... เราไปพูดไปเตือนทำให้ได้ตัวอย่างด้วย...ได้ตัวอย่างใหม่ๆ มาเล่า เพื่อเป็นประโยชน์ในการบอกต่อ...”

ตัวจัด 1

“...ตอนแรกก็เกร็งๆ นายกรเราจะเข้าถึงไหม เกร็งนี้ไม่กล้ามาปรึกษา ที่จริงแล้ว สาธารณสุข กับท้องถิ่นมันแยกกันไม่ได้ จากที่ได้ร่วมงานกับท่านนายก ท่านรอง ท่านปลัดและน้องๆ ที่อยู่ในอบต.ได้รับความร่วมมือเกี่ยวกับงานสาธารณสุขค่อนข้างเยอะ ค่อนข้างมากเหมือนกับเค้าก็สาธารณสุขเหมือนกันเพียงแต่เค้าไม่ได้เรียนมาทางด้านเราๆ ก็ได้มาเติมเต็มในส่วนที่เราไม่มีความรู้เราก็มายายให้ท่าน ส่วนที่เราได้จากท่านนายกคือเรื่องของการเข้าถึงประชาชน บางครั้งเราควรจะเข้าอย่างไร ทำในรูปแบบไหน จากที่เราไม่เคยในส่วนนี้ ศักยภาพของท่านนายกสามารถที่จะประสานหรือบอกต่อในที่ทำงานของท่านได้ ช่วยในงานของสาธารณสุขค่อนข้างเยอะโดยเฉพาะอย่างยิ่งเช่นเรื่องของการประชาสัมพันธ์เราเพียงแต่บอกท่านนายกอยากให้เป็นประชาสัมพันธ์เป็นฟรีเซ็นเตอร์ให้หน่อย ทั้ง ๆ ที่เราไม่ได้อะไรเลยแต่ท่านนายกสามารถนำนายอำเภอ คุณนายมาเป็นฟรีเซ็นเตอร์ให้เราได้นะคะ...”

ตัวชี้วัด 6

“...ท่านนายกดำเนินการเองเพียงแต่เราบอกท่านนายกเคลียร์ให้... แต่ความตระหนักของคนๆ เดียว ให้ชาวบ้าน เค้าก็ไม่ฟังเท่าไร เพราะเค้าไม่ได้เห็นกิจกรรมอันนี้ แต่เมื่อวานนี้เราได้เป็นทีมกลายเป็นชาวบ้านกระตือรือร้นมากขึ้น ไม่ใช่ชาวบ้านเค้าเกลียดเรานะแต่การที่ไปพูดเป็นทีมแล้วไปช่วยไปเสริมในส่วนขาดในแต่ละส่วนโดยมีท่านนายกท่านนำทีม ปลัดไปด้วย มันทำให้ศักยภาพของกองทุนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ชาวบ้านมีความอยากจะทำในเรื่องของสุขภาพแต่ถามว่าพอเราบอกไปเค้าจะยกมือว่าหมอบอกเค้ายัง เพราะในแต่ละบ้านเค้าไม่ได้ป่วย ก็จะเป็นกลุ่มท่านนายก กลุ่มเราขึ้นว่าทีมสาธารณสุขที่มาตรวจกับเรานะเราคัดกรองจาก อสม.เราพบว่าท่านมีปัญหาในเรื่องนี้ค่อนข้างมาก เราควรแก้ไขอย่างนี้ไหม เราเป็นคนชี้ว่า ในเรื่องของยาปฏิชีวนะมันมีผลทำให้ท่านแพ้ได้ เสียชีวิตได้ แต่คนที่ตอบเรามาว่าไม่แพ้ ที่เค้าไม่แพ้เพราะเค้าไม่ได้กินเค้าถึงไม่แพ้ แต่เราพูดถึงในภาพรวม มันเป็นสิ่งสำคัญที่เราได้รับเรียนรู้จากอบต. มันไม่เหมือนเป็นแค่เรา ไม่มีเส้นอะไรมากัน ทั้งน้องที่อยู่ในนี้เค้าไม่ได้เรียนมาทางด้านนี้แต่เค้าเข้ากลุ่มกับเรา เข้ากลุ่มเราได้ทั้งส่วนวิธีเข้ากับชุมชน เค้าก็ได้ในงานสาธารณสุข แหมยังเอาของเราไปศึกษาแล้วกลับมาพูดๆ ดีกว่าเรารออีกด้วยซ้ำ เค้ามีแนวทางที่จะพูดกับชาวบ้านยังไงที่จะสานต่อได้ดีกว่าเราแต่เราจะเป็นในเรื่องของสุขภาพ ก็ได้ในจุดนี้ ก็ยังคุยกับน้องว่าถ้าเป็นอย่างนี้ชะงัดตั้งแต่ที่แรก ตอนนั้นท่านนายกยังไม่มา ท่านรองยังไม่เป็น ประชาชนน่าจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่ได้ 100% แต่ค่อย ๆ ขยับ.. ต่อไปก็ไม่มีเส้นระหว่างอบต. กับสาธารณสุขแล้ว ออกหน่วยด้วยกัน มีขนาดไหนท่านนายกก็อยู่ ท่านรองก็อยู่ ทานข้าวร่วมกับชาวบ้าน...”

ตัวชี้วัด 6

3.7 ข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ดังนี้

- 1) ให้ความสำคัญกับประชาชนในการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมด้วยการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ และติดตามอย่างเอาใจใส่และต่อเนื่อง
- 2) ขยายกิจกรรมไปสู่ระดับโรงเรียนให้มากขึ้น
- 3) นำร้านขายยาเข้ามาร่วมในโครงการ
- 4) มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มที่เป็นปัญหา
- 5) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางสื่อที่น่าสนใจ เข้าถึงประชาชน และเห็นชัดเป็นรูปธรรม เช่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุทัศน์

“...ต้องเริ่มที่เด็ก ให้ลูกเค้า เพราะในโรงเรียนเราก็จะมี อสม.ตัวน้อย จับมาฝึกอบรมเรื่องการ ไข้หวัด ให้ความรู้กับเด็ก ยากตัวนี้เรียกอย่างนี้นะ ถ้าพ่อแม่ซื้อมาต้องบอกเค้าว่ามันกินไม่ได้นะ ต้องบอกพ่อ บอกแม่เรา เริ่มที่ตัวเด็ก เหมือนสร้างค่านิยมให้เค้าตั้งแต่ยังเล็ก ๆ คือในโรงเรียนเลย ใกล้เคียง ๆ ก่อน แต่โรงเรียน ในระดับอำเภอนี้ยังไม่ได้ลง...”

ตัวจิต 1

“...มันต้องให้เค้าค่อยๆ ปรับ ต้องใช้เวลาเค้าด้วย เรายังต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยน เหมือน เราปรับสภาพมารับข้อมูลตรงนี้ให้ถูกต้องกว่าจะถูกต้อง 100% ต้องใช้เวลาเราเพราะเราก็ไม่ได้ผ่านการอบรม มาโดยตรง...เราก็ไม่ได้ร่ำไม่ได้เรียนมาโดยตรง ก็จากประชาชนธรรมดา เอามาเป็นอาสาสมัครที่จะรับรู้ข้อมูล เข้าใจข้อมูล เอามาอบรมให้ความรู้แล้วให้เราไปบอกต่อให้ใหม่...ให้เวลาพวกเค้า ให้เวลาพวกหนูด้วย...”

ตัวจิต 2

“...แต่พี่ก็จะพยายามภายในปีนี้พี่ที่กำลังจะเร่งเข้าไปหาในพื้นที่ให้มากที่สุดเพราะพี่จะนำร่อง ตำบล...ก่อนคือถ้าเราเปิดกว้างมางานเราก็ไม่ได้ผลเราก็จะเอาเฉพาะพื้นที่ที่เราอยู่แล้วเจาะๆ เป็นแต่ละ หมู่บ้านเลย...”

ตัวจิต 3

“...พี่ถึงได้บอกว่ากะว่าจะตั้งงบประมาณขึ้นมาและจะหาวิทยากรที่เก่งๆ เรื่องนี้มาคุยและก็จะเชิญร้านขายยาในอำเภอ...มาเข้าร่วมประชุมด้วยและจะเชิญประชาชนประชุมด้วยและก็มีผู้นำ สมาชิก ผู้ใหญ่บ้านและข้าราชการใน อบต...เข้าร่วมประชุม พี่อยากจะทำเป็นลักษณะหนึ่ง วิทยุทัศน์ถ่ายให้เค้าดูว่า ผลเสียที่เค้าจะได้รับถ้าเค้ากินมากๆ จะเป็นอย่างไร เค้าทำอย่างไรเค้าถึงจะหาย มันจะหายไปเองโดยการที่เรา รักษาร่างกาย อย่างเป็นบาดแผลเรารู้แล้วรักษาบาดแผลจะค่อยๆ หายไปเอง ข้อดีข้อเสียให้ทำแบบข้อดี ข้อเสีย ก็ให้เค้าได้รู้ แล้วก็ให้คนที่เจอปัญหาเรื่องนี้ให้เล่าให้ชาวบ้านฟัง...”

ตัวจิต 3

“...คงต้องเน้นให้ทางกระทรวงสาธารณสุข ต้องเน้นไปทางผู้จ่ายยาเป็นอันดับแรก ถ้าในอันดับแรกหรือในชุมชนเข้าใจมันเป็นที่ปลายเหตุแล้ว...ค่ะ หมอด้วย ทุกที่ค่ะ...”

ตัวจิ๊ด 5

ตอนที่ 2

ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ก. ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 39 คน มีความเกี่ยวข้องกับโครงการ ASU ในฐานะเป็น/เคยเป็นผู้ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบการดำเนินโครงการในสถานพยาบาลหรือระดับจังหวัด ตั้งแต่ระยะที่ 1 (โครงการนำร่อง) จนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 70 เป็นเภสัชกร รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน/นักวิชาการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลแยกตามวิชาชีพและหน่วยงาน (n=39)

หน่วยงาน	จำนวน (ร้อยละ)				จำนวน (ร้อยละ)
	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน สธ	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1	6	-	1	8 (20.5)
โรงพยาบาลชุมชน	15	-	2	-	17 (43.6)
โรงพยาบาลทั่วไป	2	-	-	-	2 (5.1)
โรงพยาบาลศูนย์	2	-	-	-	2 (5.3)
โรงเรียนแพทย์	-	-	2	-	2 (5.3)
โรงพยาบาลเอกชน	2	-	-	-	2 (5.3)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-	-	-	1	1 (2.6)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	4	-	-	-	4 (10.3)
สปสช.	1	-	-	-	1 (2.6)
จำนวน (ร้อยละ)	27 (69.2)	6 (15.4)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100.0)

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลแยกตามจังหวัด (n=39)

จังหวัด	จำนวน (ร้อยละ)
อุบลราชธานี**	8 (20.5)
สระบุรี*	5 (12.8)
เชียงราย	4 (10.3)
สมุทรสงคราม**	3 (7.7)
พระนครศรีอยุธยา**	3 (7.7)
กรุงเทพฯ**	3 (7.7)
สุรินทร์	2 (5.1)
ขอนแก่น	1 (2.6)
มหาสารคาม	1 (2.6)
อุดรธานี	1 (2.6)
นครพนม	1 (2.6)
ลำปาง	1 (2.6)
เชียงใหม่	1 (2.6)
สงขลา	1 (2.6)
กระบี่	1 (2.6)
ตรัง**	1 (2.6)
สมุทรสาคร**	1 (2.6)
นครศรีธรรมราช	1 (2.6)

*เป็นโครงการระยะที่ 1 เริ่มปี 2550

**เป็นโครงการระยะที่ 2 เริ่มปี 2551

ข. การดำเนินโครงการ ASU ในสถานพยาบาล : รูปแบบและความต่อเนื่อง

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของโครงการ ASU แยกตามประเภทของโรงพยาบาล (n=30)

ประเภท	จำนวน (ร้อยละ)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	8 (26.7)
โรงพยาบาลชุมชน	17 (53.3)
โรงพยาบาลทั่วไป	2 (6.7)
โรงพยาบาลศูนย์	2 (6.7)
โรงพยาบาลเอกชน	2 (6.7)

ผู้ให้ข้อมูล 36 ท่าน เกี่ยวข้องกับโครงการ ASU ที่ดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลรวมถึงระดับจังหวัด ในฐานะผู้ประสานงานหรือแกนหลักในการทำงาน จาก 30 โครงการ (18 จังหวัด) แต่ละโครงการมีระยะเวลาเริ่มต้นไม่พร้อมกัน เช่น โครงการในสถานพยาบาลจังหวัดสระบุรีซึ่งเป็นโครงการนำร่องมีการเริ่มต้นตั้งแต่ ปี 2550 ส่วนจังหวัดอื่นๆ ดำเนินการในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาการขยายรูปแบบโครงการ เช่น สมุทรสงคราม พระนครศรีอยุธยา อุบลราชธานี เริ่มในปี 2551 และจังหวัดที่เหลืออาจจะเริ่มดำเนินโครงการในปี 2552-2554 จากการสัมภาษณ์พบว่าทุกโครงการยังคงดำเนินการในสถานพยาบาลของตนแต่มีลักษณะที่แตกต่างกัน แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ กลุ่มแรกมีการพัฒนาหรือต่อยอดโครงการจากระยะเริ่มต้น กลุ่มที่สองมีลักษณะคงเดิมหรือเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย และ กลุ่มสุดท้ายมีการดำเนินการที่แผ่วลงจนแทบจะไม่มีการทำกิจกรรมใดๆเลย

กลุ่มแรกที่มีการต่อยอดแนวคิดของ ASU ซึ่งมีจำนวน 2 โครงการ มีการขยายพื้นที่ในการดำเนินโครงการ ASU ให้ครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น เช่น จากเดิมที่ปีแรกเน้นให้การอบรมให้ความรู้และพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรการแพทย์ในสถานพยาบาลเป็นหลัก ในปีถัดมาเริ่มมีการปรับรูปแบบและหากกลยุทธ์ใหม่เพื่อขยายแนวคิด ASU ออกไป กลยุทธ์ที่กำลังดำเนินการในปัจจุบันเน้นลงสู่ชุมชนระดับหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านบทบาทสำคัญในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ และมีความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน มีการทำ role model เพื่อเป็นต้นแบบ

“ต้นแบบมาจากจังหวัดว่าให้ทำพร้อมกันทุกสถานพยาบาล...ในเขตจังหวัด X ทำเหมือนกันเพราะไปรับรู้มาเหมือนกัน หลังจากนั้นก็ได้ดำเนินการมาควบคู่กับได้ความรู้จากอาจารย์วิทยากร จาก อย.เราก็ได้มาแล้วก็มาดำเนินการต่อมา จากนั้นก็ทำเองคิดเองโดยเอาปัญหาในแต่ละปีมาเป็นจุดที่จะแก้ปัญหาอย่างไร ตอนแรก ๆ ในกลุ่มของคนที่มาใช้บริการแล้วยังไป (สถานพยาบาลอื่น) ต่อ ตอนแรก ... องค์ความรู้เรายังไม่เต็มที่เท่าไร เรายังไม่ค่อยติดตามเท่าไร เริ่มปี 2552 ที่ทำโครงการวิจัยที่ได้รับรางวัล...เราเจาะไปในกลุ่มผู้ป่วย 3 โรคเหตุที่เค้าไปต่อ ทำไมเค้าถึงไปต่อ ความเชื่อมั่นเรายังไม่มี พอหลังจากนั้น เราจะทำอะไรให้กลุ่มนี้ ให้ประชาชนตระหนักเรื่องของการใช้ยาเมื่อจำเป็นต้องใช้โดยเฉพาะในกลุ่มของยาปฏิชีวนะ ให้เค้าเรียกให้ถูกว่ายาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ปวด ทำแผนงานโครงการขึ้นมาอีก ก็ทำเป็นโครงการประกวดสองหมู่บ้าน ... ก็เริ่มจากตรงนั้นพอมถึงจุดตรงนี้ก็เจอปัญหาว่าประชาชนในพื้นที่เรา... สิ่งสำคัญคือ... สถานบริการของเราจะมาเจอหมอคนไหนก็ตามก็ไม่จ่ายเหมือนกัน สิ่งสำคัญคือการให้องค์ความรู้...” เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1

“ในระดับจังหวัดผมเป็นผู้ประสานแล้วก็จะเชิญทีมที่เป็นเครือข่ายเราทุกอำเภอมาคุยกัน พอจะสิ้นปีเราก็จะมาคุยกันว่าปีหน้าเราจะเอาอีกไหมเรื่อง Antibiotic Smart Use ก็ถามในที่ประชุมที่จังหวัดแล้วเราก็เชิญรองแพทย์ใหญ่ซึ่งดูแลเรื่อง Smart Use เราอยู่มาเป็นประธานให้ว่าจังหวัดเราจะเอาอีกไหมเหมือนรอบล่าสุดหลังจากที่เราไปทุกอำเภอแล้วเราก็อยากจะให้ถึงชุมชนมากที่สุด ปรากฏว่าทุกคนมีความเห็นว่าโอเคเราเอาต่อเรื่องนี้ กำหนดเป็นตัวชี้วัดในระดับจังหวัดต่อ ก็ให้ทำถึงพื้นที่โดยให้พื้นที่เป็นโมเดลก่อน ล่าสุดที่เราทำที่ X ให้อำเภอมาเรียนรู้ว่าการทำในชุมชนต้องมีรูปแบบไหนบ้างที่เราจะทำได้เป็น role model ก่อนแล้วในปีถัดไปให้แต่ละที่เริ่มขยับไปทำในอำเภอของตัวเอง”
เภสัชกร 1

“เป้าหมายสูงสุดก็คือให้มันเกิดการจัดการยาที่เหมาะสมในชุมชน แต่ก็ต้องยอมรับว่าทั้งหมดที่ขงมันก็เริ่มจากยา Antibiotic เพราะเดิมเราก็เคยณรงค์ประเด็นเล็ก ๆ แล้วค่อย ๆ ขยายมันเกิดความต่อเนื่อง...” เภสัชกร 2

ตัวแทนจากโครงการส่วนใหญ่ (20 โครงการ) ให้ข้อมูลว่ายังคงมีการดำเนิน ASU อยู่ในสถานพยาบาล เหตุผลหลัก คือ ASU เป็นเกณฑ์ สปสช. ในการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน (Pay-for-performance) การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโครงการยังคงคล้ายเดิมหรืออาจจะลดลงบ้าง กิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติคือการชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ ASU แก่แพทย์ใช้ทุนที่เข้ามาใหม่ ส่วนการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องนั้นทำเพียงในบางแห่งเท่านั้น เภสัชกรโรงพยาบาล 2 ท่าน กล่าวว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลกำลังพิจารณาดำเนินโครงการนี้อย่างจริงจังอีกครั้งในปีนี้

“ความต่อเนื่องนี้คิดว่าต่อถ้าตัวเองยังดูแลอยู่และในระบบเกสซ์เราเห็นความสำคัญของเรื่องนี้และก็ยังเก็บข้อมูลกันอยู่ถึงแม้แพทย์จะเปลี่ยนบ่อยและเราก็สะท้อนข้อมูลประสบความสำเร็จบ้าง ไม่ประสบความสำเร็จบ้างเราก็กังเก็บเรารู้สึกว่าเรายังต้องเก็บข้อมูลตัวนี้เพื่อประโยชน์ของเรา และมันไม่ได้ทำเฉพาะยาปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยนอกเท่านั้นมันบานปลายไปถึงความเหมาะสมในการใช้ยาปฏิชีวนะในคนไข้ในด้วย เรื่องนี้คิดว่าต่อเนื่องแต่เฉพาะในโรงพยาบาลตัวเองแต่ในภาพของ รพ.สต. ต้องบอกว่าไม่ต่อเนื่องไม่ได้ตามข้อมูลจากเค้าเลยหลังจากจบโครงการ” เกสซ์กร 3

