รายงานฉบับสมบูรณ์

กลไกและปัจจัยในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

โดยภาคประชาชน

ผู้วิจัย

อ.ดร.พักตร์วิภา สุวรรณพรหม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.ศิริตรี สุทธจิตต์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อ.ดร.ภูริดา เวียนทอง	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ภก.ทัชชัย เรือนแปง	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ภายใต้แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสมในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)ภายใต้แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสมในประเทศไทยประจำปี 2555คณะผู้วิจัยขอขอบคุณโอกาสในการทำงานวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านทั้งทางฝั่งบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ที่มุ่งหวังให้เกิดการดูแลสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และทางฝั่งประชาชนและชุมชนที่เสียสละเวลา และเต็มใจให้ข้อมูลในครั้งนี้ นอกจากนั้นแล้วยังขอบคุณผู้ช่วยวิจัยอันได้แก่ นักศึกษาเภสัชกร และเจ้าหน้าที่ที่ให้ความช่วยเหลือในการสืบค้นข้อมูล และถอดความเสียง ซึ่งทำให้งานชิ้นนี้แล้วเสร็จ

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น และการเรียบเรียงครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความตระหนัก เพิ่มแรงสนับสนุนอย่างเป็นระบบในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของประชาชนเพื่อก่อให้เกิดการใช้ยาและการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผลต่อไป

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมตั้งแตปี ค.ศ.2002 - 2012 และการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน และประชาชนผู้ใช้ยา ในชุมชนที่มีประสบการณ์การสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนร่วมกับการสนทนากลุ่ม เพื่อทบทวนรูปแบบ กลไก หรือ วิธีการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน จากโจทย์ตั้งต้นที่ว่า จะทำอย่างไรเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน ผลการศึกษาพบว่าสำหรับประชาชนทั่วไปนั้นการใช้ยาอย่างเหมาะสมหมายถึงการกินยาเมื่อมีอาการและหยุดเมื่อหมดอาการ และคือการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองเรื่องโรคและยานั้นต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติและแก้ไขปัญหา และแรงจูงใจในการทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆแต่อย่างไรก็ตาม ศักยภาพของประชาชนไม่ได้เกิดขึ้นได้ด้วยแรงผลักดันภายในของประชาชนแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากในสภาวะปัจจุบันประชาชนยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องยาและสุขภาพ หากเปรียบเทียบกับการทำมาหากินเพื่อให้ได้เงินในการดูแลครอบครัวของตนเอง ดังนั้นแล้วหากจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นกลไกหลักที่สำคัญในการดำเนินการ และต้องการการสนับสนุนจากปัจจัยเสริมอีกหลายประการดังต่อไปนี้

1. การสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนผู้ใช้ยา
    - 1.1 จัดระบบข้อมูลเรื่องสุขภาพและการใช้ยาสำหรับประชาชน ที่น่าเชื่อถือ และเข้าถึงได้ง่าย
    - 1.2 ขยายบทบาทของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
    - 1.3 มีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบจัดทำสื่อและการสื่อสารเรื่องสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับผู้รับที่มีความหลากหลายทางบริบท และระดับความฉลาดทางสุขภาพ(health literacy)
    - 1.4 สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มกันของผู้ป่วย หรือประชาชนที่มีความสนใจเรื่องสุขภาพในโรงพยาบาล ศูนย์เรียนรู้ชุมชน หรือ จุดอื่นๆในชุมชน
2. การสร้างเสริมศักยภาพในการทำงานเชิงรุกของบุคลากรทางการแพทย์
    - 2.1 สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ ทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องยาและบริบทการดำเนินชีวิตกับผู้ใช้ยา เพื่อที่จะได้ให้ข้อมูลในการดูแลตนเองเรื่องโรคและยาที่สอดคล้องกับประสบการณ์ และการดำเนินชีวิตประจำวันกับผู้ป่วยเฉพาะราย

2.2 ระบบการศึกษาเพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำให้เกิดการพัฒนาทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเข้าใจเข้าถึงบริบทความเป็นจริงของคนไข้

2.3 จัดการอบรมหรือฝึกปฏิบัติทักษะการทำงานเชิงรุกโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.4 สนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ ให้ได้มีโอกาสได้เรียนรู้ถึงปัญหา และบริบทการใช้ยาในชุมชนครัวเรือนของผู้ใช้ยา อย่างแท้จริง

2.5 จัดเวทีที่ให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มาพบปะกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดประสบการณ์การทำงาน และแนวทางการแก้ไขปัญหา

3. ระบบที่การให้บริการสุขภาพที่สนับสนุนการทำงานเชิงรุกให้บริการแบบเป็นองค์รวม

3.1 การผลักดันนโยบายการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างองค์รวมการให้การบริการแบบปฐมภูมิอย่างแท้จริง

3.2 ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของประชาชนผู้บริโภค

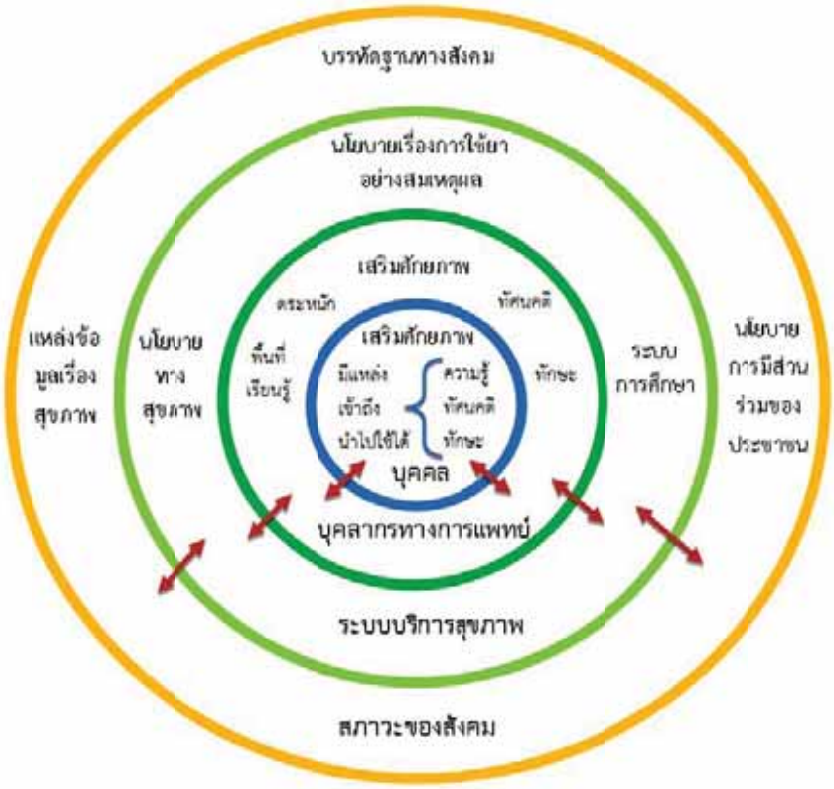
3.3 มีการกำหนดนโยบายด้านระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการทำงานเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรม

3.4 สนับสนุนนโยบายการดำเนินงานเชิงรุกที่ยืดหยุ่น และเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่

3.5 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของระบบประกันสุขภาพ ให้ให้การตอบแทนการดำเนินงานเชิงรุก

4. การสร้างบรรทัดฐานของสังคมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งระบบ ซึ่งหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรงต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

การดำเนินการผ่านกลไกสนับสนุนดังกล่าวข้างต้นควรจะเป็นการทำงานแบบผสมผสานบูรณาการเข้าด้วยกันแบบไม่แยกส่วน ด้วยการให้หน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องมีโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์กันแบบสองทาง เนื่องจากเรื่องของชีวิตคนในสังคมเป็นสิ่งที่ล้วนแล้วแต่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ไม่ได้แยกส่วนกัน ดังภาพสรุปต่อไปนี้


บรรทัดฐานทางสังคม
นโยบายเรื่องการใช้ยา
อย่างสมเหตุผล
เสริมศักยภาพ
ตระหนัก
ทัศนคติ
เสริมศักยภาพ
พื้นที่
เรียนรู้
มีแหล่ง
เข้าถึง
นำไปใช้ได้
ความรู้
ทัศนคติ
ทักษะ
ทักษะ
บุคคล
บุคลากรทางการแพทย์
ระบบบริการสุขภาพ
แหล่งข้อ
มูลเรื่อง
สุขภาพ
นโยบาย
ทาง
สุขภาพ
ระบบ
การศึกษา
นโยบาย
การมีส่วน
ร่วมของ
ประชาชน
สภาวะของสังคม

สารบัญ

บทนำ 1

วัตถุประสงค์ 3

วิธีการศึกษา 5

ผลการศึกษา 7

ส่วนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม 7

1.1 บทนำ 7

1.2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยและประชาชน 8

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล 9

1.3.1 ปัจจัยภายในของผู้ใช้ยา 9

1.3.1.1 การมีความรู้ที่เพียงพอในเรื่องโรคและยา 11

1.3.1.2 ทัศนคติและแรงจูงใจเรื่องสุขภาพ การเจ็บป่วย และยา 14

1.3.1.3 ทักษะการใช้ยา 18

1.3.2 ปัจจัยภายนอกซึ่งเกิดจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมของผู้ใช้ยา 19