“ดำเนินการต่อเนื่องมาเรื่อย ๆ แต่ว่าพอน้อง (เกสซ์กรผู้รับผิดชอบ) ย้ายไปแล้วจำนวนเกสซ์กรน้อยลงงานมันโหลดมากขึ้น การดำเนินการต่อเนื่องเนี่ยขาดการ record ไป แล้วก็เครือข่ายที่เคยมีอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็เค้าก็เปลี่ยนท่านรับผิดชอบมันก็เลยกลายเป็นขอบเขตการดำเนินงานอยู่แค่ในโรงพยาบาล แล้วหมอที่เคยอยู่ในโครงการ ASU แพทย์ที่มาจากจังหวัด X เค้าก็รู้เรื่อง เค้าก็พอรับได้ แต่หมอที่ไม่เคยรู้เรื่องเค้าก็ไม่เข้าใจเราก็อ้างเป็นรายคนเอาก็พอดำเนินการได้แต่ไม่ได้เต็มรูปแบบมากนักเท่ากับตอนแรก แล้วก็เกสซ์กรที่เราไม่ได้รับไม่ได้จ้างเพิ่มคะทำให้งานมัน drop ลงยอมรับว่างาน drop แต่ไม่หายไปเลย” เกสซ์กร 4

“แฉ่วไปช่วงหนึ่ง โรงพยาบาลก็ต้องทำเรื่องของธุรกิจเพราะว่าเลิกรับคนไข้ประกันสังคม คนไข้ 30 บาท รับแต่คนไข้ทั่วไป คนไข้เงินสด คนไข้ประกันชีวิตต่าง ๆ โครงการก็แฉ่วลงไป แต่ตอนนี้นั้นก็เริ่มอยู่ตัวเห็นว่าโครงการมันมีประโยชน์ก็เลยนำกลับเข้ามาคุยกันอีกรอบหนึ่งแต่ว่าทั้งนี้มันก็ต้องแล้วแต่นโยบายของทางโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่งด้วยคะ” เกสซ์กร 5

ในขณะที่อีก 8 โครงการ พบว่า มีการดำเนินโครงการแฉ่วลงไปจนแทบจะไม่มีมีการดำเนินกิจกรรมใดๆ ถึงแม้ว่า ASU เป็นเกณฑ์ สปสช. หรือ เป็นนโยบายของโรงพยาบาล/ระดับจังหวัด ก็ตาม อุปสรรคที่สำคัญ คือ ปัญหาความไม่ร่วมมือของแพทย์ จำนวนบุคลากรมีน้อย ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจึงไม่มีเวลาในการดำเนินงาน ASU และการขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวว่าขาดการติดต่อจากส่วนกลางจึงทำให้ไม่ได้รับทราบข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับโครงการ

“ไม่ได้ทำต่อเนื่อง ในเรื่องของกรกระตุ้นมันก็เลยขาด ๆ หาย ๆ แต่ก็จะมีบางอนามัย แต่ดูอัตราการเบิกยาของ Antibiotic ของอนามัยก็จะดีขึ้น คือการใช้ลดลง ยา expire เค้ามาส่งคืนมากขึ้น rate การใช้ลดลง แต่ว่าการส่งรายงาน ดึงรายงาน ไม่ได้ติดตามต่อเนื่องเอง แต่บางอนามัยเค้าก็ส่งมาเรื่อย ๆ ขึ้นกับตัวผู้ประสานงานเองด้วยในระดับเครือข่ายคือไม่ได้ติดตามต่อเนื่อง ก็เลยผลของเครือข่ายที่เป็น CUP มันก็จาง ๆ หาย ๆ ไป” เกสซ์กร 6

“จากช่วงนั้นมาบอกตามตรงเลยนะคะไม่ได้ทำอะไรต่อเลย.....มันมีงานใหม่ ๆ มาเพิ่มเยอะขึ้นด้วย แล้วก็ตัวชีวิตอะไรมากขึ้น บางอันที่ตัวชีวิตที่ไม่สำคัญมากเราก็ต้องตัดไปค่ะ เพราะผู้บริหารเค้าก็จะยึดหลักตัวชีวิตตัวที่ได้เงิน...ผู้อำนวยการไม่ค่อยสนับสนุนให้ไปออกกิจกรรมอะไรที่จะต้องไปอยู่ข้างนอกค่ะ” เกลัชกร 7

“จางหายไป เพราะตอนปีแรกที่เค้าบอมมันจะมีเก็บข้อมูลเยอะแยะ ช่วงหลัง ๆ เราแค่เก็บสถิติการใช้ยามันก็ไม่ได้สะท้อนอะไรเท่าไรหรอก” เกลัชกร 8

“ASU ตอนนี้อย่างจริง ๆ ในโรงพยาบาลไม่ได้เน้นมากครับ แต่ว่าเป็นนโยบายกลุ่มงานเภสัชว่าเมื่อมีแพทย์มาใหม่ต้องมีการแนะนำเกี่ยวกับโครงการที่เราได้ปฏิบัติอยู่กับแพทย์ที่มาใหม่ให้รับทราบในข้อปฏิบัติ.....แพทย์ที่หมุนเวียนมาโรงพยาบาลชุมชนแพทย์เพิ่งมาใหม่เป็นแพทย์ที่มาจากโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งโรงพยาบาลทั่วไปโครงการ ASU ยังไม่จริงจังเท่ากับโรงพยาบาลชุมชน เค้าก็จะไม่ค่อยเห็นความสำคัญกับโครงการนี้เท่าที่ควร” เกลัชกร 9

“พอเปลี่ยนจากอนามัย เป็น รพสต. งานก็เยอะขึ้นมาก ...มันก็เลยทำให้จุดนี้อาจจะแผ่วลงไปบ้างแล้วมีงานอื่นเพิ่มเข้าไปแทรกเข้ามา ทำให้ตรงนี้ก็เวลาลดน้อยลงไป” พยาบาล 1

ค. ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ ASU

จากการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 39 ท่าน สรุปประเด็นหลักที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ คือ

1. การสนับสนุนด้านนโยบาย (Policy support)
2. การผนวกเข้ากับงานประจำ (Institutionalization)
3. ผู้บริหาร (Leadership)
4. ความร่วมมือและศักยภาพของบุคลากร (Staff involvement and capacity)
5. ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (Collaboration and partnership)
6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)
7. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน (Public behavior on antibiotic use)
8. การประเมินผลโครงการและนำเสนอผล (Project evaluation and demonstrating results)

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านนโยบาย (Policy support)

ในปี 2553 สปสช. กำหนดให้ ASU เป็นเกณฑ์คุณภาพระบบยา เพื่อใช้สำหรับพิจารณาการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน (P4P) ถือเป็นตัวกระตุ้นหรือแรงจูงใจที่สำคัญที่สุดให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินโครงการ ASU ในโรงพยาบาล แม้ว่าในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลจำนวนมากจะไม่ได้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากไม่เห็นด้วยกับวิธีการประเมินในระยะแรก (2553-2555) เนื่องจากการประเมินกระบวนการ (process evaluation) และใช้วิธีการประเมินตนเอง (self-assessment) จึงอาจจะไม่ได้สะท้อนผลที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เกสซ์กรโรงพยาบาลหลายท่านกล่าวถึงปัญหาที่สำคัญที่สุดเกี่ยวกับการลงรหัสโรค ICD 10 เช่น แพทย์ลงรหัส ICD 10 ไม่ตรงกับการวินิจฉัย โรงพยาบาลบางแห่งให้นักเวชระเบียนเป็นผู้ลงรหัสโรคแทนแพทย์ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน จึงทำให้ข้อมูลยาปฏิชีวนะที่เกิดความคลาดเคลื่อน การเปลี่ยนแปลงการประเมินเป็นการประเมินผลลัพธ์ (outcome evaluation) ในปีงบประมาณ 2556 ด้วยวิธีการใหม่ทำให้หลายท่านคิดว่าน่าจะมีความเหมาะสมและสะท้อนผลลัพธ์ที่แท้จริงได้ดีกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม เกสซ์กรจากโรงพยาบาล 2 ท่าน แสดงความเห็นว่าการประเมินใหม่นี้ทำได้ยากแต่ก็ยอมรับได้

“ก่อนหน้านี้เค้าใช้เป็นเกณฑ์การประเมินตนเองซึ่งเป็นเรื่องของการปฏิบัติตัว เป็นขั้นตอนการทำงานเป็นระดับ 1 2 3 4 5 ซึ่งในการประเมินตนเองนั้น มันไม่ได้วัดอะไร คือมันไม่ได้บอกผลสำเร็จของงาน มันไปบอกระดับที่ 5 ซึ่งพอไปดูหลาย ๆ โรงพยาบาลแล้วน้อยมากที่จะถึงระดับ 5 แทบไม่มีใครถึงเลย เพราะฉะนั้นมันบอกผลสำเร็จของโครงการหรือว่าบอกผลประเมินของโครงการไม่ได้บอกได้แค่ว่าแต่ละโรงพยาบาลอยู่ระดับไหน เพราะฉะนั้นในภาพรวมหรือภาพที่ผู้บริหารเห็นก็จะมองไม่เห็นเลย ในขณะที่ปีนี้คิดว่าในเกณฑ์ที่ สปสช. ตั้งไว้ แล้วใช้เกณฑ์จากการดึงจากฐานข้อมูล 21 แฟ้ม พี่ก็ว่าดีเป็นกลางที่สุด” เกสซ์กร 10

“ถ้าเรามีเหมือนนโยบายกำหนดมาด้วยก็จะทำให้ผู้บริหารรับรู้ว่าคุณกลุ่มหนึ่งที่ทำงานตรงนี้ส่วนหนึ่งก็คือ support นโยบายด้วยอย่างเช่นเมื่อก่อนนี้ส่วนหนึ่งที่ว่าพอ.หรือว่าทีมผู้บริหารตอนที่เราเข้าไปขาย project นี้ในที่ประชุม PTC ส่วนหนึ่งบอกว่าตรงนี้ถ้าเราทำได้เงินกลับมาจากสปสช.ในเรื่องของเกณฑ์สมัยก่อนที่ว่าเราทำ 1 2 3 4 5 แม้กระทั่งตอนนี้ก็เหมือนกันคะ ก็เหมือนใช้สูตรนี้เป็นแรงจูงใจในการที่ช่วยกันทำส่วนหนึ่งนะคะ ตรงนี้ก็เป็นหนึ่งองค์ประกอบว่าถ้ามีนโยบาย support แล้วก็นโยบายเรื่องของคนที่ดีแล้วมีรางวัลให้ก็อาจจะทำให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญแล้วเวลาเรา present ผู้บริหารก็ให้ความสนใจ เพราะฉะนั้นพี่ก็อยากฝากว่าอย่างส่วนกลางเวลาประชุมผู้บริหารระดับสูงก็อาจจะมีการส่งต่อเรื่องนี้ไปถึงผู้ตรวจ หรือว่าอะไรเป็นเหมือนตัว indicator ตัวชี้วัดตัวหนึ่งว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินการหรือไม่ เรื่องผู้ตรวจผู้บริหารก็จะให้ความสนใจแล้วเวลาเราเสนอขอสนับสนุนอะไรก็จะได้รับการสนับสนุนที่ดี” เกสซ์กร 11

ถึงแม้การจ่ายค่าตอบแทนในลักษณะ P4P เป็นมาตรการที่จะสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลดำเนินโครงการ ASU แต่สำหรับโรงพยาบาลที่มีฐานะทางการเงินดี อาจละเลยและไม่สนใจ จำเป็นต้องมีมาตรการเชิงบังคับอื่นๆ ร่วมด้วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ

“แรงจูงใจผมว่านะก็คือผู้บริหารจะต้องรู้ว่ามันมีผลกระทบต่ตัวเค้าในเรื่องของเกณฑ์ ในเรื่องของการติดตาม จะต้องใช้ผู้ตรวจ ที่โรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องใช้แรงจูงใจของการเอาเงินเข้ามัลอะไรหรอกเพราะว่าสถานการณ์การเงินของเรามันค่อนข้างดี” เกสัชกร 13

มีความเห็นจากเกสัชกรโรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่งที่น่าสนใจ

“ไม่แน่ใจว่าเป็นเพราะแรงบีบจาก สปสช. ที่เค้าต้องกำหนดให้เค้าทำ เค้าเลยไม่รู้จริง ๆ มันเป็นเพราะทัศนคติที่เค้าอยากจะปรับเปลี่ยนเองหรือว่ามันเป็นเพราะแรงบีบทางด้านงบประมาณเค้าก็เลยต้องทำ ทำเหมือนถูกบังคับ บางทีมันเหมือนกับมีแรงดันอยู่ด้วยค่ะ” เกสัชกร 6

“ตอนนี้รู้สึกว่าจะต้องทำอะไรสักอย่างที่จะให้มันตรงกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ASU จริง ๆ ไม่ใช่แค่เป็นตัวเลขที่มันลดลง....อยาก feedback กลับไปให้โครงการด้วยเหมือนกันค่ะ จริง ๆ แล้วมันไม่รู้ไปถูกทางหรือเปล่าสำหรับการที่มันเหมือนบังคับด้วย สปสช.” เกสัชกร 6

นอกจากแรงจูงใจจากค่าตอบแทน P4P แล้ว เกสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดท่านหนึ่งเสนอการสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัลแห่งการทำดีเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ผู้ปฏิบัติงานและได้รับการยกย่องจากสังคมด้วย

“ถ้าจะให้เงินรางวัลน่าจะเป็นรางวัลมาจากส่วนกลาง อาจารย์เคยเห็นโรงพยาบาลสายใยรักแม่เท่าที่เห็นเขาก็จะมีเกณฑ์มีอะไร แล้วก็เงินรางวัลที่รับจากส่วนกลาง อันนี้ก็อันหนึ่ง เป็นความภาคภูมิใจนะ เขาจะขึ้นไว้เลยว่า โรงพยาบาลที่นี้เป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อะไรประมาณนี้ ถ้าชวน ออ. ทำอาจะดี แบบสนับสนุนให้เป็นแบบอย่างที่ดี โรงพยาบาลอื่นจะได้ทำตาม ก็น่าจะเป็นแรงจูงใจ ต้องตั้งชื่อให้มันดี ๆ นะ ทำให้คุณค่ารางวัลนั้นมันดูทรงคุณค่า” เกสัชกร 12

สำหรับความคิดเห็นต่อการทำงานของส่วนกลางเกี่ยวกับเกณฑ์ ASU พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าส่วนกลางขาดความชัดเจนในการติดตามประเมินผลและกำกับดูแลจากอย่างจริงจัง รวมทั้งการส่งข้อมูลย้อนกลับให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล หรือ จังหวัด ทำให้ขาดความต่อเนื่องทั้งที่เป็นนโยบายระดับประเทศ ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลเสนอให้มีเจ้าภาพหรือผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อกำกับดูแลและติดตามประเมินผล ในขณะที่เกสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขเสนอให้

มีหน่วยงานจากส่วนกลางทำหน้าที่ดังกล่าวหรือหากไม่มีหน่วยงานส่วนกลางก็ควรสร้างกลไกในการกำกับดูแล และติดตามที่มีประสิทธิภาพ

“ความต่อเนื่องของโครงการไม่มีอะไรต่อร้อยมาในแต่ละปี ถึงแม้จะมีการวางแผนว่าในแต่ละปีจะมีอะไรจริงแต่ถ้าเรื่องเก่าเหมือนถูกทิ้งไปไม่มีการตามไม่มีระบบ monitor เรื่องเก่าหรือที่ทำอยู่เดิม มันก็เหมือนนโยบายอื่น ๆ ของกระทรวงซึ่งมาปีหนึ่งแล้วก็หายไปพอปีหน้าคุณนโยบายอื่นขึ้นมาแล้วก็หายไป ถ้าถามว่าเราอยากทำอะไร เราอยากทำอะไรแต่เราทำไม่ได้ด้วยภาระของงานที่ในแต่ละปีที่กระทรวงจะคิด project ใหม่ ๆ มาตลอดเวลาเพื่อที่จะให้เราทำ และถ้าเราทำ ASU อยู่เราตอบผู้บริหารไม่ได้เราก็จะมีปัญหาอีกเพราะในระดับนโยบายเป็นเรื่องที่สำคัญเราต้องตอบนโยบายเค้า อย่างปีนี้มา 49 ตัวชี้วัด ถ้าให้เราทำ ASU เราไม่มีเวลาทำแน่ ๆ 49 ตัวชี้วัดที่เราจะต้องส่งเค้าการที่จะทำโครงการต่อเนื่องได้มันต้องมีการกระตุ้นตลอดเวลาส่วนกลางไม่มีกระบวนการกระตุ้น แล้วก็ไม่มีการวางยุทธศาสตร์ที่จะ keep ตัวที่เคยทำไปแล้ว จริง ๆ แล้วเค้าน่าจะมองภาพออกว่ามันเป็นเหมือน project อื่น ๆ ของกระทรวงที่มาแล้วไปเหมือนยาขยะมาสีเดือนแล้วก็ไปแล้วไม่มีการทำอะไรต่อ แล้วถ้าจะคิดให้มันทำต่อเนื่องมันต้องมี activity ต่อ” เกสัชกร 10

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า

“งาน NCD มันเป็นงานเชิงนโยบายลงมาและก็มีผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดที่มันชัดเจน การควบคุมโรคเบาหวาน ความดัน พวกนี้ พอมีนโยบายลงมาชัดเจนมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในระดับจังหวัดมันก็จะตามงานหรือผลงานที่เกิดขึ้นมันก็จะชัดเจน มีแนวทางและก็ยังยืน ที่นี้พอ ASU ไม่มีผู้ติดตามงานในระดับจังหวัด....ผมว่าไม่มีนะครับ” แพทย์ 1

ในระดับอำเภอหรือจังหวัดบางแห่งมีการกำหนดให้ ASU เป็นนโยบายระดับอำเภอ/จังหวัด รวมทั้งกำหนดเป็นตัวชี้วัดด้วย หลายท่านเชื่อว่าการกำหนดเป็นตัวชี้วัดน่าจะกระตุ้นให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือของแพทย์และบุคลากรอื่นๆด้วย อย่างไรก็ตาม ความเคร่งครัดในการติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดหรือนโยบายนั้นแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ด้วย ผู้ปฏิบัติงานจะเลือกทำงานตามความเร่งด่วนหรือตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชา ดังตัวอย่างความคิดเห็นของตัวแทนเกสัชกรโรงพยาบาลชุมชน จาก 4 จังหวัด

“ (จังหวัด) มี (นโยบาย) แต่ไม่ได้เข้มงวดและไม่ได้ติดตามด้วย” เกสัชกร 7

“นโยบายมันมาหลากหลาย นโยบายไหนมาต่อเนื่องก็ต้องไปทำอันนั้นก่อน” เกสัชกร 14

“เป็นโครงการที่สาธารณสุขจังหวัด X ให้ความสำคัญแล้วก็จัดทำเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่จะมอบหมายให้
เภสัชที่รับผิดชอบในแต่ละโรงพยาบาลของจังหวัด X ทำเป็นตัวชี้วัดหนึ่ง ...ยังเป็น (ตัวชี้วัด) อยู่ครับ
แต่ว่าส่วนใหญ่ก็ถือเป็นตัวชี้วัดที่ไม่ค่อยให้ความสำคัญเท่าที่ควร” เภสัชกร 9

“(นโยบาย) มีผลมากครับ คือถ้าเกิดมีนโยบายระดับประเทศ การทำเรื่องนี้เป็นเรื่องเด่นขึ้นมาเป็นจุด
สนใจทำให้พื้นที่ทำงานง่าย ยิ่งถ้าเกิดในระดับจังหวัดยอมรับเรื่องนี้เป็นนโยบาย พื้นที่จริงจะไปทำถึง
คนไข้จริง ๆ มันก็จะง่ายขึ้น รวมกับมันจะมีตัวชี้วัดมาด้วย ตัวชี้วัดก็เป็นส่วนหนึ่งแต่จริง ๆ มันไม่ได้มี
ผลกับเค้ามามากนักซักเท่าไรบ้างที่ก็ทำให้แค่พ่วง แต่ถ้ามียุทธศาสตร์ระดับจังหวัดทำให้มีการกระตุ้น
หรือว่าหยิบยกเรื่องนี้ขึ้นมาเป็นเรื่องเด่นในระดับจังหวัดหรือเป็นนโยบายให้เค้าได้แทนที่จะอยู่ระดับ
สามก็สามารถทำได้ในระดับสี่หรือห้าไปเลยครับจะทำให้ดีขึ้นมากกว่าแค่นโยบายที่วางไว้เฉย ๆ”
เภสัชกร 1

ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านโดยเฉพาะจากโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลเห็นว่าควรกำหนด ASU เป็นตัวชี้วัดใน
ระดับจังหวัดเป็นอย่างยิ่งเพื่อเป็นการบังคับให้มีการดำเนินการ ซึ่งน่าจะได้ผลมากกว่าการใช้คำตอบแทนเป็น
เครื่องจูงใจในการทำงาน

“(ASU) ไม่ได้เป็น KPI มานิตะธรรมดาว่า การใช้ยาลดลงมัย มาดูธรรมดาๆ วัดปริมาณไม่ได้ ในปีสอง
ปีนี้ (ASU) ก็เจี๊ยบๆ ผู้ประสานงาน ASU ก็ไม่ว่าอะไรถ้าจะให้มันสำเร็จก็ควรจะต้องระดับ จังหวัดมา
คะ ต้องมีการติดตามงานเรื่อยๆ หรือจะเอาเป็น KPI อีกตัวก็ได้ หรือจะเป็นงานที่ดึงขึ้นมาจากเดิมอะ
คะ ถ้าจะให้ได้ผลจริงๆ สำหรับชาวบ้านนะ แต่นี่พอมันแผ่วเบาเลยก็ไม่มีใครสนใจไม่ต่อเนื่อง”
พยาบาล 1

“หากเป็นนโยบายระดับจังหวัดมันมีความยั่งยืน เป็นไปได้มากกว่าระดับ CUP นะ คนที่ปฏิบัติก็เห็น
ความสำคัญมากกว่า เพราะกลัวถูกสุ่มตรวจ ต้องทำให้ผ่าน คนก็กระตือรือร้นมากขึ้น” เภสัชกร 24

เภสัชกร 2 ท่าน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ความเห็นว่า นอกจากการกำหนดเป็นเกณฑ์
สปสข. แล้ว กระทรวงสาธารณสุขอาจจะพิจารณากำหนดเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของคณะบริหารเวชภัณฑ์
หรือ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด แต่ไม่ว่าจะเป็นเกณฑ์ใดก็ตามสิ่งที่หลายท่านแสดงความกังวล
คือความต่อเนื่องของเกณฑ์ดังกล่าว

“ต้องออกแบบ PTC คณะกรรมการที่ดูแลเรื่องนี้ให้มันมีประสิทธิภาพแล้วปฏิบัติได้ ไม่ใช่แค่ให้ส่ง
รายงาน ส่วนใหญ่ตอนนี้กลายเป็นลักษณะว่าหลักการดี รูปธรรมดูจากรายงาน ดูจากประชุม ซึ่งบางที
เรารู้สึกว่ามันมีแต่เพิ่มภาระและเพิ่มทุกข์ให้กับคนทำงาน” เภสัชกร 2

“พอมันมีเรื่องตัวชีวิต มันก็รู้สึกอุ่นใจ ว่ามีตัวชีวิตมาบีบ แต่ก็เป็นห่วงอยู่นะ เพราะว่าตัวชีวิตมันจะเปลี่ยนไป เราก็หวังว่าให้ สปสช เอาตัวชีวิตนี้ให้มันอยู่ต่อไป อาจจะเป็น smart use อะไรก็ได้ แต่หลักการนี้คือ smart use Antibiotic อาจจะเป็นตัวหนึ่งที่ทำก่อน จริงๆ สปสช เขามีอีกตัวชีวิตหนึ่งที่เป็นตัวเลือกคือประสิทธิภาพของคณะกรรมการเวชภัณฑ์ หรือ PTC เขามีอีกอันหนึ่งนะ แต่อันนี้เขาไม่ได้บังคับ” เกสซ์กร 12

“อยากให้ สปสช. ปีนี้ แทนที่ปีนี้จะให้ incentive พอปีหน้าไปเปลี่ยนไม่ไห้แล้ว ให้ก็ให้ต่อเนื่องไป ตัวชีวิตตัวอื่นเพิ่มก็เพิ่มมาซื้อยาไปตัดตัวนี้ทิ้ง ให้เค้าเห็นว่าเอาจริงนะ ไม่ใช่ปีนี้ให้ปีหน้าไม่มีให้แล้ว หรือให้นิด ๆ หน่อย ๆ คนที่เค้าอยากไปทำอะไร เค้าเห็นมี incentive ผมก็ว่ามีส่วนหนึ่งนะ โรงพยาบาลก็อยากได้ค่าใช้จ่ายไปใช้ มีอะไรมาล่อ” แพทย์ 2

“เสนอกระทรวงไปแล้วว่าการทำงานอย่างนี้ควรจะผ่านระบบจังหวัดมันไม่ใช่ไปลงที่หน่วยบริการ โดยตรงแล้วหน่วยบริการสมัครใจจะทำถ้ากรณีนำร่องเราโอเคปีหนึ่ง ปีสองเราโอเค ปีสามปีสี่จะกระจายไปหน่วยบริการอื่นมันต้องผ่านระดับจังหวัดแล้วผลักดันให้เป็นนโยบาย PTC ระดับจังหวัด แล้วให้จังหวัดเป็นคนกระตุ้นต่อ กระทรวงมีหน้าที่กระตุ้นจังหวัดอย่างเดียว เก็บข้อมูลจากจังหวัดอย่างเดียวไม่ควรจะไป due กับหน่วยบริการโดยตรง” เกสซ์กร 10

ถึงแม้จะเป็น ASU จะเป็นนโยบายระดับประเทศ แต่ผู้ให้ข้อมูลหลายท่าน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโครงการของบุคลากรการแพทย์ยังไม่แพร่หลายเท่าที่ควร ทั้งที่มีการดำเนินโครงการมาเป็นระยะเวลานานดังที่แพทย์ท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า

“ผมว่าคนที่ทำโครงการระดับส่วนกลางผมว่าก็ดีมีความตั้งใจดีนะ ตั้งแต่แรกแล้วผมว่าโครงการมันน่าจะอยู่ยั่งยืน แต่ต้องออกแรงเยอะเหมือนกัน ตอนนี้มีระยะสามแล้ว ความรู้สึกผมว่ายังไม่ค่อยแพร่หลายมาก มีความรู้สึกอย่างนั้น มันก็ยังไม่ได้ทุกโรงพยาบาล กระแสนั้นก็ไม่ค่อยแรงเท่าไร” แพทย์ 2

2. การผนวกเข้ากับงานประจำ (Institutionalization)

ในระดับโรงพยาบาลมีการผนวก ASU เข้ากับนโยบายของโรงพยาบาล เช่น นโยบายความปลอดภัยด้านยา (Medication Safety) เพื่อให้กลายเป็นงานประจำ ในโรงพยาบาลจะมีการกำหนดคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อกำกับดูแลโครงการ ASU ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ภายใต้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee: PTC) เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการใช้ยา เกือบทุกโครงการจะมี

เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการทำกิจกรรมต่างๆ มีโรงพยาบาลเพียง 1 แห่งที่มีแพทย์เป็นแกนหลักในการทำงาน โรงพยาบาลขนาดใหญ่บางแห่งมีการดำเนินมาตรการการประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างเคร่งครัดอยู่แล้ว จึงใช้แนวทางการทำงานเช่นเดียวกับ DUE ซึ่งเภสัชกรโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่าความเข้าใจและประสบการณ์จากการทำ DUE ทำให้บุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ ASU เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นการทำงานโดยสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งพบว่า ถึงแม้จะมี PTC ในทางปฏิบัติแล้วการดำเนินงานเป็นลักษณะการทำงานโดยเภสัชกรเท่านั้น ยังไม่มีความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ

“ลักษณะทำงานเมื่อมีโครงการอันหนึ่งก็พยายามทำให้มันไม่ใช่เหมือนเป็นงานใหญ่งานที่หนักหรือยุ่งยากคือเอามาพยายามทำให้มันเหมือนเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมหรืองานที่ทำอยู่แล้วไม่อย่างนั้นมันก็จะเหมือนเป็นภาระงานที่ต้องทำอะไรเพิ่มเติม ส่วนใหญ่จริง ๆ แล้วถ้าเรารู้หลักการว่าทำยังไงให้เกิด rational use ทำให้คนที่เกี่ยวข้องเข้าใจในหลักการ เน้นให้เห็นความสำคัญว่าเราทำเพื่ออะไรไม่ได้ทำตามคำสั่งหรือนโยบายแต่ทำเพื่ออะไรเพื่อคนไข้ เพื่อองค์กรเพื่อผู้ร่วมงาน เมื่อผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจเราก็ไม่ต้องทำอะไรมากคือทุกคนจะรู้ว่าวัตถุประสงค์คืออะไร” เภสัชกร 11

“ต่อให้ตอนนี้อย่างโรงพยาบาลเค้าจะมีนโยบายดี ๆ เข้ามากำกับแต่หนูไม่แน่ใจเหมือนกันว่ามันไปผนวกกันได้ไหม DUE มันเป็นการประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาแต่ถ้าถ้านโยบายกรมบัญชีกลางจะเป็นยา cox-2 statin พวกนี้เป็นหลัก แต่ที่นี้ถ้าโรงพยาบาลไหนมีความสนใจเรื่องยาปฏิชีวนะเค้าจะทำ DUE ยาปฏิชีวนะ เป็นยากลุ่มแวงพวกกลุ่ม cef ทั้งหลาย หรือ gen ใหม่ ๆ เพราะฉะนั้นกำลังมองว่าถ้าเกิด จริง ๆ มันเป็นนโยบายนะคะ DUE ถ้ามันจับไปด้วยกันได้หมายถึงว่านอกจากสี่กลุ่มนั้นจริง ๆ แล้ว ยาปฏิชีวนะควรจะถูกระเมินความเหมาะสมในการใช้ยาด้วย ก็อาจจะเป็นตัวหนึ่งที่จะช่วยให้ผลักให้เคลื่อนได้ดีขึ้น แต่ต้องเรียนอย่างนี้คะขนาดเราทำ DUE ต้องบอกว่าเรียกว่าความร่วมมือก็ได้แค่ระดับหนึ่ง” เภสัชกร 15

ตัวอย่างความเห็นของเภสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

“มีการกระตุ้น.... คือ ผลักเป็นนโยบายของจังหวัด แล้วก็ป็นงาน routine ของโรงพยาบาล จริง ๆ วางเป้าหมายให้เค้า (โรงพยาบาล) ประเมินทุกปี เราก็จะมีการตามในเวทีประชุมของ พบส. เรื่องของการประเมินผลงานแล้วก็มาวิเคราะห์ว่าทำไมถึงไม่ได้ เหตุผลในปีนั้นทำไมถึงไม่ได้” เภสัชกร 10

“ถ้าให้ดำเนินการ ASU ไปเดี่ยว ๆ มันจะไม่ยั่งยืนแน่ ๆ แต่ถ้ามันถูกผนวกไปกับเรื่องของโครงการอื่น มันจะสามารถเดินไปได้อย่างต่อเนื่อง อย่างเช่น เรื่องของความเสี่ยงของยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ถ้าในเรื่องของโรงพยาบาล คือการทำ DUE DUR คือถ้ามันถูกผนวกไปกับเรื่องพวกนี้มันจะยั่งยืนแน่ ๆ แต่ถ้าเมื่อไหร่ต้องออกมาเป็น ASU เดี่ยว ๆ มันจะถูกแอนตี้ ถูกต่อต้านโดยคนที่เป็นกลุ่ม ๆ มันเหมือนเป็น project ที่ไม่ใช้งานปกติ เป็น project ที่ซ่อนอยู่” เกสซ์กร 10

“เราก็ทำหายแล้วว่าปี 56 เนี่ย เขาเล่นแต่ ASU แล้วนะ คุณต้องทำ เราก็พยายามสะท้อนได้แค่นี้ เพราะฉะนั้น สสจ. ก็คงจะผลักเขาได้แค่นี้ ว่าข้อมูลของคุณอยู่ระดับนี้นะ” เกสซ์กร 12

มีข้อมูลจาก 2 จังหวัดว่ามีการผนวกแนวคิด ASU เข้าไปในแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม มีการดำเนินโครงการเกี่ยวกับการจัดการใช้ยาในชุมชน และการกำหนดเกณฑ์ยาปฏิชีวนะเป็นตัวชี้วัดในระดับจังหวัดด้วย

“...พอปีถัดมาจนกระทั่งปัจจุบันเราเขยิบมาเป็นลักษณะของยาปฏิชีวนะในชุมชนแทน คือเวลาเราทำงานเราจะเห็นว่ามันมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่อยู่ในระบบคือคนไข้มารับยาปฏิชีวนะที่สถานพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเราสามารถให้คำแนะนำให้คำปรึกษาได้ แต่ถ้าไม่ได้รับยาปฏิชีวนะมันก็มีช่องทางอื่นที่คนไข้เดินไปหาด้วยตัวเองคือร้านชำในชุมชนหรือร้านขายยา เพราะฉะนั้น อย่างร้านขายยาเรายังเชื่อว่ามีเภสัชกรให้ข้อมูล แต่ว่าพอร้านชำมันเหมือนกับซื้อขายกันเหมือนสินค้าทั่วไปมันไม่มี awareness ในเรื่องของโอกาสการแพ้ยาหรือเชื้อดื้อยาเราจึงไปจัดการในชุมชนแทน รวมทั้งยาชุด ยาไม่เหมาะสมทั้งหลาย” เกสซ์กร 15

3. ผู้บริหาร (Leadership)

การยอมรับแนวคิด ASU ของผู้บริหารเพื่อนำมาใช้มาปฏิบัติในโรงพยาบาลมีผลทำให้การดำเนินโครงการเป็นไปได้อย่างราบรื่นทั้งในระดับองค์กรและจังหวัด ผู้บริหารในที่นี้หมายถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งประธานคณะกรรมการ/คณะทำงานซึ่งจะเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญ โรงพยาบาลหลายแห่งที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารส่งผลให้การทำกิจกรรมของโครงการ ASU แผ่วลงไป จากการสัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้บริหารให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี มีโรงพยาบาลเพียง 3 แห่งเท่านั้นที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในกำหนดแผนกลยุทธ์หรือแนวทางการดำเนินงานของโครงการ ในขณะที่ เกสซ์กรจากโรงพยาบาล 5 แห่ง รู้สึกว่าผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเท่าที่ควร

“ตั้งแต่เริ่มแรกเราคุยกันทั้งจังหวัดแล้วก็โชคดีที่ได้นายแพทย์ สสจ.ท่านมอรับรองแพทย์ท่านหนึ่ง มาร่วมทีมเรา แล้วก็ประกาศเป็นนโยบายของจังหวัด X เลยว่า ASU ของเราจะเกิดขึ้นในจังหวัด”
เกสัชกร 1

“(โรงพยาบาล) ยังทำ (ASU) อยู่คะตอนนี้ ที่นี้ทำไมถึงทำแล้วมันเวิร์คเพราะว่าผู้อำนวยการเค้าเป็น หมอเค้าเล่นด้วยอันนี้เป็น key man ที่สำคัญมากเพราะว่าพอหมอเอาด้วย” เกสัชกร 16

“ในโรงพยาบาลมันเหมือนมีวัฒนธรรมในเรื่องของการใช้ยาตามแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผล แล้วก็แพทย์คือไม่ใช่ 100% แต่ส่วนใหญ่ เมื่อมีอะไรที่เราไปคุยว่าตรงนี้นั้นเป็น rational แล้วเรา อาจจะโชคดีที่มีประธานที่อยู่ใน field ด้วย แล้วก็สนใจด้วยแล้วท่านก็ชอบสอนชอบถ่ายทอดก็เลย อาจจะเห็นเหตุให้ท่านมัน run ไปได้เรื่อย ๆ เพราะถ้าเราไม่มีประธานหรือแพทย์ที่สนใจเรื่องนี้หาวิธีที่จะไปคุยกับแพทย์หรือเป็นคนที่ทำให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ๆ เราก็อาจจะเจออุปสรรคเหมือนกันนะคะ”
เกสัชกร 11

“ผู้บริหาร ถามว่าขวางไหม ไม่ขวางแต่ถามว่าสนับสนุนหรือเปล่า สรุปยาก” เกสัชกร 1

“ผอ. ไม่ค่อยสนับสนุนให้ไปออกกิจกรรมอะไรที่จะต้องไปอยู่ข้างนอกคะ อยากจะให้เราทำงานแค่ตรง นี้ จริง ๆ มันมีงานอย่างอื่นอีกนะคะที่เกสัชจะต้องได้ออกไปแล้วเราก็อยากมาก ออกไปแก้ปัญหาในเรื่องชุมชนแต่ว่ามันก็ไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนแล้วก็มีปัญหาเรื่องงานข้างในมันก็เยอะ ที่นี้คนที่ จะออกไปข้างนอก คนข้างในก็จะ.....มันก็มีปัญหาภายในกัน” เกสัชกร 2

“.....ถ้าใครทำให้เกิด pneumonia ก็จะมีการลงโทษ เพราะฉะนั้นแพทย์ก็จะแจก Antibiotic มันค่าน กัน... เพราะฉะนั้นนโยบายของผู้ใหญ่ก็สำคัญคะ คือผู้ใหญ่ในจังหวัดของเราเองที่จะทำเป็นนโยบาย ผู้บริหารในจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับ pneumonia เขาก็จะไป force ว่าอย่าให้เกิด case นี้ขึ้นมา พอมา เจอ URI ก็กลายเป็น pneumonia ก็ต้องกันไว้ก่อน มูลค่ามันก็ไม่เยอะมาก เขาก็ว่าไม่เป็นไรหรอก Amoxy แค่นี้ก็เม็ด cost หนึ่งไม่กี่บาท ลงทุนไปดีกว่าที่จะมี drip cef-3 ต้องเข้า admit ใน โรงพยาบาล เขาก็จะคิดในแง่ นั้น แม้แต่แพทย์จาก โรงพยาบาลศูนย์ที่เชิญมาให้เขามาเป็นประธาน เลย เขายังเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กๆ ให้เขามาพูดอะไร มันก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เราไม่อยากเรียก ประชุม” เกสัชกร 17

“เราดึงมา มัน (ข้อมูล) ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ประโยชน์ได้ที่ชัดเจน เพราะเคยดึง ICD10 มันเข้ามาหมดเลย อาจตอบโจทย์ตรงนี้ให้ผู้ใหญ่ได้ไม่ชัดเจนว่าประเมินรายโรค อย่างเช่นเรื่องหวัด common cold หรือว่าแผลติดเชื้อ per bill มันเท่าไรกันแน่นมันอาจจะยังไม่ชัดตรงนั้นด้วย

โรงพยาบาลเอกชน ถ้าเล่น per bill ผู้ใหญ่เค้าจะสนใจ เราไม่สามารถจะดึงตรงนี้มาได้ชัดเจนด้วย”
เกสซกร 18

“แรก ๆ เหมือนผู้บริหารของรพ.สต.แต่ละแห่งไม่ค่อยเข้าใจก็ยังเป็นอุปสรรคนะ คือเค้ามีแต่พยาบาลอบรมไป ตอนหลังเราก็มายคุยกันเค้าก็เริ่มเห็นความสำคัญแล้ว.....ถ้าเป็นระดับอำเภอก็คือ ไม่มีการสานต่อโครงการ ทำแล้วก็เงียบไป คนที่ทำงานก็ไม่ค่อยอยากทำ ตอนนี้อยู่เปลี่ยนหัวหน้า สสอ. ท่านก็อาจไม่รู้ว่า ASU คืออะไร อยากให้มีการแจ้งว่ามีโครงการมาดูงาน มีงาน ASU นี้อยู่ จะได้เก็บเป็นผลงานของเรา แล้วให้ผู้บริหารสร้างความตื่นตัวบ้าง” นักวิชาการสาธารณสุข 1

4. ความร่วมมือและศักยภาพของบุคลากร (Staff involvement and capacity)

การสร้างการเข้าใจในวัตถุประสงค์ของโครงการ ASU รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตระหนัก ยอมรับและปฏิบัติตาม ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีทัศนคติในเชิงบวกต่อโครงการ เห็นถึงประโยชน์ของการดำเนินโครงการและมีความตั้งใจจะปฏิบัติในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และปฐมนิเทศโครงการแก่แพทย์ใช้ทุนรุ่นใหม่ เกสซกรจะทำหน้าที่ในการประสานงานและผลักดันเพื่อให้โครงการมีการขับเคลื่อนไปข้างหน้า รวมถึงการให้สุศึกษาแก่ประชาชนของบุคลากรอื่นๆ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข

การยอมรับและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวคิด ASU ของบุคลากรการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งที่จะทำให้โครงการดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง การไม่ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ส่งผลต่อความล้มเหลวของการดำเนินโครงการอย่างชัดเจน ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน “แพทย์” นอกจากจะเป็นผู้มียุทธศาสตร์ในฐานะผู้สั่งใช้ยาให้ผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นแบบอย่างการจ่ายยาของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกด้วย ดังนั้น หากแพทย์ไม่ให้ความสำคัญหรือไม่ปฏิบัติตามจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้สั่งใช้ยาระดับรองด้วย จากการสัมภาษณ์ พบว่า การไม่ปฏิบัติตามแนวคิด ASU ของแพทย์เกิดจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง การขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและยา ตลอดจนทัศนคติในเชิงลบต่อ ASU นอกจากนี้ พบว่า แพทย์ส่วนหนึ่งไม่ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะความรุนแรงของเชื้อดื้อยาเท่าที่ควร

“แพทย์ที่เค้าไม่เห็นด้วยกับโครงการ เค้าก็ไม่ค่อยสนใจเท่าไร เค้าก็ให้ (ยาปฏิชีวนะ) ค่อนข้างเยอะเหมือนเดิม แต่ผอ.ที่นี่โชคดีตรงที่ว่าคนที่ไม่เห็น (แพทย์) ด้วย ตรวจไม่เยอะ น้อย ๆ ที่ตรวจคนไข้เป็นจำนวนมากเค้าเห็นด้วย ผลรวมแล้วมันออกมาดี” แพทย์ 2

“ก็แพทย์นั่นแหละ เขาก็ขัดแย้งกันในเรื่องของวิชาการ ไม่ยอมรับทั้งหมดว่า URI ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรีย น่าจะเยอะกว่านั้น เขา diag มาที่ว่ามันน่าจะใช่ หรือใช้ไปดีกว่าที่ต้องมาตาม follow up แบบมันจะเข้าไปใหม่” เกสซ์กร 17

“ถ้ามันเริ่มจากเกสซ์ เกสซ์ไม่ได้เป็นคนสั่ง (ยา) แล้วยังเป็นเด็กๆ ทำผมว่ายิ่งลำบากนิดนึง แล้วยังเกี่ยวข้องกับองค์กรเป็น key person แล้วน่าจะมีเชิงนโยบายนิดนึง” เกสซ์กร 19

“เราไม่สามารถบังคับห้ามได้ ยิ่งโรงพยาบาลใหญ่หมอยังมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ยิ่งพูดยิ่งทำอะไรยากเข้าไปใหญ่เลยคะ..... ในโรงพยาบาลคุยกับหมอแล้วหมอแต่ละคนก็ specialist เชี่ยวชาญ อวูโส แค่ว่าคุณจะมาคุยอะไรกับผมนักหนา เป็นแผลแค่นี้ผมเห็นว่าแผลแค่นี้ตามที่ผมเรียนมาผมต้องให้” เกสซ์กร 20

“(เชื้อดื้อยา) บางตัวจังหวัดยังไม่รู้เลยนะ เชื้อดื้อยาตอนนี้ที่เค้าบอกว่า Norflox เริ่มดื้อแล้ว คนที่จะรู้ก็มีแค่โรงพยาบาลจังหวัด เพราะเค้าเป็นคนทำข้อมูล ต้องสร้างความตระหนัก” เกสซ์กร 10

“มีหมอที่ไม่ได้เป็นหมอประจำ หมอที่เค้าจ้างมาเป็น part time หลาย ๆ ที่ไม่ค่อยได้เข้ากันเข้ามาเยอะมาก เพราะว่าหมอมองจะขาดแคลนในช่วงที่คลินิกนอกเวลา เพราะว่าที่โรงพยาบาลนี้เปิดเป็น คลินิกนอกเวลาหลังจากสี่โมงครึ่งทุกวันเลยคะก็จะมีหมออื่นที่ไม่ใช่หมอประจำ... แต่ว่าพอ.เค้าก็แจ้งในที่ประชุมองค์กรแพทย์นะคะแต่ว่ามันอาจจะจะมีทัศนคติที่เหมือนกับยังต้องใช้อยู่” เกสซ์กร 6

ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านให้ความเห็นว่าอาจารย์แพทย์และระบบการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติอย่างมาก เพราะแพทย์จะยึดถือตามอาจารย์แพทย์เป็นหลัก หลายท่านเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นเรื่องจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องเริ่มแก้ปัญหาตั้งแต่การสอนในโรงเรียนแพทย์และคณะเภสัชศาสตร์

“ต้องมาจากโรงเรียนแพทย์ เค้า (แพทย์) เชื่อโรงเรียนแพทย์มาก เค้าเชื่อแพทย์ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ เค้าเชื่อมากเพราะฉะนั้นเค้าจะเน้นตลอดว่าทำไมอาจารย์แพทย์ยังใช้เค้าถึงใช้” เกสซ์กร 10

อาจารย์จากโรงเรียนแพทย์ท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า

“ที่โรงเรียนแพทย์ต้องเริ่มทำ ตอนนี้ศิริราชทำไปแล้ว ผมคิดว่าทุกโรงเรียนแพทย์ควรจะทำอันนี้ เพื่อจะได้สอนนิสิตแพทย์รุ่นใหม่ไปเลย” แพทย์ 3

มีความเห็นที่แตกต่างกันในประเด็นเรื่องแพทย์ใช้ทุนกับการปฏิบัติตามโครงการ ASU กลุ่มแรก เห็นว่า แพทย์ใช้ทุนมักไม่เห็นความสำคัญและไม่ปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาตาม ASU เนื่องจากทำงานในโรงพยาบาลนั้นช่วงเวลาดสั้นๆ จึงไม่ใส่ใจหรือให้ความสำคัญกับนโยบาย ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งกลับเห็นต่างว่า แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ที่จบใหม่เป็นกลุ่มที่พร้อมจะปฏิบัติตามหากได้รับคำชี้แจงและรับทราบนโยบาย ประกอบกับเพิ่งจบการศึกษาซึ่งอาจจะได้ทราบเกี่ยวกับโครงการนี้ขณะเรียนในมหาวิทยาลัย จึงมีแนวโน้มจะปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว ในขณะที่ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์อาวุโส หรือ แพทย์ที่จบมานาน จะให้ความร่วมมือน้อยกว่า

“แพทย์ที่เค้าใส่ใจเค้าเข้ามาดูเกณฑ์ เค้าก็จะตระหนักแล้วก็อยากช่วย เป็นแพทย์ที่อยู่ประจำนะคะ แต่ถ้าเป็นแพทย์ intern อยู่แค่ปีสองปีอาจจะไม่ได้ใส่ใจมาก” เกล็ดกร 21

“การที่นำอาจารย์แพทย์มาอบรมแพทย์โดยตรงอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งแล้วก็แพทย์คนไหนที่ยังไม่เคยอบรมแต่ละโรงพยาบาลให้ส่งเข้ามาอันนี้คิดว่าจะเป็นปัจจัยที่ช่วยมากเลย ในกรณีที่โรงพยาบาลที่แพทย์เปลี่ยนบ่อย ๆ แล้วตัวเราเองไปนำเสนอแพทย์ รุ่นใหม่ ๆ ต้องตอบว่าเค้าค่อนข้างใช้ด้วยความเหมาะสมพอสมควรนะดีกว่า (แพทย์) รุ่นเก่า ๆ รู้สึกได้เลย” เกล็ดกร 3

การโยกย้ายหรือหมุนเวียนของแพทย์ใช้ทุนและเกล็ดกรที่เป็นผู้ประสานงานหลักของโครงการ ภาระงานประจำที่มากขึ้นของผู้ปฏิบัติงาน ข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจากการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาล ความไม่เข้าใจและไม่ชัดเจนของรหัสโรค ICD 10 และการประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่างๆในโรงพยาบาล รวมถึงทัศนคติในเชิงลบของผู้ส่งใช้ยาเป็นอุปสรรคสำคัญในการสานต่อโครงการ ASU ให้ยั่งยืนในโรงพยาบาล ในมุมมองของโรงพยาบาลเอกชนคำนึงถึงเรื่องการฟ้องร้องจากผู้ป่วยด้วยทำให้บางครั้งมีผลต่อการตัดสินใจส่งใช้ยาของแพทย์

“เรื่องของแผลสะอาดแพทย์จะไม่ค่อยกล้าที่จะไม่ให้คนไข้เพราะส่วนหนึ่งคือคนไข้ถ้าเกิดว่าอาการไม่ดีขึ้นจะเกิดการฟ้องในโรงพยาบาลได้ในส่วนหนึ่ง” เกล็ดกร 5

“กลายเป็นว่าเวชสถิติไม่ทำกิจกรรมนี้ให้ พุดง่าย ๆ คือการ re-check CODE ให้ถูกต้องนั้นแหละ ขณะเดียวกันแพทย์เป็นคนลง พยาบาลเป็นคนลง ซึ่งผมเข้าใจว่าตัวเลข ณ ปัจจุบัน ตัวเลขปี 2554 2555 ที่ได้คุณยมีลักษณะของการที่ให้ CODE ผิดอยู่ในระดับหนึ่ง ซึ่งไม่ได้แก้ไขแล้วผมแยกออกมาไม่ได้ต้องบอกไว้ก่อนนะครับ เพราะ E TOOL เวลาประมวล ๆ ทุรหัสของ ICD 10 ออกมาเลย 25 ตัวก็ออกมาเป็นภาพรวมเลย” เกล็ดกร 23

“ติดปัญหาคือ CODE มันแก้ไม่ได้แล้วพยายามจะให้เวชสถิติ re-check แต่เค้าไม่ยอมบอกว่าป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาลซึ่งเราไม่แน่ใจว่าตรงจุดนี้มันเป็น false positive เท่าไหร่” เกสซ์กร 13

“แต่ต้องระวังไม่ให้เค้าลำเอียงไป คือพออยากจะให้ antibiotic ก็เลี้ยง diag ต้องไม่ใช่ประเด็นนั้น ต้องพยายามแบบนั้น อย่าง diarrhea แต่เดิมมี A09 อย่างเดียวนั้นก็สามารถวิเคราะห์ออกมาได้ว่า % มันจะเป็นยังไงแต่พอน้องรุ่นใหม่มารู้ว่าถ้าผมไม่ให้ antibiotic ผมจะ diag A08 ถือว่าเป็น viral ถ้าเมื่อไหร่ผม A09 แปลว่าผมเห็นแล้วว่ามีความจำเป็นต้องใช้ antibiotic พอเป็นแบบนี้มันก็กลายเป็น A08 ก็เป็นตัวหาร A09 กลายเป็นตัวหาร แบบนี้พี่ก็มาบอกผมที่จำเป็นต้องได้ antibiotic คือคนไข้ท้องเสียและมีไข้ ถ่ายเป็นเลือด ถ่ายจนเพลีย ถ่าย 10 ครั้งต่อวัน ผมต้องให้แล้วผมก็ให้แค่ 6 เม็ด เข้าเย็น ๆ พี่จะให้ diag อะไร บอกมา อะไรแบบเนี่ย เราก็ยังไม่บอกขึ้นบอกมันจะกลายเป็นเลี้ยง บาลี่ไปอีก ก็บอกเดียวไปคิดก่อน คิดอยู่ สบสข. เดี่ยวจะใช้ข้อมูลตุลาคมที่ผ่านมาแต่ยังเคลียร์ข้อมูลไม่เสร็จเราใช้ถึงมีนาคมนี้เองยังไม่ทันเคลียร์ก็ถูกเอาไปใช้ก่อนแล้วก็ดีที่ไม่เป็นไร” เกสซ์กร 3

“ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ อสม. เพราะเขาเป็นคนรับแรงปะทะจากคนไข้ทั้งหมด เราไม่มีหมอไปช่วย หนึ่งคนใช้ร้องขอ สองภาระหน้าที่ที่เขาต้องทำเพิ่มขึ้น เพราะฉะนั้นถ้าใครแฮปปี้ก็ดีไป แต่บางคนไม่แฮปปี้เพราะมันเป็นการเพิ่มงานให้เขา บางครั้งถ้าขอยาแล้วไม่ให้ก็เป็นปัญหา เพราะความฟรีนี้แหละ ตรงนี้เขาต้องรับแรงปะทะ” เกสซ์กร 22

“ส่วนของโรงพยาบาลก็ให้ความรู้ คอยประสานกับฝ่ายเกสซ์ ให้เกสซ์ช่วยให้เผยแพร่ความรู้ใช้ที่มาที่โรงพยาบาล และในงานชุมชน แต่ในจุดนี้ที่ผ่านมาทำได้น้อยเพราะว่าเกสซ์เองเค้าบอกว่ากำลังคนเค้าไม่พอ ก็อาจจะทำตรงนี้ไม่ค่อยเต็มที่ เราก็ไม่อยากจะไปเร่งเร้าอะไรมาก ผมว่าจุดสำคัญคือเรื่องแพทย์มากกว่า ไข้ไหมครับในการที่จะให้ตรงนี้ลดลง ถ้าแพทย์ไม่ลดมันก็ไม่สำเร็จหรอกถูกไหมครับ” แพทย์ 2

“เราไม่เก่งข้อมูล ระบบข้อมูลโรงพยาบาลกับระบบข้อมูล รพสต.มันอยู่คนละฐานกัน สมัยก่อนโรงพยาบาลกระจัดกระจายกันไป สอ. ก็ใช้เป็น JHCIS ปัจจุบันกว่าจะมารวมกันได้ ใช้ HosXP สอ. ก็ HosXP PCU ก็พึ่งจะปีหนึ่งนี่เองที่ไปบังคับให้ทุกที่เป็น HosXP ทั้งหมด ปัญหาที่ทำให้เราเชิงรุกไปที่ รพสต.ได้ไม่ดีเท่าที่ควรเพราะตัวเราเองในขณะที่ข้อมูลของเราเองในโรงพยาบาล บางคนในบางโรงพยาบาลยังไม่สามารถเชื่อมกับเจ้าหน้าที่เวชสถิติทำรายงานออกมาในเรื่องของมูลค่าการใช้ให้เราได้เลย ฉะนั้นการที่เราจะไปขอข้อมูลจาก รพ.สต.เค้าจะต้องเก็บมือเพราะเราไม่มีตัวช่วยให้เค้าเลย เพราะเราก็อธิบายโปรแกรมไม่เป็นคุณก็ไปตีกล่าวกันว่าใช้หัดก็คนแล้วจ่าย antibiotic ก็คนเค้าทำไม่ไหว” เกสซ์กร 3

ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยโครงการดำเนินการต่อไปได้อย่างยั่งยืน ในขณะที่ความร่วมมือระหว่างบุคลากรภายในองค์กรที่ปฏิบัติไปในทางเดียวกันจะเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญ สถานพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหาความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติ จึงทำให้เกิดมาตรฐานการรักษาโรคที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจึงมีทางเลือกในการเข้ารับบริการกับบุคลากรและช่วงเวลาที่มีแนวโน้มจะได้ยาตามที่ร้องขอ ยา ดังเช่นความเห็นต่อไปนี้

“สิ่งสำคัญที่เราเน้นกับชาวบ้านคือเราต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคุณด้วยถ้าเราไม่ปรับเปลี่ยนโรค มันก็จะดำเนินไปเรื่อย ๆ คือใช้วิธีการพูดมาก ๆ คนเราการฟังความรู้ทางด้านสาธารณสุขมันยาก ยากมาก มันเห็นไม่ทันทีทันใด มันไม่เหมือนเงินที่เค้าให้มาถ้า เย็นนี้มาทำเรื่องกันนะพรุ่งนี้เช้า เที่ยงคุณได้ กันแล้วแต่ในเรื่องของงานสาธารณสุขมันเป็นเรื่องที่คุณต้องปฏิบัติ แล้วต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แล้วมันจะเห็นผลยั่งยืนไม่ใช่วันเดียวเหมือนที่คุณกุม่าวันนี้ก็สองเดือนคุณต้องใช้หนี้ไม่ใช่”

นักวิชาการสาธารณสุข 1

“ก็เป็นหมอกกลุ่มใหม่ด้วยค่ะ เป็นหมอแต่ละรุ่น รุ่นนี้เราโอเคไปแล้ว ปีถัดมาเป็นรุ่นใหม่มา ถ้าสมมติว่า มาเจอหมอ หมอบอกไม่ให้ พอตอนบ่ายเค้ามาเจอพยาบาลเค้าจะต้องให้ หรือบางทีเราโอเคกับ พยาบาลแล้วพยาบาลเห็นด้วยกับเรา พยาบาลไม่ให้ ท่านไข้มาใหม่ก็มาเจอหมอ มันไม่ได้พูดในแนว เดียวกัน” เกสัชกร 7

“บุคลากรคนอื่นก็ไม่ค่อยทำเท่าไร ก็อยู่ในเรื่องของบุคลากรมากกว่าพี่ก็ไม่มีทีมงานที่จะช่วยเลย เราตัวท่านเดียวก็มุ่งมั่นมากไม่ไหว” พยาบาล 1

ข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์เพื่อการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เพื่อดำเนินโครงการ ASU มีดังนี้

- การอบรมให้ความรู้

ผู้ให้ข้อมูลโดยเฉพาะจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กล่าวว่า การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการ ไข้ยา เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่ม ความมั่นใจในการทำงาน การอบรมนอกจากเป็นการเพิ่มความรู้แล้วยังเปรียบเสมือนการกระตุ้นให้บุคลากร ตื่นตัวกับการทำงานด้วย จากการสัมภาษณ์ มี 3 โครงการที่แพทย์จะเป็นผู้จัดการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร อื่นๆ ได้แก่ แพทย์ใช้ทุน พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ ด้วยตนเอง

“ช่วงนี้ที่โรงพยาบาลก็กิจกรรมไม่ได้เข้มข้นเหมือนตอนแรก ๆ ค่ะอาจารย์ เรียนตามตรงเลย ถ้ามีการจัดประชุมวิชาการเข้ามาลงที่นี้อีกก็จะดีมากเลยค่ะก็อยากให้บุคลากรรุ่นใหม่ ทั้งตัวเภสัชกรเอง แพทย์เอง ทั้งพยาบาลเองได้เข้าไปมีส่วนร่วม ถ้าเค้าได้เข้าประชุมเค้าจะรู้สึกเป็นงานของเค้าเพิ่มมากขึ้น คือถ้ามีการจัด ชาร์จไฟขึ้นมาใหม่หนูว่าก็น่าจะดีขึ้น” เภสัชกร 21

“ความเข้มข้นในโรงพยาบาลเรายังไม่เท่าไรหรอก ก็จะไปทำใน รพ.สต. อย่างเข้มข้นเลยก็คืออบรมแล้วก็มี training เข้ามา training ที่ OPD โรงพยาบาล มาเจอ case กับแพทย์ แล้วก็ทำ case conference แล้วก็จะไปติดตามถึง สอ.เลยว่าคนไข้ในกรณีลักษณะอย่างนี้เค้า treat กันอย่างไร ก็จะสอนแบบเข้มข้นก็จะมีแนวทาง guideline ไว้ให้ในแต่ละที่ ๆ ชัดเจนขึ้น” แพทย์ 2

- การจัดทำหลักฐานทางวิชาการของประเทศไทยเพื่อสนับสนุนข้อมูลด้านการใช้ยา

แพทย์และเภสัชกรหลายท่าน เชื่อว่า หากมี local evidence ของประเทศไทย เช่น ผลการรักษาโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรค อัตราเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล จากสถาบันหรือนักวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือจะมีส่วนช่วยอย่างมากในการตัดสินใจการสั่งใช้ยาของแพทย์ ซึ่งอาจจะทำให้เพิ่มความมั่นใจในการไม่ใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางการใช้ยาของโครงการ ASU

“ความน่าเชื่อถือของข้อมูลหรือตัวผู้ให้ข้อมูล....เค้ายังมีความไม่เชื่ออยู่ว่าการไม่ใช้ยาเป็นสิ่งที่ถูกต้อง”
เภสัชกร 10