1.3.2.1 ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ 19

1.3.2.2 ปัจจัยด้านระบบการให้บริการของสถานพยาบาล 24

1.3.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบยาและระบบสุขภาพ 26

1.3.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสังคม 28

1.4. รูปแบบ กลไก และวิธีการจัดการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน 29

1.4.1 รูปแบบ กลไก และวิธีการในส่วนของประชาชน 32

1.4.1.1 การจัดการเรื่อง*ความรู้*สำหรับประชาชนผู้ใช้ยา 29

1.4.1.2 การจัดการเรื่อง*ทักษะการดูแลตนเอง*เรื่องสุขภาพและยา 34

1.4.1.3 การสร้าง*แรงจูงใจใน*การใช้ยาอย่างสมเหตุผล 37

1.4.1.4 การให้ข้อมูลเรื่องสุขภาพความเจ็บป่วยให้กับประชาชน 40

1.4.2 รูปแบบ กลไก และวิธีการในส่วนของสังคมและชุมชน 41

1.4.3 การพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ 42

1.4.3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับบริบททางครอบครัว สังคม และวิถีชีวิตของผู้ป่วย 43

1.4.3.2 ความตระหนักถึงการมีศักยภาพของคนทุกคน 43

1.4.3.3 ทักษะการสื่อสารที่ดี 43
1.4.3.4 ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย 43
1.4.3.5 สิ่งแวดล้อมในการทำงาน 44
1.4.3.6 ความต่อเนื่องของการทำงานดูแลสุขภาพ 44
1.4.3.7 ความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วย 44
1.4.3.8 การสร้างเสริมศักยภาพและความมั่นใจในการทำงานเชิงรุก 46
1.4.4 การพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในส่วนของระบบยาและสุขภาพ 46
1.4.4.1 กระบวนการเรียนการสอน หรือการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ 47
1.4.4.2 นโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือการให้การบริการแบบปฐมภูมิ 48
1.4.4.3 เป้าหมายการดูแลสุขภาพในระดับประเทศ 48
1.4.4.4 ระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานเชิงรุก 49
1.4.4.5 การดำเนินนโยบายเชิงรุกที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน 51
1.4.4.6 การมีส่วนร่วมของระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย 51
1.4.4.7 การมีส่วนร่วมของระบบประกันสุขภาพ 51
1.4.4.8 ระบบการประเมินผลการทำงาน หรือการวิจัย 52
1.5 ผลลัพธ์และการประเมินผลการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 52

ส่วนที่ 2:การสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องรูปแบบ กลไก หรือกระบวนการเพื่อเพื่อสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนคนไทยในการใช้ยาอย่างเหมาะสม 53
2.1 การให้ความหมายของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 53
2.2 การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและประชาชนเพื่อการส่งเสริมให้คนไทยใช้ยาอย่างสมเหตุผล 55
2.2.1 การทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตและเหตุผลของพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน 55
2.2.2 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานเชิงรุกในชุมชน 58
2.2.2.1 มุมมองเรื่องการใช้ยาของประชาชนเกิดเพราะท่าทีของบุคลากร 58
2.2.2.2 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการเข้าใจปัญหาและบริบทของประชาชน 60

2.2.2.3 คุณลักษณะของบุคลากรด้านสาธารณสุขในการทำงานเชิงรุก 62
2.2.2.4 กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะในการทำงานเชิงรุกของบุคลากรสาธารณสุข 65
2.3 การตั้งโจทย์หรือประเด็นที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงาน 68
2.4 แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของประชาชนเรื่องสุขภาพและการใช้ยา 71
สรุปและอภิปรายผลการศึกษา 73
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 75
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ 77
1. การสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนผู้ใช้ยา 77
2. การสร้างเสริมศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ 78
3.ระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการทำงานเชิงรุกอย่างองค์รวม 80
4. การสร้างบรรทัดฐานของสังคมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 82
ข้อจำกัดของงานวิจัย 82
เอกสารอ้างอิง 83

สารบัญรูป

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา: ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2

รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการศึกษา: ปัจจัยในระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3

รูปที่ 3 ปัจจัยภายในผู้ป่วยที่มีผลต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 10

รูปที่ 4 ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีความรู้ที่เพียงพอและเหมาะสมเรื่องยาและสุขภาพ 11

รูปที่ 5 ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคคล 19

รูปที่ 6 กลไกหรือปัจจัยที่สนับสนุนการใช้ยาอย่างเหมาะสมในภาคประชาชน 76

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational use of drug) เป็นนโยบายหนึ่งที่องค์การอนามัยโลก(1) ให้ความสำคัญ เนื่องจากการสั่งจ่าย ขาย และใช้ยา ไม่เป็นไปตามความเหมาะสมกับการรักษาโรคทางคลินิกของผู้ป่วย ปัญหาการใช้ยามากเกินความจำเป็น น้อยเกินความจำเป็น และใช้โดยไม่จำเป็น ซึ่งเกิดขึ้นโดยทั่วไปในระดับบุคคล จนทำให้เกิดปรากฏการณ์ปัญหาการใช้ยาในระดับสังคม เช่น ปัญหายาเหลือใช้ การรับยาจากบริการทางสุขภาพหลายแห่ง (poly-pharmacy) การเกิดภาวะเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ การใช้ยารักษาตนเอง การซื้อยาจากแหล่งที่ไม่เหมาะสมเช่นจากร้านชำ ตลาดนัด หรือจากรถเร่ หรือการใช้ยาชุดจนเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆตามมา

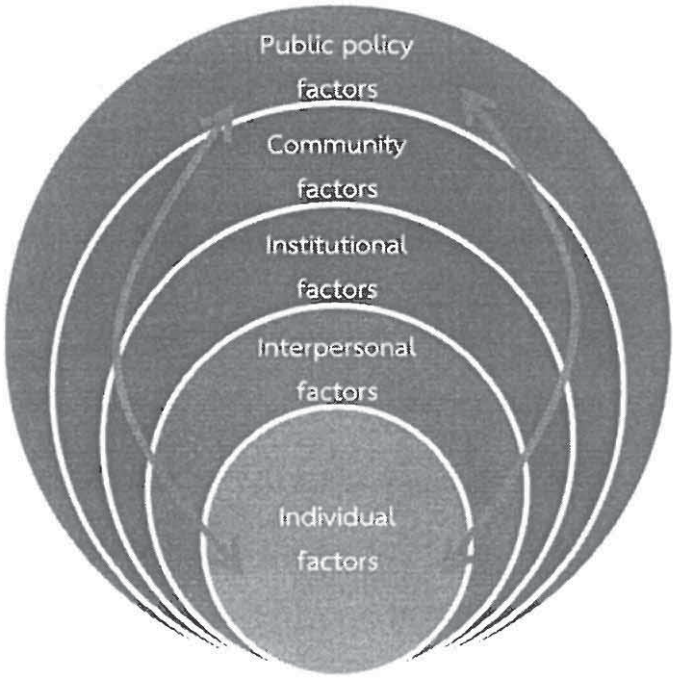
การดำเนินงานเพื่อมุ่งให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนั้นได้ดำเนินการไปอย่างมากในมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย เช่น การประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา หรือการกำหนดรายการยาของโรงพยาบาล เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาของผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นเกิดขึ้นด้วยตัวเองที่บ้านเรือนของผู้ป่วย หรือด้วยการดูแลของญาติ ซึ่งขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ และการพิจารณาของผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ และยังเป็นปัญหาที่ต้องการการพัฒนางานด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภาคประชาชนมากยิ่งขึ้น

นอกจากนั้นยังพบปรากฏการณ์การเรียกซื้อยา สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากร้านยาตลาดนัด หรือร้านชำเพื่อรักษาตนเอง ด้วยข้อมูลจากคนรอบข้างหรือจากโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งหากมองในมุมมองของบุคลากรด้านสาธารณสุขอาจจะเรียกได้ว่าเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผล แต่หากมองในมุมมองของประชาชนเอง การเลือกที่จะทำพฤติกรรมใดๆ มีเหตุผลรองรับเสมอ เพียงแต่เหตุผลนั้นอาจจะแตกต่างจากหลักเหตุผลทางวิชาชีพ เช่นการใช้ยาชุดของคนที่รับจ้าง หรือทำสวนทำนา หาเช้ากินค่ำ การบรรเทาอาการเมื่อยด้วยการกินยาชุดแก้ปวด ซึ่งหาซื้อได้ง่ายในร้านชำเพื่อที่จะสามารถทำงานได้ต่อไป แทนที่จะต้องเสียเวลาเสียเงินไปรับบริการจากโรงพยาบาล (2) จากปัญหาดังกล่าวการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงจำเป็นต้องให้ความสนใจในความคิดเห็น และปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในส่วนของภาคประชาชนด้วย