“การประชุม อบรม เรายังไม่ค่อยทราบ จริงๆ เรายังต้องการ เราอยากรู้พวก evidence ต่างๆ เช่นในเมืองไทย ในชุมชน ที่จะเป็นประโยชน์ต่อคนทำงานจริงๆ” เภสัชกร 24

เภสัชกรหลายท่านให้ความเห็นว่าเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นพันธกิจหลักของวิชาชีพเภสัชกรรมอยู่แล้ว ดังนั้น เภสัชกรจึงมีหน้าที่ในการจัดการด้านยาเพื่อให้ดำเนินโครงการนี้ในโรงพยาบาลหรือจังหวัด

“ขึ้นกับจิตสำนึกผิดชอบของเภสัชกรในโรงพยาบาล ว่าเขาจะตระหนักในเรื่องนี้มั้ย เพราะส่วนมากเภสัชกรในโรงพยาบาล มักจะคิดว่าเรื่องมันขึ้นกับหมออะ เพราะหมอเป็นคนสั่ง แต่ในอีกบริบทหนึ่งเนี่ย เราก็สามารถทำในภาพวิชาชีพได้ ว่าเราพอทำอะไรได้ก็ทำก่อน” เภสัชกร 12

“ผมว่าทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นแพทย์เป็นเภสัชหรือว่าเป็นบุคลากรอื่นน่าจะมีความสำคัญเหมือนกันหมดครับ แต่ว่าคนที่สำคัญที่สุดก็คืออยู่ที่ผู้รับผิดชอบก็คือจะเป็นฝ่ายเภสัชเนี่ยแหละครับ” เภสัชกร 9

5. ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (Collaboration and partnership)

ในระยะหลายปีที่ผ่านมา เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการร่วมดำเนินโครงการ ASU มีหลายลักษณะ ทั้ง เครือข่ายโรงพยาบาลระดับจังหวัด เครือข่ายระดับอำเภอ เครือข่ายในชุมชน ในระดับจังหวัดนั้น เนื่องจากผู้ประสานงานโครงการส่วนใหญ่เป็นเภสัชกร ดังนั้น จึงใช้เครือข่ายที่มีอยู่เดิม เช่น เครือข่าย พบส. เครือข่ายเภสัชกร ทำให้มีการประชุมเพื่อหารือและแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ เภสัชกรจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางหรืออาจเป็นเลขาคณะทำงาน ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการประชุม การจัดทำข้อมูลและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่โรงพยาบาล ในจังหวัดที่มีการทำงานอย่างเข้มแข็ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหน้าที่กระตุ้น ผลักดันโรงพยาบาลต่างๆในการดำเนินโครงการ ASU ด้วย

“มีการพูดคุยเรื่องภาพรวมโดยโรงพยาบาล X เค้าเป็นตัวหลัก เป็นโรงพยาบาลหลักที่เค้าดำเนินการอยู่ มีอยู่ในวงกว้าง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นภาพจังหวัด พอดีของจังหวัด Y จะทำในรูปของเครือข่ายชมรมเภสัชกรจังหวัด” เภสัชกร 19

“ที่นี้มีจุดแข็งที่พี่ X (เภสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขแห่งหนึ่ง) เป็นศูนย์กลางของพวกเรา.....” เภสัชกร 3

“มันต้องกระตุ้นบ่อย ๆ โดยเฉพาะวิชาการก็ต้องพูดคุย ต้องมีการ discuss กันด้วยว่าอุปสรรคปัญหาของเรามีอะไรบ้างทั้งวิชาชีพแพทย์กับเภสัชด้วย ก็อยากเสนอแนะอย่างเนี้ยค่ะ เพราะว่าลำพังโรงพยาบาลอำเภอที่เดียวรับหลายงานทั้งคุ้มครองทั้งอะไร แต่ถ้าโรงพยาบาลจังหวัดมากระตุ้น มานิเทศงานเพิ่มเติมเข้าไปเรื่องนี้นั่นก็จะทำให้มันยังคงหัวข้อนี้อันนี้แล้วเราก็จะไม่ลืมแล้วถ้ามีปัญหาเรื่องวิชาการหมอโรงพยาบาลเราที่เป็นหมอ GP ก็จะได้ปรึกษาโรงพยาบาลจังหวัดด้วย ก็คิดว่าโรงพยาบาลจังหวัดน่าจะมีตัวแม่ข่ายทั้งเภสัชและแพทย์อยู่ด้วย” เภสัชกร 4

ในขณะที่ ผู้ให้ข้อมูลจากบางจังหวัดกล่าวว่าถึงแม้จะมีเครือข่ายภายในจังหวัดแต่ในทางปฏิบัติบางจังหวัดไม่มีการดำเนินการหรือทำกิจกรรมใดๆร่วมกัน

“ถ้ามันมีในระดับจังหวัดที่มันเป็นเครือข่ายมันจะดี แต่เท่าที่หนูดำเนินงานมามันคล้าย ๆ โรงพยาบาลเราทำก็มีแต่โรงพยาบาลเราเรื่อย ๆ ของเราเวลาจะมาเจอเครือข่ายก็เหมือนแค่เรียกประชุมแล้วมาแต่ไม่เคยได้เอาข้อมูลมารวมกันหรือจัดประชุมที่มานั่งถกกันจริง ๆ เท่าที่เห็นที่จังหวัด X ดูเค้าแล้วดูมันเป็นเครือข่ายของจังหวัดนี้จริง ๆ ASU จังหวัดนี้ แล้วเหมือนเค้าก้าวพร้อมกันไปด้วยกัน” เภสัชกร 25

“ผมคิดว่าระดับจังหวัดน่าจะเห็นความสำคัญมากกว่านี้ อย่างที่นี้เองก็เหมือนกับไม่ได้ทำอะไรเท่าไร แขนงที่จะมีการสนับสนุน หรือว่ามีการรณรงค์ หรือว่าอบรมให้โรงพยาบาลต่าง ๆ มาทำ ก็คือในจุดนี้ก็แทบไม่มีเลย ตอนที่สรุปผลปีแรกที่พวกเราเชิญหัวหน้าเภสัชที่สสจ. มาคือเราก็อยากให้เค้าได้มาเห็น แล้วเอาไปริเริ่มด้วย ถึงเวลาที่ไม่ได้ทำ เหมือนกับที่แรกจะเชิญเราไปช่วยกันวางแผนระดับจังหวัดทำกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ถึงเวลาที่ไม่มีการทำตรงจุดนี้ เหมือนกับว่าเราไม่ค่อยให้ความสนใจเท่าไร ผมว่าระดับสสจ.น่าจะมามีส่วนในการขับเคลื่อนมากขึ้นนะครับ” แพทย์ 2

“มันรู้สึกเหมือนในจังหวัดเองก็ไม่มีใครที่จะกระตุ้นเรื่องนี้คือเค้าไม่เล่นกัน เค้าก็ทำตามนโยบายแค่นั้น” เภสัชกร 6

ในระดับอำเภอ รูปแบบของเครือข่ายเป็นลักษณะ CUP มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่าย บางโครงการ/พื้นที่ ประสบความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น เช่น อบต. ทำให้เพิ่มภาคีเครือข่ายในการทำงานด้านสาธารณสุข เกิดการสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยเฉพาะในด้านงบประมาณและความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้การดำเนินโครงการ ASU ในพื้นที่นั้นๆ เป็นไปได้ด้วยดี

“เทศบาลตำบลเค้ามีงบประมาณมาให้แต่ละตำบลที่ แต่ละหมู่บ้านที่ไปร่วมกิจกรรมในแต่ละเดือนคือเค้ากันงบประมาณให้แต่ละหมู่บ้าน ๆ ละสองหมื่น แล้วแต่ละหมู่บ้านเค้าก็กันออกมาอีกทีหนึ่งเอามาห้าพันหรือบางหมู่บ้านก็สองพันเพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้กับอาสาสมัครหรือว่าอสม.ที่ไปลงในพื้นที่ เค้าบูรณาการไม่ใช่แค่ ASU อย่างเดียวก็มีคนใช้ที่เค้าเล่าให้ฟังแล้วก็ได้เห็นเค้าสนับสนุนงบประมาณ ถ้าอำเภออื่นไปทำก็ไม่รู้ไม่แน่ใจว่าในแต่ละชุมชนเค้าจะสนับสนุนอย่างนี้หรือเปล่า” เภสัชกร 1

“องค์กรท้องถิ่นซึ่งเป็นตัวจักรสำคัญของการบริหารระบบของโครงการที่สสช.มอบเงินมาให้ประชาชนหรือทุกองค์กรมีส่วนร่วมในเรื่องสาธารณสุข มีงบประมาณมาให้ ท้องถิ่นสนับสนุนเต็มที่ โดยท่านนายกให้ทุกอย่างเราจะทำโครงการอะไรแต่ไม่ให้ขัดต่อระเบียบของสสช.ที่ให้ไว้ ก็มองได้ชัดว่าท้องถิ่นเข้ามาเล่นเรื่องสาธารณสุขโดยเฉพาะท่านนายกเข้ามาครั้งแรก เมื่อวานท่านเข้ามาประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพแล้วใช้งบกองทุนประกันสุขภาพมาแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน โครงการนี้เข้ามาเหมือนทำให้เค้าตระหนักแล้วรู้ผลว่ามันเป็นอย่างไร แล้วก็หลาย ๆ ทีมร่วมกันโดยมีกลุ่มของท้องถิ่นช่วยดึง จากเรา ๆ เป็นเจ้าหน้าที่อนามัยเราก็ดูคนเดียว จังหวัดเค้าไม่ได้มาตามกับเรา แต่ท้องถิ่นดึงให้” เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1

“ถ้าจะมีความยั่งยืน มันก็ต้องรวมทุกอย่างนะ ตั้งแต่โรงเรียน ร้านค้า อบต. ต้องมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะในด้านการสนับสนุนงบประมาณเป็นส่วนของทาง อบต. นะ แล้วก็ส่วนโรงเรียนเนี่ย ถ้าเราให้ความรู้กับเด็กนักเรียนเขาก็จะไปกระจายความรู้สู่ครอบครัวของเขาเนอะคะ แล้วร้านค้าร้านชำเนี่ย ตอนที่เราไปสุ่มตรวจเราก็พบว่ายังมียา antibiotic ขาย ถ้าเราไปเอายาสมุนไพรเข้ามา ก็น่าจะช่วยให้ต้องใช้ทุกส่วนในชุมชนเข้ามาค่ะ” เกสัชกร 24

“ถ้าเป็นพื้นที่บริบทของ X ซึ่งเป็นพื้นที่ไม่ใหญ่แล้วก็มีเครือข่ายดำเนินงาน สำหรับตัวเองที่ทำงานมาถือว่าประสบความสำเร็จนะคะ แต่โจทย์ของตัวเองคือมันประสบความสำเร็จใน step นี้ณ ขณะนี้ที่เราหารูปแบบก็มีพื้นที่ดำเนินงานเริ่มจากพื้นที่ชุมชนเข้มแข็งก่อนถือว่าประสบความสำเร็จ” เกสัชกร 15

“อุปสรรคอีกอันหนึ่งก็คือการเข้าถึงชุมชนเพราะว่าเราจะลงไปถึงชุมชนแล้วให้เค้ารู้เรื่องนี้โดยลำพังเราเองก็ยากเหมือนกันถ้าเกิดว่าได้ท้องถิ่นมาร่วมก็จะทำให้เราขยายวงได้กว้างไม่เฉพาะเจาะจงอยู่แค่ท่านกลุ่มบางกลุ่ม แล้วก็ทำงานได้ง่ายขึ้นดูเป็นรูปธรรมมากขึ้นกว่าที่เราทำลำพัง” เกสัชกร 1

“ในเรื่องงบของเราเนี่ย งบของ โรงพยาบาล กับ อบต. มีนโยบายต่างกัน แบบผมเสนอของบ โรงพยาบาล ไปทำสื่อที่จะส่งไปทุกบ้านเนี่ย เป็นเรื่องประหลาดสำหรับ โรงพยาบาล เขามองว่ามันจะได้ผลหรือ สู้เอาเงินไปอบรมไม่ดีกว่าหรือ ผมเลยมองว่าในส่วนของ โรงพยาบาล เนี่ยต้องไปเล่นในเรื่องของกระบวนการ ส่วนของ อบต. เนี่ย ต้องเล่นในเรื่องเสียง ฐานเสียงบ้าง กิจกรรมอะไรก็ได้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนแล้วสามารถสร้างชื่อ สร้างความศรัทธาให้กับส่วนท้องถิ่น มันน่าจะเพิ่มศักยภาพที่เราจะสื่อถึงชุมชนได้” เกสัชกร 2

การมีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรมทำให้เกิดความช่วยเหลือ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน เช่น โรงพยาบาลที่เคยดำเนินโครงการ ASU แล้วจะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (mentor) แก่โรงพยาบาลอื่นๆ หรือโรงพยาบาลชุมชนจะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

“ทางโรงพยาบาล (แม่ข่าย) ก็รับปากว่าจะทำแบบฟอร์มการติดตาม อยากจะได้เป็นมาตรฐานว่าการติดตามผู้ป่วยว่ามีความพึงพอใจไหม เหมือนวิจัยไปด้วย ทำแล้วมันดีแค่ไหน ประชาชนมีความพึงพอใจไหม เค้าหายหรือไม่หาย มันก็จะมีการติดตามคนไข้ด้วย บางแห่งเค้าไม่รู้จะประเมินยังไง” นักวิชาการสาธารณสุข 1

“โรงพยาบาล X จะเป็น โรงพยาบาลเล็ก ซึ่งไม่มีแพทย์ med แล้วก็ดีตรงที่เราแบ่งโซนชัดเจน มีโรงพยาบาล Y เป็นพี่เลี้ยง ก็เอาหมอ เอาเภสัชไปคุย แล้วเอาโมเดลมาจาก โรงพยาบาล Y เลย แล้วเอามาเสนอ ผอ. ว่า ทางหมอ med เค้า review มาว่าอย่างนี้นะ ผอ. จะมีอะไรจะเปลี่ยนแปลง หรือ ยืนยันตามเค้า ผอ.ก็ว่าเอาตาม โรงพยาบาล Y เลย เพราะผ่านการ approve มาแล้ว เราก็ถือเอาตรงนั้นมาปฏิบัติเลย มีการผ่านคณะกรรมการบริหารแล้ว PTC ก็นำมาปฏิบัติเลยการยอมรับของแพทย์โดยรวมก็โอเค มันก็มีข้อเล็กน้อย เช่น penicillin หมอไม่ยอมรับแล้ว เปลี่ยนเป็น amoxy ได้มัย เราก็จะเปลี่ยนเป็น amoxy ก็ต้องยอมให้ใช้เป็นตัวแรก มีการปรับเปลี่ยนเล็กน้อยให้แพทย์ยอมรับ” เกสซ์กร 26

มีข้อเสนอแนะต่อภาคีเครือข่ายส่วนกลาง เช่น อย. สปสช. กพย. มหาวิทยาลัย เพื่อการดำเนินโครงการ ดังนี้

- การจัดตั้งเครือข่ายอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะเครือข่ายที่เป็นองค์กรระดับเดียวกัน

“โครงการ Antibiotic Smart Use ในเรื่องของชุมชนที่ดำเนินการมาตั้งห้าปี ตอนแรกก็เดี๋ยวตายอยู่คนเดียว อยู่กับอาจารย์จุ๊บ อยู่กับอาจารย์สมหญิง อยู่แค่นี้ เดี่ยวตายอยู่แค่นี้ มันเหมือนไม่มีเพื่อน ต่อมาถ้าพูดถึงการแลกเปลี่ยนระดับเราด้วยกันก็ยังเหลือเราคนเดียว บอกอาจารย์ขอร้องให้อนามัยที่เป็นทีมเอามาหน่อยเราจะได้แลกเปลี่ยน เพราะเราแลกเปลี่ยนกับเภสัชเราได้ความรู้ในส่วนในลักษณะของโรงพยาบาลไม่ใช่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเราก็บอกอาจารย์ช่วยแลกเปลี่ยน แต่ก็ยังเหมือนเดิมยังไม่เปลี่ยน” เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1

นอกจากการสร้างเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แล้วอาจมีการจัดระบบพี่เลี้ยงเพื่อแนะนำการเริ่มต้นดำเนินโครงการ

“แพทย์ก็จะไม่ฟังเภสัชถูกไหมครับ เพราะเภสัชก็ไม่กล้าไปประเมินเค้าด้วย ผมก็เลยเสนอในที่ประชุมว่าน่าจะมีการกำหนดบทบาทแพทย์ในโครงการนี้ให้ทำอะไร เภสัชทำอะไร พยาบาลทำอะไร เหมือนกับเป็นแนวทางให้เค้าเดินไป ให้ไปเริ่มกันเองนี่ดูว่ามันจะยากเหมือนกันนะ” แพทย์ 2

- การสนับสนุนสื่อให้ความรู้และสื่อประชาสัมพันธ์แก่ภาคประชาชน

“ใน routine practice ของหมอทุกวันนี้มันเชื่อเรื่อง Antibiotic เยอะเหลือเกิน แล้วรวมทั้งคนไข้ด้วย เพราะฉะนั้นมันก็ต้องใช้สื่อเพื่อสร้างความเข้าใจ ความมั่นใจให้เค้าละ” แพทย์ 3

“ถ้าหากส่วนกลางเค้ายังสนับสนุนก็อาจจะมีเอกสารต่าง ๆ บางทีได้รับมามันก็หมดไปแล้ว เราก็ต้องหางบประมาณมาทำต่อ รพ.สต.ที่ขยายไปมันไม่เหมือนครั้งแรกที่ได้รับงบประมาณก็จะมีสื่อต่าง ๆ ให้แจกอสม.ให้ไป ในตำบลนี้ เรามีตัวปฏิทินให้เค้าไปเป็นสื่อกับคนไข้ เราต้องการให้เค้าคุยกับคนไข้ว่าถ้าคุณเจ็บคอ ๆ เป็นอย่างนั้นนะ ไม่มีหนอง ไม่จำเป็นต้องให้ Antibiotic อสม.เราให้ไป แต่รพ.สต.อื่น ๆ นี่เค้าไม่ได้ คือได้ไปชุดเดียว เราอยากให้อสม.ได้รับสื่อตรงนี้ด้วย” นักวิชาการสาธารณสุข 1

“ASU เป็นอะไรที่ต้องมีคนเข้าใจ ในเมื่อเราจะละลายพฤติกรรม ปรับพฤติกรรมสิ่งที่ต้องทำคือสื่อโทรทัศน์ สื่อที่ต้องมาพูดมาคุย ซึ่งเมื่อเรารู้เราฟังเรื่อย ๆ มันจะทำให้เราพัฒนาตัวเองได้ก็เหมือนว่าทุกที่เห็นเหมือนกันประชาชนเห็นด้วยเค้าก็เริ่มจะต้องคิดไม่ใช่ครั้งเดียวแต่เป็น หลาย ๆ ครั้ง หลาย ๆ คนมันก็จะทำให้ระบบตรงนี้ดีขึ้น” เกล็ดกร 23

“งบประมาณในการอบรมเราพอหาได้อยู่ครับ แต่งบประมาณในการจัดทำสื่อ เพื่อที่จะสร้างความยั่งยืนเนี่ย มันยาก มันไม่มีใครยินดีจะให้เรา ถ้าให้ผมของบมาทำอย่างอื่น ส่วนใหญ่เขาให้ แต่เมื่อไหร่เอามาทำสื่อเนี่ยยาก ไม่ว่าจะเป็นสื่อเสียง ภาพ โปสเตอร์ เพราะฉะนั้นเวลาเรามานั่งเรื่องสื่อจริงๆ เนี่ย เราารู้เลยว่า มีอุปสรรคเยอะ ในเรื่องของ ASU เนี่ย เราอบรม เราให้อสม.ไปทำงาน แต่ในเรื่องของประชาชนไม่ค่อยรับทราบ ว่ามันมีแบบนี้ ถ้าหมอบอกว่ารอบนี้ไม่จำเป็นต้องใช้ยานะ เพื่อไม่ให้เรามีผลเสียจากยา ถ้าเขาเข้าใจก็ง่าย แต่ถ้าเขาไม่เข้าใจก็ยาก เพราะเวลาเขาไปคลินิกทุกครั้งเขาก็ได้อะ ทำไมมาที่นี่แล้วไม่ได้ เพราะเราใช้สิทธิ์ 30 บาทเหอหือ ถึงไม่ได้ เพราะงั้นก็เป็นอุปสรรคหนึ่งว่า ถ้าเราไม่มีการสื่อสารก็จะเป็นปัญหา” เกล็ดกร 22