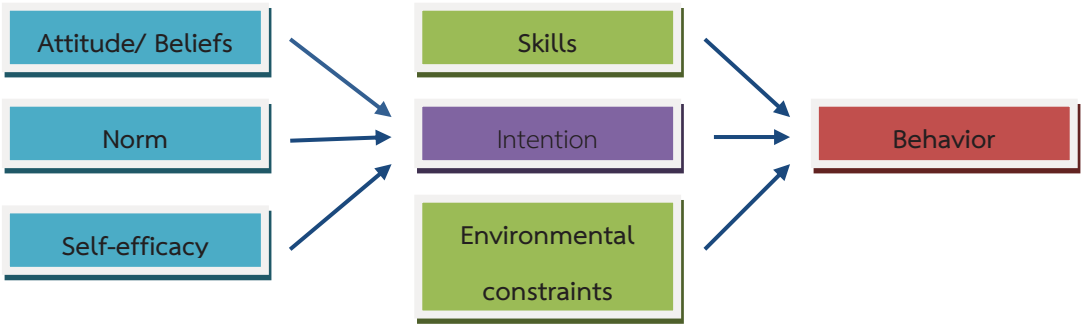
กลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนได้อย่างยั่งยืน คือการสร้างเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลการใช้ยา และผู้ใช้ยามีศักยภาพในจัดการการใช้ยาได้อย่างสมเหตุผลด้วยตนเอง ซึ่งกระบวนการในการสร้างเสริมศักยภาพ (Empowerment) คือกระบวนการ

ที่สร้างเสริมให้บุคคลหรือประชาชนเกิดการพัฒนาทักษะให้เป็นผู้แก้ปัญหาและเป็นผู้ตัดสินใจได้อย่างอิสระด้วยตนเองได้อย่างสมเหตุผล การศึกษาชิ้นนี้จึงได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายในการสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหา รูปแบบ กลไก และวิธีการในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งในภาคประชาชน โดยกรอบแนวคิดของการศึกษานี้อยู่บนพื้นฐานที่ว่าพฤติกรรมเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆหลายระดับ ทั้งในระดับของบุคคล ความสัมพันธ์ของบุคคลรอบตัว ชุมชน สังคม และนโยบายของประเทศ ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันตลอดเวลา(3, 4)ดังนั้นการสร้างศักยภาพการใช้ยาของบุคคลนั้นต้องการองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ทัศนคติ ความเชื่อ ความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง ความรู้ ทักษะ และบริบทสิ่งแวดล้อมรอบตัว (5)

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้อยู่บนพื้นฐานของ Ecological model of health ที่ว่าพฤติกรรมเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆหลายระดับ ทั้งในระดับของบุคคล ความสัมพันธ์ของบุคคลรอบตัว ชุมชน สังคม และนโยบายของประเทศ ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันตลอดเวลา (รูปที่ 1)ดังนั้นการสร้างศักยภาพการใช้ยาของบุคคลนั้นต้องการองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ทัศนคติ ความเชื่อ ความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง ความรู้ ทักษะ และบริบทสิ่งแวดล้อมรอบตัว (รูปที่ 2)



รูปที่ 1: กรอบแนวคิดการศึกษา ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ(3, 4)



รูปที่ 2:กรอบแนวคิดการศึกษา ปัจจัยในระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ
Adopted from Fishbein's Integrative model (5)

จากสมมติฐานดังกล่าว ผู้วิจัยจะใช้การทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษารายละเอียดที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการใช้ยาไม่เหมาะสม และแนวทางการดำเนินงานที่ใช้ความร่วมมือของภาคประชาชนเป็นกลไกที่สำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลหรือการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมในระดับต่างๆ ซึ่งการตอบคำถามงานวิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อค้นหาข้อมูลกับผู้ที่มีประสบการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการใช้ยาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อให้การทบทวนวรรณกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาและรูปแบบในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในระดับชุมชน เพื่อให้ได้เห็นถึงภาพของการพัฒนาที่เป็นระบบโดยรวม ทั้งนี้เพื่อให้ข้อเสนอเชิงนโยบายมีประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนพฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยหรือประชาชน
2. เพื่อทบทวนรูปแบบ กลไก และวิธีการจัดการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยหรือประชาชน
3. เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมกับประเทศไทย ในการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลโดยภาคประชาชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้เป็นการรวบรวมกระบวนการ หรือวิธีการในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเรื่องโรคและยาของผู้ป่วย หรือของภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมและจากการสัมภาษณ์บุคคลฝ่ายต่างๆที่มีประสบการณ์การทำงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชนในด้านสุขภาพ เพื่อสังเคราะห์เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้มี 2 ระยะด้วยกันคือ ระยะที่หนึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงแนวคิด กระบวนการ หรือวิธีการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมภาคประชาชนทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ซึ่ง ข้อมูลที่ได้จะถูกใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับระยะที่สอง ซึ่งคือการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะในแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยภาคประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

คณะผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. งานวิจัยทั้งในรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงระบาดวิทยา การวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงพัฒนา และการวิจัยระบบสาธารณสุข ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศโดยสืบค้นจากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ เช่น PubMed, Embase, ScienceDirect, Scopus, และ Proquestเป็นต้น และจากฐานข้อมูลวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ที่สามารถเข้าถึง ตั้งแต่ปีค.ศ. 2002 จนถึงปัจจุบัน (ค.ศ.2012)

2. รายงานผลการวิจัย วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโทและเอก จากฐานข้อมูลมหาวิทยาลัยทั่วประเทศ และจากฐานข้อมูลของสถาบันวิจัย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รวมถึงวารสารวิชาการต่างๆ เช่น วารสารวิชาการสาธารณสุข

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น:ใช้คำสำคัญเดี่ยว หรือคำสำคัญร่วมกันในการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในการสืบค้น เช่น Patient Empowerment, การเสริมสร้างศักยภาพและ Patient Advocacyร่วมกับคำว่า Diabetes, Hypertension, Cardiovascular Disease และ Mental Health ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ในเบื้องต้นหลังจาก รวบรวม คัดแยกชิ้นงานที่ซ้ำ แล้วเหลืองานที่เข้ารอบแรก 3,214 ชิ้น เพื่อให้คณะผู้วิจัยได้อ่านพิจารณางานวิจัยแต่ละชิ้นต่อไปภายหลังจากการอ่านวรรณกรรมที่คัดเลือกมาจากรอบแรกมีงานที่ตรงกับเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญของงานนี้ จำนวน 978 ชิ้นที่ผู้วิจัยได้อ่าน พิจารณา รวบรวมประเด็น วิเคราะห์ข้อมูล และสังเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนที่มีประสบการณ์ด้านการสร้างความเข้มแข็งของประชาชนด้านสุขภาพเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์การดำเนินงาน แนวคิด และแนวทางการดำเนินงานเพื่อใช้ในการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนชุมชนตัวอย่างคือ กลุ่มฮักเมืองน่าน (อำเภอเมือง จังหวัดน่าน) กลุ่มข่วงผญาบ้านจุ่มเมืองเย็น (จังหวัดเชียงราย) ชุมชนตำบลหนองหาร อำเภอสันทรายจังหวัดเชียงใหม่ และกลุ่มเภสัชกรปฐมภูมิภาคเหนือ จากนั้นแล้วผู้วิจัยเข้าสัมภาษณ์ตัวแทนบุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และตัวแทนของประชาชนของแต่ละชุมชน เพื่อสอบถามถึงแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภาคประชาชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึงโครงสร้าง (Semi-structural interview) หากเป็นการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวเช่นการสัมภาษณ์ตัวแทนกลุ่มฮักเมืองน่าน และตัวแทนกลุ่มเภสัชกรปฐมภูมิภาคเหนือและใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group interview) กับกลุ่มคนที่สะดวกที่จะให้สัมภาษณ์พร้อมกัน เช่นที่กลุ่มข่วงผญาบ้านจุ้มเมืองเย็น และชุมชนตำบลหนองหาร

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่ากระบวนการดำเนินงานของงานวิจัยนี้ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและไม่มีภยันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด ณ วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เลขที่ 25/2555

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ถูกถอดความ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา(Content analysis) และเรียบเรียงบทสรุปที่ได้

ผลจากการศึกษาระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 จะนำมาสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชน ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่องรูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยภาคประชาชนจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ผลการทบทวนวรรณกรรม และผลของการสัมภาษณ์บุคลากรและประชาชน

ส่วนที่ 1: การทบทวนวรรณกรรมเรื่องการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาอย่างเหมาะสม

คณะผู้วิจัยนำเสนอผลของการทบทวนวรรณกรรมเป็น 5ตอนด้วยกันคือ บทนำ พฤติกรรมการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล รูปแบบ กลไก หรือกระบวนการที่ทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยภาคประชาชนและผลลัพธ์และการประเมินผลการเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาและดูแลสุขภาพ

1.1. บทนำ

เมื่อเจ็บไข้ไม่สบาย ยาเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้คนในความพยายามที่จะหายจากอาการเจ็บป่วย บางคนอาจจะเลือกที่จะถามซื้อยาจากร้านยา บางคนอาจจะเลือกที่จะพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือคลินิก หรือบางคนอาจจะเลือกที่จะไม่ทำอะไรเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สมดุลด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เลือกที่จะรับบริการสุขภาพที่ร้านยาหรือโรงพยาบาล ภายหลังจากการวินิจฉัยโรค การใช้ยาของผู้ป่วยนั้น ไม่ได้เกิดที่สถานพยาบาลที่มีการดูแลอย่างใกล้ชิดของบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่การใช้ยานั้นเกิดขึ้นด้วยตัวเองที่บ้านเรือนของผู้ป่วย หรือด้วยการดูแลของญาติ ซึ่งขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ และการพิจารณาของผู้ป่วยเองเป็นสำคัญดังนั้นแล้วจึงมีโอกาสในการเกิดการการใช้ยาผิด ใช้ยาเกิน ไม่ถูกต้องตามที่แพทย์ระบุใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย หรือเกิดการเสี่ยงต่อใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง ไม่สมเหตุผลได้

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่าใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational use of medicines) ไว้ว่าคือการที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาในราคาที่ถูกที่สุดที่แต่ละคนหรือแต่ละชุมชนจะมีกำลัง

จ่ายได้ (6) นอกจากนั้นได้จัดทำแนวทางในการสืบค้นปัญหาของการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และ กลยุทธในการสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพื่อให้ประเทศต่างๆได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน(7)

สำหรับประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายหลายด้านเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาให้สมเหตุสมผล เช่น การกำหนดบัญชียา การดำเนินการให้คำปรึกษาเรื่องยา หรือการทำความสอดคล้องต่อเนื่องด้านยา เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีการจัดการระบบเพื่อให้การใช้ยาในสถานบริการสุขภาพถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เช่น โครงการสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา หรือการกำหนดรายการยาของโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นความพยายามในมุมมองของผู้ให้บริการ นอกจากนั้นแล้วเครือข่ายวิจัยระบบยา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ให้คำนิยามของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ว่า "เลือกยาที่มีความเหมาะสม มีความคุ้มค่าทางการแพทย์ และมีความรู้ความเชี่ยวชาญที่จะสามารถเลือกใช้ยาและให้ความรู้ที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย"(8) และให้คำนิยามในมุมมองของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการให้คำนิยามของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะแตกต่างกันตามบุคคล และบทบาทของบุคคลนั้นต่อระบบยาและการใช้ยา

สำหรับในมุมมองของผู้ป่วยหรือประชาชน คำนิยามของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลคือ ***"ใช้ยาหรือไม่ได้ใช้ยาด้วยความเหมาะสม มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย และมีความรู้ในยาที่ผู้ป่วยใช้และสามารถจัดการตนเองได้ในเบื้องต้น"*** (8)

1.2. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยและประชาชน

เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน วิธีการหนึ่งที่ทำได้คือการสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนที่บ้านเรือนของตนเอง หรือการสำรวจยาเหลือใช้ในครัวเรือน ว่ามีการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างไร มีทัศนคติต่อการใช้ยาอย่างไร และประชาชนมีการจัดการกับยาที่ได้รับจากแหล่งต่างๆอย่างไร จากการสำรวจยาเหลือใช้ในครัวเรือน ในจังหวัดเชียงใหม่(9)และการสำรวจการใช้ยาในกรุงเทพมหานครฯ (10)พบว่าในบ้านเรือนต่างก็มียาเหลือใช้ แม้ว่าเป็นการสำรวจประชากรกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คืออายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ในเขตชนบทประชาชนส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพทั่วหน้า และส่วนใหญ่ใช้บริการที่สถานบริการแห่งเดียวคือโรงพยาบาลของรัฐบาล และสถานีอนามัย (9) แต่ประชาชนในเขตเมืองมีสัดส่วนของผู้ใช้สิทธิเบิกข้าราชการที่มากกว่า และมีโอกาสที่จะใช้บริการสุขภาพที่ซ้ำซ้อนมากกว่า(10)อย่างไรก็ตามปัญหาจากการ

ใช้ยาที่เกิดขึ้นกับประชาชนนั้นไม่แตกต่างกันคือ ***ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย*** เช่นการเก็บรักษายาที่ไม่เหมาะสมซึ่งอาจจะทำให้ยาเสื่อมสภาพ การมียาเหลือใช้ในครอบครองมากเกินปริมาณที่จำเป็นจนถึงวันนัดครั้งต่อไป การใช้ยาไม่สอดคล้องกับที่ฉลากยาระบุ หรือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเกิดจากการลืมหรือตั้งใจปรับเปลี่ยนการใช้ยา การไม่มีวันนัดแพทย์ที่แน่นอนทำให้ไม่ไปพบแพทย์ตามกำหนด การมียาขาด หรือมียาไม่เพียงพอต่อการใช้จนถึงวันนัดแพทย์ครั้งต่อไป (9, 10)และ***ปัญหาที่เกิดจากระบบการให้บริการ*** ซึ่งจะกล่าวถึงในส่วนต่อไป

หากประเมินจากมูลค่ายาที่เหลือค้างในครัวเรือนคิดเป็นมูลค่า 200-250 บาทต่อคน (9, 10) ซึ่งมูลค่ายาดังกล่าวนั้นสูงกว่ามูลค่าของยาที่ได้จากการให้ผู้ป่วยนำมาให้เภสัชกรดูที่โรงพยาบาล ซึ่งมีมูลล่าประมาณ 121 บาทต่อคน (11)ยาส่วนใหญ่ที่เหลือใช้เป็นยาสำหรับโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น แต่หากพิจารณายาสำหรับรักษาโรคทั่วไปไม่จำกัดเฉพาะยาสำหรับโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง มูลค่าของยาที่เหลือค้างในครัวเรือนจะคิดเป็นประมาณ 32 บาทต่อครัวเรือน (12)ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดำเนินการของโรงพยาบาลในการจัดการต่อปัญหายาเหลือใช้ โดยการนำยาที่เหลือกลับมาที่โรงพยาบาลนั้นเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดจากยา แต่จะเห็นว่าไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือ หรือเห็นความสำคัญกับการนำยากลับคืนโรงพยาบาล ดังนั้นแล้วสำหรับเภสัชกรผู้ดูแลเรื่องยา หรือบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าไปช่วยเหลือดูแลเรื่องยาให้กับผู้ป่วยที่บ้านเรือนน่าจะเป็นประโยชน์มากกว่า

นอกเหนือจากการใช้ยาแผนปัจจุบันที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพแล้ว ประชาชนยังมีการซื้อยารับประทานเองจากร้านชำ มีการซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพจากตลาดนัด รถเร่ หรือสั่งซื้อจากการขายตรง ตามที่ได้ฟังโฆษณาวิทยุ หรือจากเคเบิลทีวี เพื่อการบำรุงสุขภาพ รักษาโรคร่วมกับยาแผนปัจจุบัน หรือบางคนใช้เพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบัน(9, 13, 14)

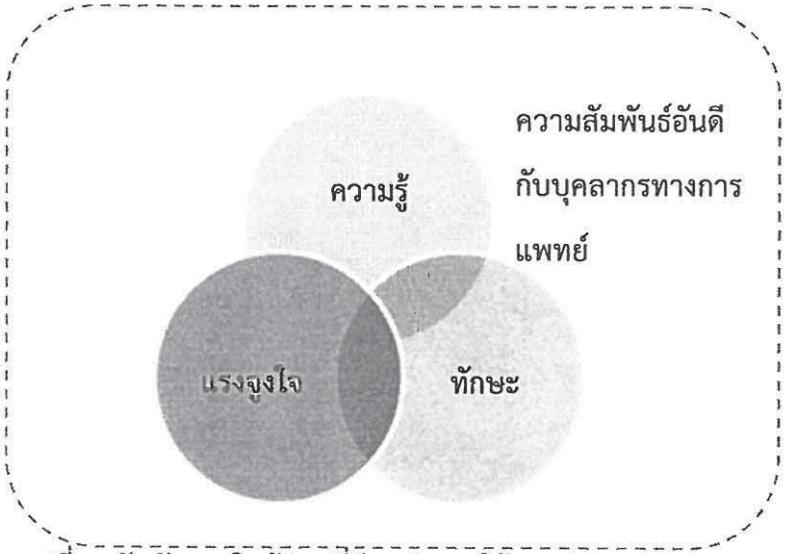
1.3. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย คณะผู้วิจัยแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 2 ด้านตามแนวคิดของ Ecological model of Health ที่อธิบายว่าพฤติกรรมการแสดงออกเรื่องสุขภาพเกิดจากทัศนคติความนึกคิด ความรู้ หรือลักษณะเฉพาะตัวบุคคลนั้น และบริบทของสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอกของบุคคลนั้น(3, 4)