“ที่ว่าถ้ามีอะไรเปลี่ยนแปลงมีอะไรปรับปรุงสิ่งต่าง ๆ ถ้าส่วนกลางทำแล้ว upload ไว้ให้ส่วนภูมิภาคได้ใช้แทนที่จะมานั่งคิดเองทำเอง แล้วเรามีอะไรที่เป็นสื่อตรงกลางข้อมูลซึ่งส่วนกลางช่วยได้ถ้าเอามาใช้ก็จะได้ประโยชน์แล้วก็จะง่ายกับคนทำงานในภูมิภาคในส่วนข้อมูลวิชาการค่ะ” เกล็ดกร 12

- การสนับสนุนงบประมาณ

“ปัญหาก็คือเราไม่มีงบประมาณตรงที่จะเอาไปทำกิจกรรมในชุมชน แต่ว่าเราไปบูรณาการกับโครงการอื่นที่ทำไปก็เสริมความรู้ตรงนี้ไปบ้าง แล้วก็ในรพ.สต. พยาบาลทำหน้าที่ตรงนี้อยู่ก็เวลาให้การรักษาค่าก็จะอธิบายคนไข้ไป ตรงนี้ก็ดำเนินการอยู่ค่ะ ปัญหาอย่างอื่นนี่ก็คือ ปัญหาก็มีเรื่องงบประมาณสนับสนุน แล้วก็สื่อที่จะลงในอสม.ไปแจกจ่ายกับชาวบ้านให้ความรู้ อย่างน้อยมีเอกสาร แผ่นพับให้เค้าได้เห็น” นักวิชาการสาธารณสุข 1

“อยากให้มันจบจาก อย. มาช่วย เป็นงบของประเทศเลย เหมือนอย่างที่เคยทำ ADR เป็นตัวเสริม เป็นพลังผลักดัน....แต่ถ้ามีเงิน ไม่มีใจ ชี้แจงก็ทำ ก็ไม่เกิด ถ้ามีเงิน มีทั้งพลังกำลัง มีทั้งเครือข่ายที่เข้มแข็ง มันก็ไปได้ไกล” เกสัชกร 27

- การสื่อสารข้อมูล ASU จากภาคีเครือข่ายส่วนกลาง

“ASU เสียอย่างคือผลงานที่เป็นรูปธรรม ไม่ชัดเจน และไม่ได้ถูกเผยแพร่ ไม่ชัดเจนด้วยนะ และไม่ได้ถูกเผยแพร่อย่างกว้างขวางเหมือนอย่าง ADR แม้กระทั่งตัว เว็บไซต์ที่เคยเข้าไปดูก็ไม่ได้ update เหมือนกับนั่งตาย เลยทำให้ท่านที่เข้าไปดูก็ไม่ได้อะไรกลับมาเพราะมันไม่มีคนในองค์กรไม่มีคนขับเคลื่อนในระดับส่วนกลาง” เกสัชกร 10

เกสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดท่านหนึ่งให้ความเห็นว่าการดำเนินโครงการ ASU จำเป็นที่จะต้องมีการสร้างเครือข่ายให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการปฏิบัติและวิชาการ เกสัชกรหลายท่านเสนอแนวทางหรือบทเรียนการสร้างเครือข่าย ADR ซึ่งถือว่าประสบความสำเร็จในกลุ่มโรงพยาบาล

“ASU มันจะมีข้อเสียคือมันจะหยุดนิ่งมันจะไม่มีการพัฒนารูปแบบต่อเนื่องไป มันไม่เหมือน ADR มันจะเปลี่ยนกลุ่มยาไปเรื่อย ๆ มีความซีเรียสของกลุ่มยา มีการ update ความรู้ทางวิชาการให้ คนที่ทำ ADR เค้าน่า happy มาก เค้าน่ามีการ update ทางวิชาการให้มีเวทีให้นำเสนอผลงานทางวิชาการ ซึ่ง ASU ไม่มีความต่อเนื่องตรงนี้พอมันไม่มี พอไม่มีเครือข่าย มันไม่สามารถจะดึงใจของท่านทำงานตรงนี้ให้มาภักดีกับเราได้ตลอดไม่เหมือน ADR” เกสัชกร 10

ในแง่ของวิชาชีพ เกสัชกร 3 ท่าน มีความเห็นว่าการใช้อย่างสมเหตุผลเป็นเรื่องสำคัญที่เกสัชกรต้องตระหนักและสร้างการร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้อย่างสมเหตุผล เกสัชกรท่านหนึ่งให้ความเห็นว่าองค์กรวิชาชีพ ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดพันธกิจของเกสัชกรโรงพยาบาลด้วย

“ถ้าเป็นงานที่เกสัชเป็นคนทำเองจริง ๆ พวก DUE เราเป็นคนทำเอง เราผลักได้ งานที่มันเป็นสหสาขาวิชาชีพ (เช่น ASU) เราผลักเองไม่ได้....” เกสัชกร 10

“ไม่ว่าทำอะไรเกสัชก็ไม่ค่อยยั่งยืนไม่รู้เป็นเพราะว่า ข้างบนสภาเราไม่ตั้งนโยบายไว้หรือยังไม่รู้ สภาเกสัชของโรงพยาบาลต้องมี mission ว่าปีนี้จะเอาอะไร อย่างปีนี้มาแรงก็เรื่องเกสัชปฐมนูมิอีก เรื่องอื่นยังไม่แข็งแรงเลยก็จะไปปฐมนูมิ ยังไงก็สร้างให้เป็นกลยุทธ์แล้วแทรกเรื่องที่เราเคยทำไว้แล้วอย่าให้มันหายไป เราต้องเอาทุกภาคส่วนของเรามาแทรกกันว่าอันนี้ไม่ทำไม่ได้นะ ที่นี้จะขยายงานอย่าลืมพวกอันนี้ไปด้วย” เกสัชกร 4

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)

การทำความเข้าใจชุมชนและการทำให้ชุมชนเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของตนเองเป็นกลยุทธ์ที่อย่างน้อย 2 พื้นที่ ใช้ในการจัดการปัญหาเรื่องยาในชุมชน บางโครงการเน้นเฉพาะยาปฏิชีวนะ ในขณะที่บางแห่งนำเรื่องยาปฏิชีวนะผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดำเนินงานของจังหวัด ผู้ประสานงานของโครงการเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบ วางแผนและดำเนินโครงการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ของตนเอง พบว่า หลายโครงการได้รับความร่วมมือจากองค์กรในท้องถิ่น เช่น โรงเรียน วัด อบต. และสมาชิกในชุมชน เช่น อสม. พระ ครู นักเรียน เข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลเป็นอย่างดี

“เราอุดมในโรงพยาบาล อุดรธานีได้ แต่ถ้าในชุมชนมันยังขายยาในร้านชำก็มีปัญหาอีก เราก็เลยเอาข้อมูลทั้งหมดลงไปให้ชุมชนให้ชุมชนเค้ารับรู้ พอให้ชุมชนรับรู้ก็จะเจอปัญหว่าคนขายมันก็ขาย อสม. ก็พูดอย่างนั้นก็ใช้วิธีใหม่ เอาทั้งอสม. ทั้งคนขายทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งโรงพยาบาลมาเป็นประชาคมร่วมกันมานั่งคุยกัน แต่ไม่ได้สั่งห้ามขายแต่เอาปัญหามาให้เค้าเห็น นื่องที่อยู่โรงพยาบาลช่วยรวบรวมปัญหาให้เรา ๆ ก็มานำเสนอว่าสถานการณ์ในชุมชนเป็นอย่างนี้นะ ไม่ได้เป็นแค่ชุมชนที่เราบอกว่าดีอย่า สุดท้ายมีคนเสียชีวิตจากไม่รู้ชื่อยา ไม่รู้ชื่อมันโยงไปหมด ก็ยังมียาพวกนี้ขายด้วย ที่ไปเกิดอันตรายในโรงพยาบาลก็มี ตอนที่คุยไม่ได้ scope ยาที่แพ้อย่างเดียวมันขายไปถึงยาตัวอื่นด้วย เราก็ตั้งคำถามว่าชุมชนต้องจัดการเองนะ ถ้าชุมชนไม่จัดการเองก็ต้องลุ้นกันเองยอมเสี่ยงกันเองนะว่าอย่าโดนกับครอบครัวเราแต่ถ้าชุมชนคิดว่าเป็นปัญหาก็ต้องช่วยเราคิดว่าจะทำยังไง....

เราทำงานกับชุมชนได้แต่เราไม่นำชุมชนแต่เราจะก้าวไปพร้อม ๆ กันคือเรามีความรู้เราก็แลกเปลี่ยนกับเค้าแต่วิธีการเค้าเป็นคนดีไหนร่วมกับเราคือเราจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมทุก step คิดว่าอันนี้สำคัญแล้วคิดว่าถ้าทุกพื้นที่เปลี่ยนวิธีการทำงานในลักษณะนี้ได้พี่ว่ามันยั่งยืน” เกสซกร 2

“อันที่หนึ่งเค้าเข้าถึงข้อมูลยา เค้าก็ง่ายและได้ประโยชน์ อันที่สองเราสร้างให้ชุมชนเค้ารู้สึกว่ายานชุมชนไม่ได้มีแค่ตัวเค้าคนเดียว ชุมชนของเค้าคือสังคมที่มีหลาย ๆ คน แล้วถ้าชุมชนไม่แก้ปัญหาก็ผลกระทบมันเจอทั้งชุมชนทั้งสังคม พี่ว่าสองส่วนมันทำให้ชุมชนเปลี่ยน ชุมชนไม่ได้หมายถึงแค่ชาวบ้านนะ หมายถึงทั้งเจ้าหน้าที่สถานีนามัย คือทุกคนที่อยู่ในชุมชนพอมองเป้าหมายเดียวกันแล้วเค้าเข้าถึงข้อมูลที่แท้จริง ที่จริงที่ว่าอันตรายอะไรต่าง ๆ มันก็เกิดการให้ความร่วมมือ แล้วอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อเนื่องก็คือเราใช้กระบวนการจัดการความรู้ มีการถอดบทเรียนร่วมกัน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการออกแบบการทำงานทุกขั้นตอน ให้เค้ารู้สึกว่ายานเค้าเป็นเจ้าของงาน ค่อนข้างเห็นรูปธรรม ตอนแรกก็ไม่เชื่อว่าเป็นเฉพาะพื้นที่ ๆ เดียวนะ แต่พอเราไปคุยกับน้องหลาย ๆ พื้นที่ซึ่งเค้าอาจจะไม่เข้าชุมชนกับเราแต่พอเค้าเห็นตัวอย่างของเราเค้าก็เอาไปลองใช้ เค้าบอกใหม่ ๆ เค้าก็ยังทำ

ไม่ค่อยได้ดีแต่ยังงังก็ไปต่อไอดีเค้ามันก็เกิดกระบวนการ วิธีการที่เราทำไมใช้มันยากหลาย ๆ คนก็ไปปรับใช้ตามสไตล์ของตนเอง แต่พอมันเข้าใจ concept แล้วมันจะใช้ได้หลายพื้นที่” เกสซ์กร 2

“อสม. เนี่ยจะอยู่กับชุมชน ถ้ามีปัญหาเรื่องยากก็สามารถปรึกษากับ อสม. ได้ อย่างหมอจ่ายยาไปน้อย ไม่ถูกใจ พวกหมอชาวบ้าน หรือ อสม. เนี่ย ต้องเป็นพวกเรา ต้องบอกได้ว่าอาการคนไข้เป็นอย่างไร หมอจ่ายยามาถูกหรือผิด แล้วเขาต้องดูแลตัวเองอย่างไร ให้อาการมันดีขึ้น สร้างความศรัทธาร่วมกัน มันจะได้ความยั่งยืนในเรื่องของความศรัทธาก่อนนะครับ” เกสซ์กร 2

“เรา (เกสซ์กร) มีหน้าที่แค่ไปกระตุ้นให้เค้าเห็นว่ามันมีปัญหาเรื่องยาในพื้นที่นะ ซึ่งเดิมเค้าอาจไม่เห็นเป็นปัญหา อาจเห็นปัญหาเรื่องถนน ไฟ เรื่องถังขยะ....” เกสซ์กร 10

เกสซ์กรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กล่าวถึง การเข้าถึงและทำงานในชุมชนได้ดีต้องอาศัย ประสบการณ์และกลวิธีต่างๆ มาปรับประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ ผู้ที่มีบทบาท สำคัญที่จะทำให้การทำงานในชุมชนประสบความสำเร็จคือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็น ตัวเชื่อมประสานที่ดี เพราะมีความใกล้ชิดกับชุมชนทำให้เกิดความเชื่อถือและความศรัทธา นอกจากนี้ อสม. จะเป็นผู้ช่วยที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

“แล้วต้องจับตัวเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีบทบาทกับชุมชนเยอะมาก จากที่พี่ประเมิน 11 อำเภอที่พี่ทำproject success ทั้ง 11 อำเภอเลย ถ้าเจ้าหน้าที่เข้าใจ concept นี้แล้วสามารถ ถ่ายทอดหรือประสานงานกับเราได้โอเคเลย success” เกสซ์กร 10

“...อันนี้เราพบเลยอย่างเจ้าหน้าที่ สอ.หลาย ๆ คนมาเป็นตัวช่วยกับเรา หลาย ๆ คนมาเป็นแกนนำให้ เราได้ มาช่วยวิธิตด ช่วยคิดวิธีต่าง ๆ ให้เราด้วย แล้วอีกส่วนหนึ่งที่เราเห็นก็คือว่าพอมันออกมาเป็น แบบคนสนใจกันเยอะขึ้นแล้วเนี่ยมันทำให้เกิดกลไกการเฝ้าระวังในชุมชน เวลาใครเจออะไรต่าง ๆ ก็ จะมาบอก มาคอยเฝ้าระวัง เลยเห็นว่ามันเกิดการเรียนรู้ แล้วก็มันขยายผลได้โดยที่เราไม่ต้องไปสั่ง เพราะเค้าเห็นความตระหนัก แล้วมันไปเชื่อมโยงกับงานเฝ้าระวังได้ด้วย เพราะว่าบางทีเราไม่ได้ เจอแค่ร้านชำ ข้อมูลบางอย่างเรารู้จากน้องเกสซ์ที่ไปเยี่ยมบ้านมาเล่าให้ฟัง คือมันสามารถต่อยอดไป ได้เยอะ น้องเกสซ์ที่เคยเยี่ยมบ้านที่ใช้ยาว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้องที่ได้จากโรงพยาบาลไปบางทีก็ไปเจอ ยาที่ไม่ได้จากโรงพยาบาลแต่คนไข้แอบซื้อมา มันก็เกิดเป็นเหตุเป็นตาในชุมชน มันก็เกิด impact” เกสซ์กร 2

การสร้างความตระหนักให้กับชุมชนเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม ทั้งในเรื่องการแพ้ยา การดื้อยา หรือ อาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยการใช้ตัวอย่างหรือกรณีศึกษาจากคนในชุมชน เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในหลายๆพื้นที่ ส่วนการให้แก่วิธีการเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสมแก่ประชาชน ทำผ่านรูปแบบต่างๆ เช่น การอบรม การจัดกิจกรรมรณรงค์ การปฏิบัติตัวให้เป็นตัวอย่างแก่ชุมชน แต่ประเด็นสำคัญคือการสื่อสารแก่ประชาชนต้องใช้ข้อมูลที่ง่ายต่อความเข้าใจและมีรูปแบบที่เหมาะสม

“ปัญหาคือทัศนคติชาวบ้าน และการแปลข้อมูลวิชาการมาเป็นข้อมูลที่ชาวบ้านเข้าถึงได้เป็นปัญหาอุปสรรคที่ค่อนข้างยาก หลายพื้นที่ ๆ ทำยาก” เกสัชกร 2

“มีตัวอย่างบางที่บ่งชี้ว่าถ้าไม่ได้ทำ ASU แล้ว ผู้ป่วยจะเกิดอะไรขึ้น คำว่า ดื้อ (ยา) ไม่เห็นภาพแน่นอน” เกสัชกร 26

“การคุยกับชาวบ้านก็จะคุยว่าถ้าจำเป็นไม่ต้องกลัว ต้องสร้างความมั่นใจให้เค้า ไม่ใช่มาที่นี้ไม่ได้เค้าจะไม่มา แต่เราจะสร้างความไว้วางใจว่าถ้าคุณจำเป็นคุณได้แน่นอนแต่ถ้าไม่จำเป็นคุณอย่าไปทานแล้วมันจะส่งผลเสียให้คุณดื้อยา ไม่ว่าจะเป็นท่านที่ตายด้วยสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มพวกนี้น่าจะเป็นกลุ่มที่ไม่มียาฆ่าเชื้อใด ๆ จะไปช่วยได้แล้ว เราก็พยายามดึงตัวอย่างให้เค้าได้เห็นว่ามันไปอย่างเนี่ย...ไม่ให้งี้คือไม่ให้แต่ต้องอธิบาย ไม่ทึ่งก็คือไม่ทึ่งเค้าคือมีการติดตาม ถ้าเราไม่มีเวลาเราก็จะให้ อสม.ติดตามอันนี้คือไม่ทึ่ง ติดตามก็คือเราไปเยี่ยมที่บ้านแต่ไม่ได้ทุก case จะไปใน case ที่เป็นกลุ่มที่มีไข้สูงวิเคราะห์แล้วว่ากลุ่มที่มีไข้สูงคือเด็กที่ติดเชื้อไวรัสไข้เค้าจะสูง ที่นี้ปฎิบัติยากก็กังวลพอकिनวันเดี๋ยวมันไม่หาย เค้าก็ต้องไปหาหมอ” เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1

“ที่นี่ มีคนที่แพ้ Antibiotic แล้วเกือบเสียชีวิต เลยเป็นตัวอย่างทำให้คนไข้หันมาให้ความสำคัญ มีตัวอย่างทำให้คนไข้เชื่อได้เร็วมาก ชัดขึ้น คือ ASU จะไม่ชัดเท่าไร แต่ ADR จะชัดมาก คือเขาเริ่มตระหนักถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น แล้วพวกคนไข้กลุ่มคุณครูเนี่ยก็จะเข้าถึงง่าย แต่บางคนนั้นจะไม่ยอมจริงๆ คือ มันเหนียวใจจริงๆ เรื่องนี้ปัญหามันเยอะ มันแล้วแต่กลุ่มคนด้วย” พรทิพย์

สำหรับโครงการที่มีการขยายแนวคิด ASU ลงไปสู่ชุมชนมีความร่วมมือการทำงานกับภาคส่วนต่างๆในระดับท้องถิ่น ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งเภสัชกร อสม. และ ประชาชน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกสัชกรมีโอกาสได้เรียนรู้วิธีการทำงานในชุมชนเพื่อให้เกิดประสิทธิผล ดังตัวอย่างในพื้นที่หนึ่งที่มีการถอดบทเรียนเพื่อการเรียนรู้ และนำไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินโครงการต่อไป

“สมมติว่าเราดำเนินงานเราเลือกพื้นที่นำร่อง 3 แห่ง มาเราก็จะมาดำเนินงานมาถอดบทเรียนกันว่า พื้นที่นี้ดำเนินงานได้ดูเข้มแข็งดูมีความก้าวหน้าหรือว่าสำเร็จ คือ step ก้าวเข้าไปไกลกว่าอีกพื้นที่ที่เราจะมาคุยกันว่า มาถอดรูปแบบว่ามันเป็นเพราะอะไร ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการคืออะไร มาช่วยกันดีไซน์ อย่างเราจะจัดการยาไม่เหมาะสมทั้งหลาย รวมทั้งปฏิชีวนะในชุมชนเราจะต้องจัดการปัญหาอย่างไร ลักษณะเนี่ยละ แล้วก็จุดไหนที่ยังคงเป็นจุดอ่อนอย่างเช่นกรณีผู้บริโภคเรียกร้องเองแล้วเราจะแก้ปัญหานี้ยังไง อย่างเราได้โมเดลทั้งสามอำเภอเป้าหมายของเราคือเราต้องขยายสู่พื้นที่อื่นของจังหวัดเราก็จะใช้ best practise เรื่องของคุ้มครอง หรือเรื่องการจัดการยาไม่เหมาะสมในชุมชน ต้องบอกว่ายาปฏิชีวนะเป็นหนึ่งในนั้น แต่นอกเหนือจากนั้นก็จะเป็นยาชุด ยาอื่น ๆ ที่มันไม่ถูกต้อง ก็จะเป็น best practise ที่จะคุยกันเรื่องงานคุ้มครอง ถือเป็นเป้าหมายงานหนึ่งที่เรายกสู่พื้นที่อื่นในการขยายงาน” เกสเซอร์ 15