ดังนั้นแล้วในส่วนนี้จะนำเสนอแยกเป็น ปัจจัยภายในซึ่งเกิดจากตัวของประชาชนผู้ใช้ยา และปัจจัยภายนอกของผู้ใช้ยา ซึ่งจะแบ่งออกเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ สถานพยาบาล ระบบบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

1.3.1 ปัจจัยภายในของผู้ใช้ยา

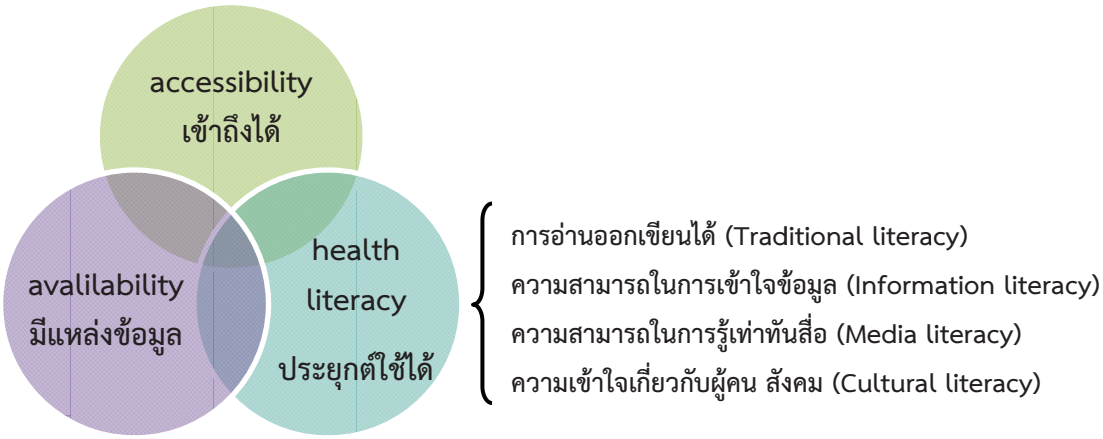
ผู้ป่วย หรือประชาชนผู้ใช้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการใช้ยา จากนิยามของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจากมุมมองของประชาชน ***"ใช้ยาหรือไม่ได้ใช้ยาด้วยความเหมาะสม มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย และมีความรู้ในยาที่ผู้ป่วยใช้และสามารถจัดการตนเองได้ในเบื้องต้น"***(8) นั้นตั้งอยู่บนความคาดหวังว่าผู้ใช้บริการหรือประชาชนต้องมีความศักยภาพในการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมและสามารถดูแลจัดการตนเองในเบื้องต้นได้ ซึ่งศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพนั้นจะเกิดขึ้นได้ด้วยองค์ประกอบหลายส่วนคือ1) ความรู้ในเรื่องดังกล่าว(informed)2) มีทักษะในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพและสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น(skillful)และ3) มีความต้องการหรือมีแรงจูงใจ (motivated) ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว (15-17) นอกจากนั้นแล้วยังต้องการการสนับสนุนและความสัมพันธ์อันดีกับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากในเรื่องสุขภาพและการใช้ยาบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจใช้ยาและสร้างเสริมสุขภาพ เป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและช่วยพัฒนาทักษะในการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (16)ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3: ปัจจัยภายในผู้ป่วยที่มีผลต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1.3.1.1การมีความรู้ที่เพียงพอในเรื่องของโรคและยา

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีแหล่งข้อมูลความรู้เรื่องสุขภาพมากมายไม่ว่าจะเป็นทางหนังสือ สื่อต่างๆ และทาง อินเตอร์เน็ท แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น หรือยาที่ได้รับทำให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ที่ระบุบนฉลากยาจากงานวิจัยพบว่า ในการสำรวจผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33 ของผู้ป่วยคาดหวังว่าจะหายจากโรคนี้ ร้อยละ 38 ของผู้ป่วยคาดว่าตนเองจะไม่ต้องกินยารักษาความดันไปตลอดชีวิต และ ร้อยละ 23 กินยาเพียงเมื่อมีอาการ (18) แม้ว่าจะมีความคลาดเคลื่อนเรื่องความรู้เรื่องโรคและยา ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ไม่ได้เพิกเฉยต่อความไม่รู้ แต่ได้พยายามเสาะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ และคาดหวังว่าแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะให้ข้อมูลกับเขาในเรื่องการรักษาความดันโลหิตสูง



รูปที่ 4: ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีความรู้ที่เพียงพอและเหมาะสมเรื่องยาและสุขภาพ

การที่แต่ละคนจะมีความรู้ที่เพียงพอในการดูแลการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยตนเองได้หรือไม่นั้นก็ประกอบด้วยหลายปัจจัย ขึ้นกับว่า 1) บุคคลนั้นเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือไม่(accessibility) 2) มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเข้าใจง่ายสำหรับประชาชนหรือไม่ (availability) และ 3) มีความสามารถในการทำความเข้าใจและนำข้อมูลนั้นไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่(health literacy)(19, 20)ดังแสดงในรูปที่ 4 จึงแม้ว่ามีการให้ข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆแล้ว ความรู้ในการดูแลตนเองด้านโรคและยาของประชาชนก็ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากข้อจำกัดที่แบ่งตามแหล่งข้อมูลดังต่อไปนี้

แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ผู้ป่วยให้ความเชื่อถือมากที่สุด (21, 22)เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นก็เนื่องจากในกระบวนการรับการรักษา แพทย์มีเวลาน้อยในการพูดคุยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยแต่ละคน

ในขณะที่***ผู้ป่วยก็มีความเกรงใจแพทย์***เนื่องจากมีผู้ป่วยมารอรับบริการมากทำให้ไม่กล้าที่จะซักถามข้อมูล (23) นอกจากนั้นแล้วในขณะที่พบแพทย์ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมี***ความกังวล เครียด*** ไม่รู้ว่าจะถามหรือพูดคุยอะไรกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และ ***ไม่รู้ว่าตนเองควรจะรู้เรื่องอะไรบ้าง***(23, 24) นอกจากการนั้นแล้วข้อมูลจากแหล่งบุคลากรทาการแพทย์ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ศัพท์การแพทย์ หรือใช้ภาษาที่ยากต่อการทำความเข้าใจทำให้***ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาทางการแพทย์***ได้ (23, 24)

เอกสารแผ่นพับ หรือคู่มือสำหรับผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้นำมาใช้เพื่อลดปัญหาการไม่มีเวลาในการให้ข้อมูลเรื่องโรคและยากับผู้ป่วย ซึ่งมีข้อดีคือทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสนำข้อมูลไปศึกษาด้วยตนเองเมื่อมีเวลาว่างหรือที่บ้าน แต่ปัญหาที่เกิดคือการให้ข้อมูลในเอกสารส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่สำคัญในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ที่บุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยแต่***ไม่ได้รวมข้อมูลที่ผู้ป่วยสนใจทั้งเนื้อหา และรูปแบบ*** เพราะเป็นการให้ข้อมูลที่ไม่น่าสนใจสำหรับผู้ป่วย เพราะเต็มไปด้วยตัวหนังสือ ขาดการใช้รูปภาพประกอบที่เหมาะสมที่ และขาดการประมวลมุมมองด้านสังคม ประสบการณ์ชีวิต และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ที่ทำให้เรื่องราวที่ส่งมอบไปไม่ดึงดูดความสนใจ หรือไม่ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ทำให้สำหรับผู้ป่วยแล้ว***รู้สึกว่าเอกสารให้ความรู้ที่แจกให้ไม่น่าสนใจ เข้าใจยาก และไม่ช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ป่วย อย่างที่บุคลากรทางการแพทย์ตั้งใจไว้***(25)

อินเตอร์เน็ทเป็นแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว เป็นแหล่งข้อมูลแรกๆที่ประชาชนใช้เป็นแหล่งแรกในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ(26-28) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนวัยหนุ่มสาว มีการศึกษาและอาศัยในเขตเมือง อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยแล้วแหล่งข้อมูลอินเตอร์เน็ทก็มีข้อจำกัดที่สำคัญคือ***ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล*** เนื่องจากเว็บไซต์ส่วนใหญ่ที่คนคุ้นเคยมีวัตถุประสงค์เพื่อความบันเทิง คนจำนวนหนึ่งไม่ทราบว่าจะหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือจากแหล่งใด และเว็บไซต์ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อธุรกิจ จึงไม่ทราบว่าจะประเมินได้อย่างไรว่าแหล่งข้อมูลไหนน่าเชื่อถือ (26, 27, 29)จากการประเมินก็พบว่าบนอินเตอร์เน็ทยัง***มีแหล่งข้อมูลทางการแพทย์สำหรับประชาชนที่น่าเชื่อถือจำนวนน้อย***มาก ส่วนใหญ่มีการโฆษณาร่วมด้วย ซึ่งก่อให้เกิดอคติของข้อมูลได้(26, 30) ถึงแม้ว่าในเว็บไซต์ของหน่วยงานต่างๆที่ให้ข้อมูลทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือพบว่า***ข้อมูลก็ถูกเขียนจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้เขียน โดยไม่ได้พิจารณาถึงความต้องการหรือมุมมองของผู้ป่วยหรือผู้อ่าน*** จึงทำให้การส่งสารไม่มีประสิทธิภาพดังเช่นที่กล่าวมาข้างต้น (28)นอกจากนั้นแล้วข้อมูลทางอินเตอร์เน็ทไม่ใช่แหล่งข้อมูล ที่กลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตชนบท และมีการศึกษาน้อยจะเลือกในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ คนกลุ่มนี้นิยมใช้แหล่งข้อมูลอื่นเช่นจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีความน่าเชื่อถือมากกว่า(31)