“.....คนที่เอานโยบายลงไปย่อย ไปละเอียดให้มันเกิดประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ก็ต้องมีความเข้าใจ ชุมชนอย่างดี คือเข้าใจ คิดอย่างชุมชน อาจจะไม่ต้องอยู่ในชุมชนแต่คิดแบบชุมชน เข้าใจศักยภาพของชุมชน” เกสเซอร์ 2

7. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน (Public behavior on antibiotic use)

อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการดำเนินโครงการ ASU ที่พบในทุกพื้นที่ คือ ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของประชาชน ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ประชาชนจำนวนมากยังคงร้องขอยาปฏิชีวนะจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงแม้ว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเนื่องจากเป็นการติดเชื้อไวรัส และหากไม่ได้รับยาปฏิชีวนะจากโรงพยาบาลก็อาจจะไปซื้อที่ร้านยา คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน ปัญหาสำคัญที่พบอีกประการหนึ่งคือ พฤติกรรม antibiotic shopping โดยผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์จากหน่วยบริการหลายแห่งมาก่อนหน้า ทำให้เกิดการวินิจฉัยยาก นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า ประชาชนยังตระหนักเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ยา เชื้อดื้อยา ในระดับน้อย

“จริง ๆ มันก็ไม่ได้มาหยุดที่เรา ๆ จุดเล็ก จุดใหญ่ ๆ เช่นเอกชนที่เค้าจ่ายมาก่อนหลัก ๆ เลย โรงพยาบาลเอกชนที่เค้าจ่ายตลอดหรือบางที่คลินิกเค้าจ่ายเด็กเคยแล้วมาที่นี้ยอมถ้าไม่ได้ก็ไม่ฟังพอใจ ถ้ามาที่นี้ไม่ได้วันหลังเค้าก็ไปที่อื่น เหมือนเดิมวงจรเดิม” พยาบาล 2

“(ผู้ป่วย) ร้องขอ ไปนั่งดูได้เลย ห้องตรวจต่าง ๆ ถ้ามีไข้ เจ็บคอนิดหน่อย หมอดู ทอลซินแดงนะแต่มันไม่ติดเชื้ออะไร กินน้ำเยอะ ๆ พักผ่อนมาก ๆ เดี่ยวหมอให้ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ ยาลดไข้ไปทานธรรมดา ทานน้ำเยอะ ๆ พักผ่อนมาก ๆ ก็หาย ไม่เอาอะอยากได้ยาฆ่าเชื้อที่เป็นแคปซูลแดงดำ เหลืองดำ เทาขาว ฟ้า เค้าจะบอกเลย แล้วหมอก็ไม่ขัดด้วย” เกสเซอร์ 13

“เป็นปัญหาหนักที่ผู้รับบริการเหมือนกัน หมอที่ทำอยู่ แก่ก็บอกว่าเหนื่อยใจมากจริงๆ มีคนมาว่า หมอเหมือนไม่ตั้งใจรักษา เลี่ยงไข้ กลายเป็นว่าการไม่ให้ Antibiotics ในคลินิกของแกเป็นการเลี่ยงไข้ ไป ถ้าเราแก้ปัญหาที่คนไข้ได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากมาก การที่คนไข้มาโรงพยาบาล แล้วจะยอมรับได้เนี่ย ต้องใช้ความน่าเชื่อถือ ต้องพูดคุยเยอะมากในแต่ละโรค ซึ่งเราไม่มีเวลาอธิบายขนาดนั้น ตอนนี้อยู่ด้วย ปริมาณคนไข้ เราจะอธิบายได้แค่สั้นๆ ถ้าจะทำให้คนไข้เข้าใจนั้นต้องใช้ความพยายามมากค่ะ ต้องมีบอร์ด ต้องชี้ให้ดู ต้องขนาดนั้นเลย....ปัญหาจริงๆ อยู่ที่คนไข้ด้วย บางทีหมอก็ตัดความรำคาญ เพราะคนไข้รอตรวจเยอะมาก ถ้าไม่ได้ก็ไม่ยอม มาที่เภสัช เภสัชอธิบายไม่เชื่อ ก็ต้องย้อนกลับไปหาคุณหมอ ถ้าเกิดเหตุการณ์นี้บ่อยๆ คุณหมอบางท่านก็ตัดความรำคาญอยากได้ก็เอาไปเถอะ” เภสัชกร 26

“มันก็มีบางปัญหาเรื่องผู้ใช้เองเท่าที่สะท้อนกลับมาบางครั้งเค้า (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ก็ไม่สบายใจคนไข้ร้องขอเยอะ ๆ ก็จำเป็นต้องจ่ายไปทั้ง ๆ ที่รู้ว่ารายนี้ไม่ควรจะจ่ายถ้าดูตาม criteria หรือ guideline แล้วแต่ด้วยเหตุผลหลายอย่างก็จำเป็นต้องจ่ายไปอย่างนี้ก็มีบ้างในปัญหาตรงนั้นนะครับ ปัญหาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาจากการดำเนินงานที่ไปแล้วข้อมูลตัวชีวิตที่ผ่านมาก็ยังค่อนข้างจะสูงอยู่” แพทย์ 1

บริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลตนเองของประชาชนด้วย ดังเช่น เภสัชกรโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตอุตสาหกรรมของพื้นที่แห่งหนึ่ง กล่าวถึงมลพิษในพื้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่า และประชาชนในเขตนี้มีพฤติกรรมกรรโชกยาปฏิชีวนะมากกว่าในเขตที่ทำเกษตรกรรม เพราะต้องรักษาตนเองให้หายจากอาการเจ็บป่วยเพื่อให้กลับไปทำงานได้

ดังนั้น จึงมีข้อเสนอให้ภาครัฐหากลวิธีในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสมให้กับประชาชน และกระจายแนวคิด ASU ไปสู่ภาคเอกชน เช่น คลินิกเอกชน ร้านขายยา โรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้ปฏิบัติในแนวทางเดียวกันด้วย

“เราไม่ได้ต่อสู้กับทัศนคติของเค้า (ประชาชน) แต่เราต้องไปต่อสู้กับคนที่ไปใส่ทัศนคติให้เค้าอีก ซึ่งคนหลาย ๆ กลุ่มก็เป็นคนที่ชาวบ้านให้ความเชื่อถือ บุคลากรทางด้านการแพทย์ทำไมเค้ายังใช้อยู่ แต่เราก็คิดว่าอาวุธของเราก็ต้องเอาข้อมูลที่เป็นรูปธรรมไปให้เห็น” เภสัชกร 2

เภสัชกร 3 ท่านกล่าวถึงประเด็นการเข้าถึงยาปฏิชีวนะในประเทศไทยและการโฆษณาที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จึงมีข้อเสนอแนะให้ อย. ควบพิจารณาประเด็นที่เป็นปัญหาและอย่างหาแนวทางแก้ไขอย่างจริงจัง

“มีความรู้สึกว่าคุณไทยเข้าถึงยาปฏิชีวนะง่ายเกินไปง่ายมาก ๆ คือบางทีสมมติเค้าเป็นแผลนิดหน่อย เค้าก็ไม่ได้แล้วต้องกินยาปฏิชีวนะแล้วก็ไปซื้อตามร้านขายของชำนี่แหละค่ะ ขอสามเม็ดกินจบ อาการมันก็ดีขึ้นตามที่มันควรจะเป็นแล้วเค้าก็หยุดยา อันนี้เหมือนจะเป็นค่านิยมกันว่าจะต้องเป็นกันแบบนี้ เค้าจะไม่เชื่อเราหรอกว่าไม่ต้องกินหรอกเดี๋ยวก็หาย ทำความสะอาดแผลให้สะอาด ซึ่งหนูว่ามันเปลี่ยนยากมากก็คือพฤติกรรมของประชาชนอยากให้ประชาชนเข้าถึงยาปฏิชีวนะให้ยากขึ้น หนูเห็นใน Macro เค้าขายยาปฏิชีวนะแบบว่าเปิดเผยมากแล้วคนที่มาซื้อคือคนที่อยู่ร้านขายของชำไปขายกันโดยที่ไม่เห็นจำเป็นจะต้องมีเราเป็นคนจ่ายมันเข้าถึงง่ายเกินไปน่าจะควบคุมมากกว่านี้”

เกิ้ลซกร 16

“...รูปแบบยาที่มันขึ้นทะเบียน....ที่ Antibiotic ใน packaging ที่คนอื่นเค้ารู้หมดว่าสามารถซื้อได้ แต่อย่าบอกมันไม่ใช่หรอก ยาบางตัว Antibiotic ที่ไม่ควรจะใช้ก็ไม่ควรจะให้ขึ้นทะเบียนหรือว่าตัวไหนที่ขึ้นทะเบียนในรูปธรรมที่ดูประหนึ่งว่าเป็นยาที่บรรจุเสร็จ แต่อย่าไม่รู้แต่ชาวบ้านเค้ารู้ เจอยา Antibiotic หลาย ๆ ตัวที่มันอยู่ใน packaging 10 เม็ด 7 เม็ด 5 เม็ดอย่างเนี่ยซึ่งอย่าบอกเค้าไม่ได้ ผิดกฎหมายก็ยังเสนอว่าอย่าเวลาประเมินการขึ้นทะเบียนก็ต้องมองประเด็นพฤติกรรมของผู้บริโภค ด้วยว่าที่ขึ้นอย่างเนี่ยมันกระทบไหม แล้วก็ยาแปลก ๆ ที่มันใช้ผิดอาจจะไม่ใช่ Antibiotic แต่ชาวบ้านใช้เหมือน Antibiotic ก็มี พวกยาล้างไต ทะเบียนพวกนี้ต้องทบทวนได้หมดแล้ว” เกิ้ลซกร 2

“โฆษณาที่เป็น Antibiotic ผ่านพวกวิทยุชุมชนก็ยังมีอยู่ เช่น กาโน่ คือมันมีโฆษณา ร้านค้าร้านชำก็ยังมีอยู่ เพราะมีคนเรียกหา ถึงแม้เราจะแนะนำแล้ว แต่มันถูกกระตุ้นโดยสื่ออยู่ ก็ยังมีความต้องการที่จะใช้อยู่ ... ยาพวกนี้ยังหาได้ตามร้านค้าร้านชำอยู่ เลยทำให้มันยังไม่สำเร็จ” เกิ้ลซกร 24

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายท่าน เชื่อว่า ความพยายามของเจ้าหน้าที่ในการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเมื่อไม่ได้รับยาปฏิชีวนะบ่อยๆ และซ้ำๆอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยคล้อยตามและเชื่อในที่สุด ถึงแม้จะใช้เวลานาน เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งที่เข้าร่วมโครงการ ASU และทำกิจกรรมรณรงค์ต่างๆภายใต้แนวคิด ASU ในชุมชนมาเป็นเวลานานกว่า 6 ปี พบความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของคนชุมชนในทางที่ดีขึ้น

“บางคนเดี๋ยวนี้ไปคลินิกแพทย์โดยตรงแล้วจ่ายมาแล้วกลับมาหาเราทำไมหมอเค้าจ่ายอันนี้ให้เค้ายังเอากลับมาให้เราความที่เค้ารู้ว่าเราทำโครงการนี้ ทั้ง ๆ ที่เค้าไม่ได้เป็น อสม.ชาวบ้านเค้าบอกหมอให้ยาขึ้นมา ชื่นไม่ได้เจ็บคอ แต่โหมกทำไมเค้ายังให้” เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1

8. การประเมินผลโครงการและนำเสนอผล (project evaluation and demonstrating results)

ถึงแม้ว่า ในปี 2553-2555 ASU จะถูกกำหนดเป็นเกณฑ์ สปสช. ส่งผลให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องดำเนินการและรายงานผลการดำเนินงานซึ่งใช้วิธีการประเมินด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลหลายท่าน จึงเห็นว่า อาจจะได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจึงไม่สามารถสะท้อนให้เห็นความเป็นจริง เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการในสถานพยาบาล พบว่า ปัจจุบันสถานพยาบาลทุกแห่งสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะจากโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์สำเร็จรูป งาน อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องรหัส ICD10 ยังคงเป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากกล่าวถึง

“มัน (รายงาน) make ได้ ประมาณว่าเกณฑ์ของสปสช.เค้าไม่ได้มาตรวจจริงนะค่ะ โรงพยาบาลไหน ๆ ก็ make กันกลายเป็นว่าฉันเราไปทำอันอื่นที่เค้ามาตรวจจริง อันนี้เราก็ make ไปก่อน”
เภสัชกร 7

“มีการ shift diag ไปเป็น diag ที่มันเป็นตัวที่สามารถลง ICD10 ที่สามารถสั่งใช้ Antibiotic ได้ เลยทำให้ข้อมูลมันมีเยอะ สัดส่วนการใช้ Antibiotic มันลดลงแต่ดูปริมาณแล้วยังพอใกล้ ๆ เดิมยังไม่ค่อยลด Antibiotic รวมนะค่ะ” เภสัชกร 6

“บางที่เราก็ยังพบอยู่คุณหมออย่างกรอก ICD10 ไม่ตรงกับโรคที่วินิจฉัย บางอย่าง diag ไปว่าอาจจะ เป็น common cold แต่ก็มีการใช้ Antibiotic อะไรอย่างเนี่ยค่ะ มันก็ยังมียอยู่เท่าที่เจอ” เภสัชกร 25

“ในเรื่องของโครงการนี้มันไม่ได้เป็นโครงการที่บังคับว่าเราจะต้องทำแบบเต็มรูปแบบเลย รายงานประเมินผลทุกเดือนประมาณนี้ เราก็ไม่ค่อยได้รายงานประเมินผลทุกเดือน.....” เภสัชกร 13

“มีการกระตุ้น.... คือ ผลักเป็นนโยบายของจังหวัด แล้วก็เป็นงาน routine ของโรงพยาบาล จริง ๆ วางเป้าหมายให้เค้า (โรงพยาบาล) ประเมินทุกปี เราก็จะมีการตามในเวทีประชุมของ พบส. เรื่องของการประเมินผลงานแล้วก็มีมาวิเคราะห์ว่าทำไมถึงไม่ได้ เหตุผลในปีนั้นทำไมถึงไม่ได้” เภสัชกร 10

ส่วนใหญ่ ผู้ประสานงานหรือเลขาโครงการมีการนำข้อมูลหรือผลที่ได้จากการประเมินในแต่ละปีเสนอต่อผู้บริหารหรือคณะกรรมการ/คณะทำงาน ภายในโรงพยาบาล เพื่อใช้วางแผนและปรับปรุงการทำงานในปีต่อไป ในระดับจังหวัดจะนำผลดังกล่าวมานำเสนอในที่ประชุมของเภสัชกรด้วย นอกจากนี้ ในโรงพยาบาลบางแห่งที่มีการทบทวนความเหมาะสมของการจ่ายยาปฏิชีวนะของผู้สั่งใช้ยาด้วย หลายท่านเชื่อว่า การคิด

คะแนนตามเกณฑ์ สปสช. แบบใหม่ จะทำให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งเห็นผลลัพธ์หรือคะแนนซึ่งกันและกัน ส่งผลดีทำให้เกิดการแข่งขันด้านคุณภาพการทำงาน

“ในตัวชีวิตนี้ที่เราประเมินแบบนี้ในระดับโรงพยาบาล เรานำเสนอ *feedback* ให้กับผู้ปฏิบัติ (ในเวลาราชการคือ แพทย์ และ นอกเวลาราชการคือพยาบาล) แล้วก็รายงานผู้บริหารทราบทุกเดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้ประเมินทุกเดือน แต่ประเมินเป็นไตรมาสในเรื่องของแนวโน้มของการส่งเข้ายาปฏิชีวนะ” เกสัชกร 1

“การเห็นข้อมูลซึ่งกันและกันเนี่ยจะเป็นตัวกระตุ้นให้โครงการนี้ยั่งยืน....ทุกท่าน 5 หมดแล้ว ชั้นยัง 0 อยู่เลยชั้นจะขี้อร่อยอย่างนี้ตลอดไปได้ไหมแบบเนี่ย” เกสัชกร 3

“การที่มันเข้ามาเป็นตัวชีวิตนี้ก็เริ่มเห็นทาง คือมันไม่ใช่ว่าถ้าคุณทำได้ คุณจะได้เงินตอบ แต่ตัวเม็ดเงินมันไม่สำคัญ มันอยู่ที่เวลาโรงพยาบาล เขาถูกเปรียบเทียบให้เห็นข้อมูล มันเป็นอีกความรู้สึกหนึ่งที่จะทำให้รู้สึกลึกๆ ว่า ฉันอยู่ในระดับไหน เหมือนมีคนมาขีดเส้นให้ บางคนอาจไม่ยอมทำเรื่องนี้เพราะมองว่ามันบาทเดียว แต่ในเรื่อง ASU นี้ ทุกคนก็รู้แหละว่า ถ้าทำได้มันจะได้ มากกว่า 1 บาท เพราะการที่ *save* ค่าใช้จ่ายด้านยาลงมันมหาศาลกว่า นี่ก็เป็นตัวที่พยายามจูงใจให้เห็น” เกสัชกร 12

วิธีการถอดบทเรียน เป็นวิธีการที่พื้นที่แห่งหนึ่งใช้ในการประเมินผลการดำเนินโครงการ จากนั้นจึงนำไปใช้ในการปรับปรุงการทำงานต่อไป

“พี่จะพยายามบอกลอง ๆ ว่าอย่าทำแบบ *event* เพราะว่าในรายการของพวกเราที่เราทำเรื่อง *Antibiotic* ก็มี เรื่องยากี่มี ถ้าไปทำเป็น *event* จัดนิทรรศการแต่มันไม่เกิด *movement* พวกเราจัด *event* เยอะไปให้ความรู้แต่เรารู้สึกไม่เกิด *movement* เราเคลียร์กันตรงนี้ทุกคนจะรู้ว่าจัด *event* ได้แต่ *event* ของเราต้องนำไปสู่ *movement* และในแต่ละปีพอเราทำอันนี้เสร็จเราก็จะเห็นว่ามันยังไม่สุดมันต้องมีต่อ ถ้ามีต่อยุทธศาสตร์จะมาจากไหน มันก็มาจากพวกเราที่ทำแล้วเห็นปัญหา มันก็ถอดบทเรียนทำเพิ่มเติมอันนี้ ๆ มันก็ได้ประโยชน์ มันก็เลยต่อเนื่องมาเรื่อย ๆ เพียงแต่ว่าก่อนที่จะทำอะไรต้องมานั่งคุยกันอย่างไม่เป็นทางการกัน” เกสัชกร 2

ข้อมูลที่เคยเป็นตัวชีวิตของโครงการในระยะแรก คือ สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ สุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วย และความรู้ของบุคลากร มีเพียง 6 โครงการที่มีการเก็บข้อมูลดังกล่าวอย่างจริงจังซึ่งทำในระยะเริ่มต้นโครงการเท่านั้น เนื่องจากทำเป็นงานวิจัย เช่น ทำในลักษณะ R2R หรือเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาต่อ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการเก็บข้อมูล จึงไม่ได้เก็บตามตัวชีวัดดังกล่าวอีก มีเพียงบางแห่ง

เท่านั้นที่สนใจการติดตามอาการของผู้ป่วย ซึ่งใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามแต่หากเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมอบหมายให้ อสม. เป็นผู้ติดตามอาการของผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์พบว่า โรงพยาบาล 3 แห่ง มีการตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายยาของผู้สั่งใช้ยา (Audit system) จากนั้นมีการทบทวนและให้ข้อมูลย้อนกลับด้วย ซึ่งพบว่าเป็นกลวิธีที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลนั้นๆ และระบบนี้เป็นที่ยอมรับแก่ผู้สั่งใช้ยาส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ด้วย