นอกเหนือจากแหล่งข้อมูลแล้ว ผู้ป่วยยังต้องมี**ความฉลาดด้านสุขภาพ (health literacy)** หรือ ความสามารถของผู้ป่วยหรือประชาชนในการแสวงหา วิเคราะห์ และทำความเข้าใจกับข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพเพื่อที่จะได้นำไปใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจ ใช้ประโยชน์ข้อมูลนั้นต่อไป (32)ซึ่งในที่นี้มิได้หมายเพียงแค่ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ แต่รวมถึงทักษะหลายๆด้าน เช่น การฟัง การจับใจความ การเข้าใจในเนื้อหา การวิเคราะห์ การตัดสินใจ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม นอกจาก***ไม่สามารถเสาะแสวงหา และทำความเข้าใจกับข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้***แล้ว การที่ประชาชนมีทักษะเรื่อง health literacy ในระดับต่ำ จะทำให้***ผู้ป่วยไม่มั่นใจในตนเอง ไม่อยากที่จะถามคำถาม ไม่กล้าที่จะพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์***เมื่อมีปัญหาในขณะใช้ยาและรักษาโรค ผลที่ตามมาคือประชาชนจึงไม่สามารถดูแลตนเองเรื่องโรคและยาได้ตามความคาดหวังของบุคลากรทางการแพทย์ (33)

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประชาชนมีแนวโน้มที่จะใช้ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ เช่นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรค เนื่องด้วย***ความเชื่อของผู้ป่วยที่เข้าใจต่อๆกันมาว่า การกินยาฝรั่งนานๆจะเป็นอันตรายต่อตับและไต*** และจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา จึงทำให้ประชาชนพยายามที่จะแสวงหาผลิตภัณฑ์ทางเลือกต่างๆมาใช้เพื่อบำรุงร่างกาย หรือบางกรณีเพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบัน (9, 13, 14, 34) ความเชื่อดังกล่าวถูกกระตุ้นซ้ำด้วยจากการ***ถูกชักจูงผ่านการโฆษณาในรูปแบบต่างๆ*** โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เทคนิคการใช้แล้วดีก็บอกต่อเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับผลิตภัณฑ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากลองมากยิ่งขึ้น ประชาชนส่วนหนึ่งมีการซื้อหาผลิตภัณฑ์ที่โฆษณามาใช้โดยเข้าใจว่า ข้อมูลที่ได้รับจากวิทยุเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และน่าจะมีการพิจารณากลั่นกรองข้อมูลจากหน่วยงานรัฐบาลมาเรียบร้อยแล้ว (13, 35)ดังนั้นแล้วความฉลาดด้านสุขภาพจึงต้องการมากกว่า การมีการศึกษาที่จะอ่านออกเขียนได้ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูล (information literacy)แต่ยังต้องการความสามารถในการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของสื่อ(media literacy) ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้คน สังคมและวัฒนธรรม(cultural competency) และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพของสังคม อีกด้วย (20, 35) ซึ่งทักษะเหล่านี้มีความจำเป็นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องตระหนัก และนำไปใช้ในการพัฒนากระบวนการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองเรื่องยาและสุขภาพ อย่างสมเหตุผลให้กับประชาชน

ไตแล้วเสียชีวิต ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเนื่องจากมีอาการจากโรคที่เป็น หรือ รู้สึกว่าสังคมไม่ยอมรับและอาจเข้าใจว่าเป็นโรคเอดส์เพราะมีอาการคล้ายกับโรคดังกล่าว เป็นต้น(36)มุมมองต่อโรคที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลต่อการรักษาโรค ทำให้ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษาที่แพทย์พิจารณาว่าเหมาะสมกับตัวผู้ป่วย และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจมุมมองและแนวคิดของผู้ป่วยก็อาจจะเกิดความไม่พึงพอใจ ไม่เข้าใจกัน และ นำไปสู่รักษาโรคด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสมได้

2) **ทัศนคติต่อยา**ทัศนคติของผู้ป่วยต่อยา และการให้ความหมายของการกินยาก็ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกันกับทัศนคติต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย ในสังคมบริโภคนิยม***ความหมายของยาจึงมากกว่าสิ่งที่มีไว้เพื่อรักษาโรคและการเจ็บป่วย*** แต่การบริโภคยาจะถูกเลือกจากค่านิยมหรือสิ่งบ่งบอกสถานะของคนคนนั้นในสังคม เช่นการเลือกใช้ยาของคนชั้นกลางถึงสูงอาศัยในเขตเมืองที่มีฐานะ จะเลือกบริโภคยาที่ทันสมัย ต้องเป็นยาทีผลิตจากต่างประเทศ ผลิตอย่างได้คุณภาพ มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยมากว่าสินค้าอื่นที่ใช้รักษาโรคได้เหมือนกัน และโฆษณาส่งเสริมการขายมีอิทธิผลอย่างมากต่อความต้องการในการบริโภคยาของคน (35) จึงทำให้***คนในเมืองที่มีฐานะเลือกใช้ยาที่นอกจากจะรักษาอาการแล้วยังเป็นสิ่งบ่งบอกสถานภาพ หรือรสนิยมของตนเอง*** ด้วยการใช้ยาต้นแบบ(original drugs) ผลิตจากบริษัทต่างประเทศ แม้ว่ายาจะมีราคาแพงมากกว่ายาสามัญ ที่ออกฤทธิ์ได้ไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นการเลือกใช้ยายังเกิดจากความเชื่อเรื่องความแรงของยา ***สำหรับคนในเมืองหรือคนในชั้นกลางถึงสูง ยาแรงหมายถึงยาที่ออกฤทธิ์มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย*** ด้วย จึงทำให้คนเมืองตัดสินใจใช้ยาที่แตกต่างกับ คนในชนบท หรือใน***กลุ่มผู้ใช้แรงงาน ที่เชื่อว่ายาแรงคือยาที่ใช้แล้วหายได้รวดเร็ว เพื่อทำงานได้ตามปกติ*** แต่ไม่ได้พิจารณาเรื่องความปลอดภัย จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่คนกลุ่มนี้ซื้อและใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือย แต่ไม่ต่อเนื่อง เมื่อหายจากอาการก็หยุดใช้ยา(2, 35)

สำหรับยาที่ใช้ในโรคเรื้อรัง เช่นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน ***ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ถึงความต้องการที่จะใช้ยาอย่างต่อเนื่อง แต่ยาก็คือยาที่ใช้ในการรักษาโรคและความเจ็บป่วย*** จึงใช้ยาเมื่อมีอาการไม่สบาย มีอาการปวดมึนศีรษะ หรือมีน้ำตาลสูง ***เมื่ออาการดีขึ้นก็หยุดกินยา*** หากมีการผิดปกติก็กลับไปใช้ยาได้อีก จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนการกินยาสำหรับโรคเรื้อรัง (35) นอกจากนั้นผู้ป่วยยัง***เข้าใจว่าการกินยาจำนวนมาก ติดต่อกันนานๆ จะเกิดอันตรายต่อตับ ไต*** จึงป้องกันด้วยการหยุดยาด้วยตนเองหรือเลี่ยงการกินยาบางมื้อบางวันนอกจากนั้นแล้วการใช้ยาอย่างไม่

ต่อเนื่องเกิดจากการหลงลืมการกินยา หรือการที่ต้องเดินทางออกจากบ้านเพื่อร่วมงานของชุมชน หรือแม้แต่การไม่อยากกินยาเนื่องจาก สี ขนาด และรูปลักษณ์ของยา (9, 12)

3) ทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ สมุนไพร และแพทย์ทางเลือกสำหรับประชาชนทั่วๆไปแล้ว อาหารเสริมสุขภาพ สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือก ก็จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับยา เพราะเป็นสิ่งบำรุงสุขภาพ ที่ผู้เจ็บป่วยและผู้สูงอายุควรที่จะต้องแสวงหามาดูแลร่างกายของตนเอง และเนื่องจากการจัดกลุ่มของสินค้าเหล่านี้ ไม่ใช่ยา จึงไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสินค้าที่ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจใช้ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องผ่านความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ยิ่งไปกว่านั้นเนื่องจากข้อจำกัดของกฎหมายทำให้ผู้ขายใช้โอกาสในการกระตุ้นความต้องการ ในการบริโภคได้ง่ายมากกว่า (35) ด้วยการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ (13)

สำหรับผู้บริโภคแล้วการตัดสินใจใช้อาหารเสริมสุขภาพเกิดจากเหตุผลนาๆ นับประการ สำหรับคนที่อยู่ในสังคมเมือง การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเกิดจาก ***ความรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ มีความเครียดสูงจากการดำเนินชีวิต มีเวลาพักผ่อนและออกกำลังกายน้อย จึงต้องบริโภคสิ่งสร้างเสริมสุขภาพเพื่อช่วยบำรุงร่างกาย*** ไม่ให้ร่างกายทรุดโทรม ซึ่งเป็นค่านิยมของคนเมือง ซึ่งยินยอมที่จะซื้อมาบริโภคแม้ว่าจะมีราคาแพงอย่างไรก็ตาม สำหรับคนชั้นกลางถึงล่าง อยู่ในชั้นแรงงาน และคนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเชื่อการเชื้อเชิญของโฆษณา จะ***ซื้อผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพเพื่อทดลองใช้ดู ว่าเหมาะสำหรับตนเองหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลก็เลิกใช้ไป*** และยินดีที่จะลองใช้ผลิตภัณฑ์ชนิดใหม่ตามคำแนะนำของผู้อื่น และใช้เพื่อบำรุงร่างกาย และใช้ร่วมกับยารักษาโรคเรื้อรัง (เพื่อป้องกันไม่ให้ใช้ยาแผนปัจจุบันนานๆ ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อตับไต) (9, 13, 35)นอกจากนั้นแล้วสำหรับผู้สูงอายุการใช้สมุนไพรผลิตภัณฑ์เสริมอาหารยังเป็นไปเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ***เพื่อจะได้ไม่เจ็บป่วยและเป็นภาระของลูกหลาน***ต่อไป และด้วย***ความเชื่อว่าสมุนไพรเป็นยาที่มาจากธรรมชาติจึงเชื่อว่าจะมีความปลอดภัยมากกว่ายาที่ได้จากการสังเคราะห์***(14, 34)

4) ความต้องการหรือแรงจูงใจในการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับประชาชนทั่วๆไป ทุกๆคนมี***ความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และมีสุขภาพที่ดี เพื่อที่จะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ไม่ต้องการที่จะมีการเจ็บป่วยที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและสังคม หรือเป็นภาระกับครอบครัวและสังคม*** ปรากฏการณ์ทางสังคมหลายประการได้แสดงให้เห็นว่าคนทั่วไปมีความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดี โดยการพยายามดูแลสุขภาพและใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยตามสภาวะหรือบริบทของแต่ละคน ดังจะเห็นได้จาก การทดลองใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และ สมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกาย

ในผู้ที่ป่วยและไม่ป่วย การรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือชมรมเพื่อดูแลตนเองเรื่องสุขภาพ การสืบค้นข้อมูลเรื่องโรคและยาทางหนังสือสุขภาพต่างๆและทางอินเตอร์เน็ทหรือการไปพบหมอพื้นบ้านเพื่อให้ช่วยรักษาความเจ็บป่วย เป็นต้น (38)

เมื่อให้โอกาสประชาชนในการแสดงความคิดเห็นในมุมมองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ จะเห็นได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่บอกได้อย่างชัดเจนว่าเขาต้องการให้การบริการสุขภาพเป็นอย่างไร แม้แต่การที่ผู้ป่วยบางกลุ่มปฏิเสธการรักษา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ก็เนื่องจากเหตุผลหลายประการ เช่น ผู้ป่วยยังมีข้อมูลไม่เพียงพอในการตัดสินใจ รู้สึกเครียดและกังวลกับโรคและความเจ็บป่วยทำให้ยังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ ยังไม่เห็นถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการรักษา เป็นต้น (9, 12, 39, 40)

ปรากฏการณ์ทางสังคมเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความปรารถนาที่จะดูแลสุขภาพของตนเองด้วยตนเองของประชาชนประกอบกับการถูกกระตุ้นด้วยการโฆษณาของระบบบริโภคนิยมที่ทำให้ผู้บริโภคมีอำนาจทางการซื้อสินค้าบริการที่หลากหลาย ร่วมกับระบบกฎหมายข้อบังคับที่ไม่รัดกุม จึงทำให้พฤติกรรมเหล่านี้เห็นได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น(35)การพิจารณาตัดสินใจเลือกดูแลสุขภาพด้วยพฤติกรรมเหล่านี้ผู้บริโภคจะพิจารณาตัดสินใจจากข้อมูลต่างๆที่ตนมีอยู่ ประกอบกับผลกระทบที่จะเกิดกับการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งมีความสมเหตุผลด้วยชุดเหตุผลของผู้บริโภคเอง (41)หากเพียงแค่พฤติกรรมการดูแลตนเองเหล่านี้อาจจะไม่ตรงกับความคาดหวังกับสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์รับรู้และไม่ตรงกับแนวทางการรักษาที่บอกว่าอะไรเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยพึงกระทำ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ตัดสินว่าบุคคลที่มีลักษณะเหล่านี้ว่า ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา แต่หากบุคลากรทางการแพทย์ได้พิจารณาถึงเหตุผลต่างๆในมุมมองของผู้ป่วยด้วยจิตใจที่ละเอียดอ่อน พร้อมกับนำสิ่งที่ได้มาประกอบในการให้ข้อมูลและจูงใจประชาชนในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เหมาะสม เข้าใจง่าย และเหมาะกับบริบทของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในการตัดสินใจของตนเอง และทำให้การใช้ยาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยก็จะเป็นไปได้อย่างสมเหตุผลของทั้งสองฝ่าย (37)

5) ทัศนคติและความไว้วางใจต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษา

ความไว้วางใจ (trust) การมีทัศนคติที่ดี และ การมีความสัมพันธ์อันดีต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษา เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการที่ผู้ป่วยจะยินดีที่จะเข้าพบ ให้ข้อมูล และ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพและการใช้ยา (19, 42)สำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ

ผู้สูงอายุนั้นมีความไว้วางใจต่อแพทย์ และเคารพการตัดสินใจของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สูงมาก (21, 22)ซึ่งความไว้วางใจหรือทัศนคติที่ดีจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อทั้งฝ่ายผู้ป่วยและฝ่ายผู้ให้การรักษาได้พบเจอกัน มีปฏิสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง(16, 19, 21, 42) ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีการหมุนเวียนกำลังคนของแพทย์ผู้ให้การรักษาก็ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นภาระงานที่มาก จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลจำนวนมากทำให้แพทย์มีเวลาในการสนทนาพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ น้อยก็ทำให้แพทย์ไม่มีเวลารับฟังเรื่องราวของผู้ป่วย ทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ให้บริการได้ และทำให้ส่งผลกระทบต่อการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการมอบหมายให้พยาบาล เภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่มีเวลาในการพูดคุย สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้มากกว่า ได้เข้ามาเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย หรือเป็น Case manager ก็จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

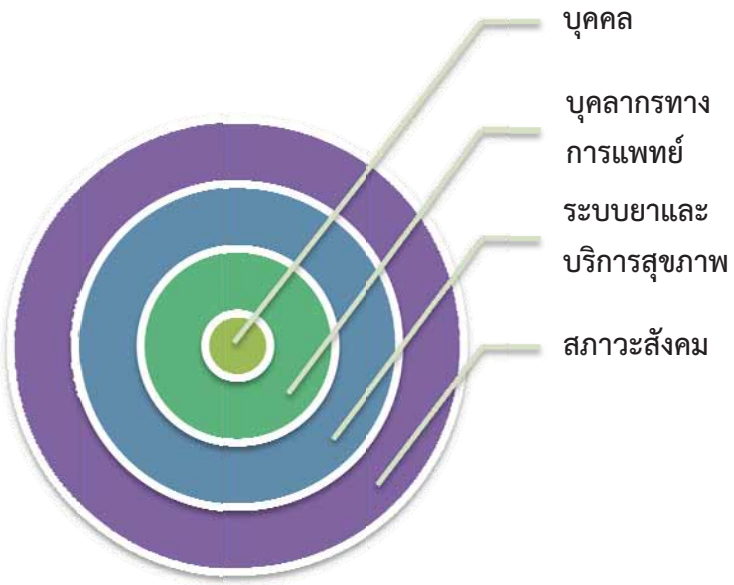
1.3.1.3 ทักษะในการใช้ยา

ในการรับยาจากสถานพยาบาลผู้ใช้ยาและผู้ดูแลหลายท่านไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามที่ได้รับคำแนะนำ หรือข้อปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะเมื่อใช้ยาเป็นครั้งแรก หรือผู้ที่ต้องใช้ยาที่ต้องการเทคนิคพิเศษในการใช้เช่นยาฉีด หรือ ยาพ่น หรือยามีวิธีการบริหารยาที่ยุ่งยากเช่น ใช้วัน-เว้น-วัน หรือต้องหักแบ่งใช้ครั้งละ ½ หรือ ¼เม็ด เป็นต้น(9, 14, 34)การที่ผู้ป่วยจะใช้ยาที่มีความยุ่งยากเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง สมเหตุผลจึงต้องการการให้คำแนะนำ การฝึกฝนทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง และต้องการความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเรื่องยาที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการใช้ยาด้วยตนเองที่บ้าน(16, 19) เพราะหลายครั้งที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้ตามที่ฉลากระบุเนื่องจากเกิดอาการผิดปกติ ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่