“....แพทย์เค้าจะมีการ audit เวชระเบียนอยู่แล้วที่มีการตรวจแทนแพทย์ถ้าเกิดว่าเจอมีการสั่งใช้ที่ไม่เหมาะสมเค้าจะมาทบทวนกัน” เกสัชกร 16

“คือเราก็ feedback เค้า feedback เป็นเปอร์เซ็นต์เปรียบเทียบกับคนอื่น” แพทย์ 2

ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่า ควรมีการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยส่วนกลาง เช่น อย. สปสช. หรือ จังหวัด จากนั้นส่งข้อมูลย้อนกลับให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบผลของโครงการรวมถึงสถานการณ์ต่างๆในทั้งระดับโรงพยาบาล จังหวัดและภาพรวมประเทศ เนื่องจากที่ผ่านมา ไม่ได้รับทราบผลการดำเนินโครงการ ASU เท่าที่ควร

“จะต้องมีภาพการประเมินผลที่ชัดเจนกว่านี้ ว่าเราจะต้องมีการวัดในเรื่องของอะไรบ้าง แล้วก็มี feedback กลับไปที่หน่วยบริการทุกครั้งที่มีการประเมินผล แล้วก็ควรจะมีความหน่วยงานหรือว่าหน่วยงานที่เป็นองค์กรกลางที่มันไม่เกี่ยวข้องกับจังหวัดเป็นท่านประเมินผลเพราะว่ามันจะไม่มี bias แล้วมันจะลดภาระของจังหวัดลงไปได้เยอะ เพราะถ้าประเมินผล ASU มันค่อนข้างโหดมาก เพราะอย่างปี 2552 ทำ ASU โปรเจกต์อื่นแทบไม่ได้ทำเลยเพราะว่า ASU เอาเวลาไปเกือบหมด”
เกสัชกร 10

“มันจะไม่เกิดการพัฒนาในระบบจังหวัดและระบบทั้งประเทศแล้วการที่เค้าเปลี่ยนยุทธศาสตร์ตลอด อย่างเช่นว่าปีนี้เริ่มเน้นในชุมชนทั้ง ๆ ที่ปีก่อน ๆ หน้านั้นเค้ายังประเมินไม่ได้เลยว่ามันประสบความสำเร็จในหน่วยบริการหรือเปล่า พี่ว่าเค้าควรประเมินก่อนว่าถ้าเค้าเริ่มปีหนึ่ง ปีสองปียังโอเคคือเลือกหน่วยบริการขึ้นมาเป็นโครงการนำร่อง นำร่องแล้วต้องขยายผลซิ แต่เค้าขยายผลโดยการผลักไปที่ สปสช. แล้วสปสช.ไม่มีการประเมินอย่างต่อเนื่องเหมือนอย่างที่ยอ.ทำ สปสช.เก็บข้อมูลอย่างเดียว แล้วก็เอาไปเก็บไว้แล้วจัดสรรเงินอย่างเดียวไม่ใช้วิธีการที่ต่อเนื่อง” เกสัชกร 10

สรุปผล

ตอนที่ 1 การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

จากผลการทดลองการรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยใช้กลุ่ม change agent (ตัวชี้วัด) ทั้งหมด 5 พื้นที่ ในประเทศไทยโดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภายหลังการรณรงค์ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่า การรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยวิธีนี้ยังไม่ได้ผลในการสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อย่างไรก็ตาม พบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นภายหลังการรณรงค์ ในขณะที่ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภายหลังการรณรงค์เพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคลและสื่อกระแสหลัก มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลอง นอกจากนี้ พบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลทั้งก่อนและหลังการรณรงค์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วย

ตอนที่ 2 ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

“ความยั่งยืนของโครงการ ASU” ในที่นี้ หมายถึง การที่บุคลากรการแพทย์หรือผู้สั่งจ่ายยาในสถานพยาบาลของรัฐที่เคยเข้าร่วมโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ยังคงมีการปฏิบัติทั้งในแง่การจ่ายยาปฏิชีวนะตลอดจนการให้ความรู้ คำแนะนำแก่อย่างเหมาะสม ตามแนวคิด ASU อย่างต่อเนื่องเรื่อยมา ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนั้นอาจเกิดจากจิตสำนึก ความตั้งใจ พฤติกรรมของบุคคลนั้นๆเองหรือการทำได้ด้วยเหตุผลจากปัจจัยแวดล้อม เช่น นโยบาย ผู้บริหาร หรือ เพื่อนร่วมงาน ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความหลากหลายทั้งในด้านวิชาชีพ ตำแหน่งงาน หน่วยงาน/จังหวัดที่อาศัยอยู่ และระยะเวลา/ประสบการณ์ที่ดำเนินโครงการนั้น พบว่า การที่ ASU กลายเป็นเกณฑ์คุณภาพพระบยาเพื่อใช้สำหรับพิจารณาการจ่ายค่าตอบแทน หรือ P4P แก่โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ ตั้งแต่ปี 2553 โดย สปสช. เป็นปัจจัยหรือแรงกระตุ้นที่สำคัญที่สุดที่ทำให้โรงพยาบาลต้องบรรจุโครงการนี้ไว้ในนโยบายของโรงพยาบาล นั้นหมายความว่าได้ถูกผนวกเข้ากับงานประจำส่งผลให้บุคลากรต้องปฏิบัติ แม้ว่าในความเป็นจริงแล้ว ความจริงจิงในการดำเนิน

กิจกรรมต่างๆ ภายใต้แนวคิด ASU ของแต่ละแห่ง จะมีความเข้มข้นต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริมอื่นๆอีกหลายประการ สรุปได้ดังนี้

- การสนับสนุนจากผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ/นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด) ตลอดจนการกำหนดให้ ASU เป็นตัวชี้วัดในระดับอำเภอและจังหวัดจากนโยบายของผู้บริหาร
- ศักยภาพของบุคลากรที่ร่วมดำเนินโครงการ โดยเฉพาะผู้ประสานงานหรือแกนนำที่มีความมุ่งมั่นและความสามารถสูงในการทำงาน (เช่น การประสานงาน ความยืดหยุ่น ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์) จะส่งผลให้มีการดำเนินงานตลอดจนการขยายหรือการต่อยอดแนวคิด ASU ไปได้กว้างขึ้น นอกจากนี้ ความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันของทีมทำงานที่เป็นสหวิชาชีพอย่างแท้จริงจะเป็นปัจจัยเสริมในการดำเนินโครงการไปได้อย่างต่อเนื่อง
- ความช่วยเหลือ ความร่วมมือและการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนตามลำดับขั้นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ส่วนภูมิภาค (สสอ. สสจ. โรงพยาบาลแม่ข่าย/โรงพยาบาลพี่เลี้ยง) ส่วนกลาง (สปสช. อย.) รวมถึง ระดับท้องถิ่น (อบต.)
- สำหรับบางแห่ง/บางโครงการ ที่เน้น ASU ในชุมชนนั้น พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน (เช่น การร่วมออกแบบโครงการ การดำเนินกิจกรรมร่วมกัน) และองค์กรท้องถิ่น (เช่น การสนับสนุนงบประมาณ ความช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์ การร่วมกิจกรรมณรงค์) ทำให้เห็นผลงานหรือความสำเร็จในเบื้องต้นและมีแนวโน้มที่จะสามารถต่อยอดกิจกรรมภายใต้แนวคิด ASU ไปได้อย่างต่อเนื่อง

ในการดำเนินโครงการ ASU ของแต่ละแห่ง พบปัญหาอุปสรรคที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริบทของโครงการ/พื้นที่และปัจจัยแวดล้อม ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

- ความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติของผู้สั่งใช้ยา ซึ่งเกิดจาก ความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ
- การโยกย้าย หมุนเวียนของผู้สั่งใช้ยา (โดยเฉพาะแพทย์ใช้ทุน) และ ผู้ประสานงานหลักของโครงการ ทำให้เกิดการขาดช่วงในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- ภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมของโครงการ ASU
- การประเมินผลโครงการ : ข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับรหัส ICD 10
- การขาดงบประมาณ

การขาดงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมและการผลิตสื่อให้ความรู้ถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่โรงพยาบาลจำนวนมาก ซึ่งในระดับตำบล ได้มีความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น คือ อบต. ทำให้แก้ปัญหานี้ได้บ้าง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและดำเนินโครงการ ASU ให้ยั่งยืน จากการสัมภาษณ์ สรุปได้ดังนี้

- การเพิ่มศักยภาพบุคลากรการแพทย์ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัย
- การจัดทำหลักฐานทางวิชาการ (local evidence) เพื่อใช้สนับสนุนข้อมูลการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศไทย
- การสร้างเครือข่าย ASU อย่างเป็นรูปธรรม
- การสื่อสารกับประชาชนเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ในรูปแบบต่างๆ
- การนำเสนอผลของโครงการและ feedback สู่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการทำงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินโครงการ ASU อย่างยั่งยืน

การดำเนินโครงการ ASU เพื่อให้เกิดความยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยมาตรการหลายอย่างประกอบกัน ทั้งมาตรการเชิงบังคับ มาตรการจูงใจ เพื่อให้ได้ผลในระยะสั้น และเพิ่มเติมด้วยมาตรการเชิงการศึกษาเพื่อให้เห็นผลในระยะยาว ขณะนี้ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เป็นวาระแห่งชาติที่มีการกำหนดเป็นนโยบาย และกำลังมีการขับเคลื่อนจากหลายภาคส่วนอย่างจริงจัง การกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนทั้งในระดับ “ประเทศ” และระดับ “จังหวัด” ถือเป็นมาตรการเชิงบังคับ ที่มีผลตอบแทน ผลประโยชน์ และบทลงโทษ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นผู้บริหารให้เห็นความสำคัญมากขึ้น ทำให้น่าจะเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติได้มากขึ้น สิ่งที่สำคัญในขณะนี้คือการมีเจ้าภาพหรือหน่วยงานของส่วนกลางในการติดตามประเมินผล และกำกับดูแล ตลอดจนการส่งข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ให้กับผู้ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคให้ได้รับทราบผลของการดำเนินโครงการและเพื่อทราบสถานการณ์ในภาพรวมของจังหวัด เขตและประเทศ ประการสำคัญเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมั่นใจว่าเป็นการทำงานแบบเอาจริงและจะสามารถนำผลจากการทำงานไปใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม หากไม่มีการจัดตั้งหน่วยงานดังกล่าวก็จำเป็นต้องสร้างระบบและกลไกที่จะสามารถติดตามประเมินผล กำกับดูแล โครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพจริงๆ มาตรการจูงใจจากการได้รับค่าตอบแทน P4P ในปีงบประมาณ 2556 อาจจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้โรงพยาบาลบางส่วนเพิ่มความสนใจได้บ้าง แต่เนื่องจากเกณฑ์ดังกล่าวเป็นเกณฑ์ใหม่ ดังนั้น ความไม่ชัดเจนและความไม่เข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล (เช่น การรกรอกรหัส ICD 10) อาจก่อให้เกิดปัญหาได้ในระยะแรก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาในประเด็นดังกล่าวเพื่อหาวิธีแก้ไข การสร้างเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรมที่ active หรืออาจเป็นลักษณะชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความชัดเจนของกลุ่มที่กำลังทำ ASU ด้วยกัน มีพี่เลี้ยงหรือเพื่อนร่วมทางที่จะสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งความรู้และประสบการณ์ได้จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานอย่างมาก

ในระยะยาว มาตรการเชิงการศึกษา เช่น การให้ความรู้ การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรการแพทย์และภาคประชาชนต้องทำอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของบุคลากรการแพทย์ หากมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องพร้อมกับมีความตระหนักและทัศนคติที่ดี จะทำให้เกิดความยั่งยืนในระดับบุคคล จึงจำเป็นที่จะต้องหา

กลยุทธ์เพื่อทำให้เกิดขึ้น ในภาคการศึกษา คณะแพทยศาสตร์และคณะเภสัชศาสตร์ควรมีการพิจารณาและเน้นย้ำแนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรายวิชา/หลักสูตร การสอดแทรกโครงการ ASU เข้าไปในการเรียนการสอนในวิชาต่างๆ น่าจะช่วยสร้างความตระหนักให้แก่นิสิตนักศึกษาและทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม อาจารย์ซึ่งถือเป็นต้นแบบที่สำคัญจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เช่นกัน ขณะนี้มีการดำเนินการของโรงเรียนแพทย์หลายแห่งถือเป็นการเริ่มต้นการจุดประกายความสนใจ

สำหรับ ภาคประชาชน การสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดเพื่อให้เกิดความยั่งยืน การสร้างสื่อให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ต้องทำแบบมีอาชีพผ่านช่องทางต่างๆที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย (ทั้งในรูปแบบและเนื้อหา) นอกจากสื่อกระแสหลัก (mass media) แล้ว การให้ความรู้และกระจายแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคล โดยมีทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการขับเคลื่อนก็เป็นช่องทางที่จะช่วยเสริมกันได้กับสื่อกระแสหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. กัญญดา อนุวงศ์, สมหญิง พุ่มทอง, พิษณุภฏ เจริมจรัสโชติ. รายงานการวิจัยการประเมินโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัดสระบุรี, 2551.
2. กัญญดา อนุวงศ์, สมหญิง พุ่มทอง, รายงานการวิจัยการประเมินผลโครงการการศึกษารูปแบบการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use, 2552.
3. กัญญดา อนุวงศ์, สมหญิง พุ่มทอง, พัชรี ดวงจันทร์. รายงานการวิจัยสัมฤทธิ์ผลของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, 2554.

แบบสอบถามเรื่องความรู้ บรรทัดฐานทางสังคมและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชน

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชน ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อรณรงค์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย ขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามจริงและตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ท่านเลือก

คำถามในแบบสอบถามนี้ เกี่ยวกับยาในรูปภาพ

ซึ่งท่านหรือคนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จักมักได้รับจาก

ร้านขายยา คลินิก สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล

1. ท่านเรียก ยาในรูปภาพ ว่ายาอะไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ยาแก้ไอ
☐ ยาฆ่าเชื้อ
☐ ยาปฏิชีวนะ
☐ เรียกชื่ออื่น คือ.....

2. คนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จัก เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน

เรียก ยาในรูปภาพ ว่ายาอะไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ยาแก้ไอ
☐ ยาฆ่าเชื้อ
☐ ยาปฏิชีวนะ
☐ เรียกชื่ออื่น คือ.....

3. คนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จัก มักจะกินยาในรูปภาพ เมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ไข้หรือไม่ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ใช่

4. คนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จัก เริ่มกินยาในรูปภาพ ไว้แต่เนิ่นๆ เมื่อมีอาการไม่สบาย

เพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอ หรือป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยมากขึ้น ไข้หรือไม่ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ใช่

5. คนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จัก มักซื้อยาในรูปภาพ กินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร

เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ไข้หรือไม่ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ใช่

6. เมื่อท่านเป็นหวัด เจ็บคอ ท่านกินยาในรูปภาพ บ้างหรือไม่ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- ☐ ไม่กินเลย ☐ กินเป็นบางครั้ง ☐ กินทุกครั้ง

7. ท่านเริ่มกินยาในรูปภาพไว้แต่เนิ่นๆ เมื่อมีอาการไม่สบาย เพื่อป้องกันหวัด เจ็บคอหรือป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยมากขึ้น บ้างหรือไม่ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

☐ ไม่กินเลย

☐ กินเป็นบางครั้ง

☐ กินทุกครั้ง

8. ท่านซื้อยาในรูปภาพกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สถานีนามัย บ้างหรือไม่ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

☐ ไม่เคยซื้อกินเองเลย

☐ ซื้อกินเองเป็นบางครั้ง

☐ ซื้อกินเองทุกครั้งที่ไม่สบาย

9. ท่านเคยได้ยินคำว่า “เชื้อมีดื้อยา” หรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย

ในความคิดของท่าน คำว่า เชื้อมีดื้อยา หมายความว่าอย่างไร โปรดเขียนอธิบาย

.....

.....

.....

.....

 กรุณกรอกข้อมูลของท่าน

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. การศึกษา

☐ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

☐ มัธยมศึกษา

☐ อนุปริญญา

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

☐ อื่นๆ ระบุ.....

4. อาชีพปัจจุบัน

☐ เกษตรกร

☐ รับจ้างรายวัน

☐ พนักงานบริษัท/โรงงาน

☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

☐ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ ข้าราชการบำนาญ

☐ แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

หากท่านยินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาเขียน ชื่อ เบอร์โทร และที่อยู่

ชื่อ.....นามสกุล.....เบอร์โทร.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

☺ ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

☐-☐☐☐-☐☐

โครงการวิจัยการประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล



ประเด็นการสัมภาษณ์: การประเมินผลของการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ โดยความร่วมมือของทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่

1. ในโครงการนี้มีทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่เป็นใครบ้าง แบ่งบทบาทหน้าที่กันอย่างไร และท่านทำอะไรบ้างในโครงการ/พื้นที่นี้
2. กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการที่ท่านทำคือกลุ่มใด การตอบรับของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างไร
3. กิจกรรมของโครงการมีอะไรบ้าง
4. ผลของกิจกรรมเป็นอย่างไรบ้าง ท่านคิดว่าคนในชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ ตามความเชื่อของท่านหรือจากหลักฐานที่เป็นรูปธรรม (พยายามให้บอกว่าเพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น หรือมีหลักฐานอะไรที่เป็นรูปธรรมบ้าง)
5. ท่านคิดว่าโครงการมีผลอย่างไรต่อการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ในการใช้ยาปฏิชีวนะ เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
6. โครงการที่ท่านดำเนินการ ถือว่าประสบความสำเร็จหรือไม่ ในความคิดของท่านหรือจากหลักฐานที่ปรากฏ ปัจจัยใดหรือกิจกรรมใดในโครงการที่น่าจะเป็นตัวส่งผลทำให้โครงการประสบความสำเร็จดังที่ตั้งเป้าหมายไว้ และอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินการของโครงการ
7. ท่านคิดว่าการทำงานร่วมกันของทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่เป็นอย่างไรบ้าง มีอะไรที่ประทับใจและต้องการเผยแพร่หรือแลกเปลี่ยนกับพื้นที่อื่น และมีอะไรบ้างที่ต้องปรับปรุงแก้ไข
8. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม ที่คิดว่าจะช่วยให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมใหม่ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล

ประเด็นสัมภาษณ์ : ความยั่งยืนของโครงการ ASU

1. ความเกี่ยวข้อง (บทบาท ตำแหน่ง หน้าที่) กับโครงการ ASU ณ ปัจจุบัน (หรือในอดีต) ของผู้ให้ข้อมูล
2. เริ่มดำเนินโครงการ ASU ตั้งแต่ปีใด และมีการดำเนินโครงการต่อเนื่องเรื่อยมาหรือไม่ อย่างไร
3. ใครเป็นผู้ออกแบบกลยุทธ์ หรือ แนวทางการดำเนินโครงการ รูปแบบการทำงาน เป็นอย่างไร ระหว่างการดำเนินโครงการมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ หรือ วิธีการ บ้างหรือไม่ อย่างไร
4. มีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรม หรือไม่ อย่างไร
5. หากมีการประเมินผล ตามข้อ 4
 - 5.1 มีการนำผลการประเมินนั้นไปใช้หรือไม่ อย่างไร
 - 5.2 เคยมีการนำเสนอผลการประเมินต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือไม่ อย่างไร และ ผลตอบรับเป็นอย่างไร
6. หากต้องการให้ ASU ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล จะต้องทำอย่างไร หรือ ต้องได้รับการสนับสนุนในด้านใด จากใคร/องค์กรใด (ตอบ 3-5 ข้อ เรียงลำดับ จาก มากที่สุด)
7. มีอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนิน ASU ในโรงพยาบาลของท่าน และท่านมีความเห็นว่าจะแก้ไขหรือลดอุปสรรคนั้นได้อย่างไร
8. แรงจูงใจที่สำคัญที่จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ ASU คืออะไร
9. โครงการ ASU มีส่วนทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของคณะทำงาน / ผู้เข้าร่วมโครงการ หรือไม่ อย่างไร