นอกจากนั้นแล้วหากการใช้ยาอย่างสมเหตุผลยังหมายรวมถึงการที่ผู้ใช้ยาสามารถ อ่านฉลากยาและพิจารณาวันหมดอายุของยาได้แล้ว สิ่งนั้นก็ต้องการความรู้และทักษะเช่นกัน เพราะการกำหนดวิธีการเขียนวันหมดอายุมักจะกำหนดเป็นตัวเลข เป็นตัวพิมพ์ภาษาอังกฤษ ที่ประชาชนไม่ทราบว่าหมายความว่าอย่างไร ไม่ทราบว่าต้องสังเกตตรงจุดไหนเพราะไม่มีการกำหนดตำแหน่งที่แสดงวันหมดอายุอย่างชัดเจน นอกจากนั้นแล้วการพิมพ์เป็นตัวนูนก็เป็นปัญหาเช่นเดียวกัน เพราะผู้สูงอายุที่มองเห็นไม่ชัด ก็ไม่สามารถอ่านออกได้ (34)ส่วนนี้สอดคล้องกับประเด็นของปัจจัยภายนอกในประเด็นของระบบยาและสุขภาพ

1.3.2 ปัจจัยภายนอกซึ่งเกิดจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมของผู้ใช้ยา

ปัจจัยภายนอกของบุคคลที่ส่งผลต่อการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลสามารถแบ่งได้เป็นหลายระดับ จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ สถานพยาบาล ระบบยาและบริการสุขภาพ และสภาวะสังคม ดังแสดงในรูปที่ 5



รูปที่ 5:ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคคล

1.3.2.1 ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเรื่องสุขภาพและการใช้ยา และเป็นผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ในกระบวนการรักษาโรคและดูแลสุขภาพที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันมีข้อจำกัดที่เกิดจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ให้การรักษาโรค และความผิดปกติทางร่างกายของประชาชน โดยไม่ได้พิจารณาถึงความต้องการหรือพื้นฐานบริบทของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และมีส่วนน้อยมากที่จะมุ่งเน้นการรักษาที่ส่งเสริมการเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองอย่างสมเหตุผล ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์มีข้อจำกัดหลายประการดังต่อไปนี้

1) การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในสถานการณ์ที่ขาดแคลนแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท หรือที่ๆ มีการหมุนเวียนกำลังคนของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สูง ทำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ก็

ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย เมื่อดูแลไม่ต่อเนื่องก็ไม่เกิดความผูกพัน ทำให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้มีเวลาที่จะทำความรู้จัก พัฒนาเกิดความไว้วางใจ การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก็ไม่สามารถเกิดได้

นอกจากนั้นการขาดแคลนทรัพยากรทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่ต้อง***รับภาระหนักในการให้การบริการเชิงรับที่โรงพยาบาลไม่มีเวลาและทรัพยากรที่จะทำงานเชิงรุก***ในการศึกษาเรียนรู้ชุมชน ผลที่ตามมาคือผู้ให้บริการขาดข้อมูลเกี่ยวกับ การดำเนินชีวิต ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย ทำให้โอกาสในการสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองเรื่องโรคและยาของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ยาก (21, 42, 43)

การที่บุคลากรต้องดูแลประชาชนคนเจ็บป่วยจำนวนมาก ทำให้จะไม่มีเวลาในการสื่อสารและให้ข้อมูลเรื่องยาหรือโรคกับผู้ป่วยตอบคำถาม หรือเพิ่มความเข้าใจให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างเหมาะสมนอกจากนั้นบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเวลาในการพิจารณาข้อมูลด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ทำให้ไม่ได้รับรู้หรือเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง จึงใช้เพียงข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลที่ได้จากการซักถามข้อมูลเบื้องหน้าในการให้การรักษา จึงไม่ได้ให้การรักษาผู้ป่วยอย่างองค์รวม (44)ไม่ได้ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ กล้าที่จะซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาและโรค (23, 42, 45)

2) กระบวนทัศน์ในการดูแลสุขภาพแบบโรคเฉียบพลันแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบเดิมคือแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษาโดยใช้เฉพาะข้อมูลทางคลินิก โดยไม่ได้พิจารณาถึงข้อมูลบริบทของครอบครัวและชุมชน หรือไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติมเรื่องโรคและยากับผู้ป่วยซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ยังมองเห็นเรื่องของการรักษาโรคและสุขภาพในกระบวนทัศน์แบบโรคเฉียบพลัน หรือ acute care system (46, 47) จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลสภาวะโรคสุขภาพของตนเอง

กระบวนทัศน์แบบโรคเฉียบพลันคือการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาอันสั้น ส่วนใหญ่จะเกิดในโรงพยาบาล เพื่อการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยที่เร่งด่วนและเฉียบพลัน ซึ่งการดูแลแบบนี้ต้องการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเป็นอย่างสูง และใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีชั้นสูง เพื่อให้การรักษาเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการรักษาแบบ acute care นี้แพทย์เป็นผู้ที่อำนาจอย่างสูงในการตัดสินใจทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วยเนื่องจากตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรค ในทางตรงกันข้ามในระบบนี้ผู้ป่วยมีสิทธิมีเสียงน้อยมาก ไม่มีโอกาสในการซักถามข้อสงสัย ไม่

ทราบว่าจะต้องซักถามอะไร และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องทำคือต้องปฏิบัติตามสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์บอกให้ ความร่วมมือ เพื่อให้ตนเองหายจากความเจ็บป่วยด้วยเวลารวดเร็ว(33, 46, 48, 49)ด้วยแนวคิดแบบดังกล่าวจึงทำให้แพทย์ละเลยการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ไม่ต้องการบทบาทเชิงรุกของผู้ป่วยมากนัก

อย่างไรก็ตามกระบวนทัศน์ดังกล่าวอาจจะไม่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือดูแลประชาชนที่ยังไม่เจ็บป่วย เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องใช้เวลานาน หรือนานจนตลอดชีวิตในการรักษา การรักษาที่สำคัญควบคู่ไปกับการใช้ยา คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ไม่ง่ายนัก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อนต้องใช้เวลา ต้องใช้ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการนี้บุคคลสำคัญในการปรับเปลี่ยนคือผู้ป่วยเอง ซึ่งหลายครั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สำเร็จได้จากเพียงแค่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์บอกให้ทำ

การจูงใจให้ผู้ป่วยใช้ยาติดต่อกัน สม่ำเสมอ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตจึงต้องการการสนับสนุนเป็นอย่างมากจากบุคลากรทางการแพทย์ ในการสร้างความไว้วางใจ ให้ข้อมูลที่เหมาะสม และเสริมสร้างทักษะที่เหมาะสมสำหรับการดูแลตนเองเรื่องการดูแลสุขภาพและการใช้ยา แต่การดำเนินการนี้ต้องการการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์จากการที่ศูนย์กลางของการรักษาอยู่ที่บุคลากรทางการแพทย์ (provider-centered model) เพื่อปรับเป็นศูนย์กลางของการรักษาอยู่ที่ผู้ป่วย (patient-cared model) ในการร่วมกันดูแลเรื่องสุขภาพ และการใช้ยา โดยเฉพาะสำหรับการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดเป็นทีมในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (33, 47, 49, 50)

3) ความเคยชินต่อแนวทางการปฏิบัติในการรักษาโรค การปรับเปลี่ยนแนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นศูนย์กลางต้องการเวลาอย่างมาก เนื่องจากทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยต่างก็มีความเคยชินกับแนวคิดและระบบการรักษาโรคในอดีตถึงปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยจะมีหน้าที่เพียงนำร่างกายที่เจ็บป่วยมายังสถานพยาบาล และหน้าที่ที่เหลือต่อจากนั้นเป็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะตรวจร่างกาย วินิจฉัย วางแผนการรักษา และให้การรักษาโรค ผู้ป่วยมีบทบาทน้อยมากในกระบวนการดูแลรักษาโรค และยอมรับว่าบทบาทการซ่อมสุขภาพนี้เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ และแพทย์ก็ยึดถือบทบาทเด่นของตนเองเป็นสำคัญ จึงทำให้ไม่ได้ตระหนักว่าผู้ป่วยเองน่าจะมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง (51)

4) ทักษะการสื่อสารการสื่อสารที่มีประสิทธิระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยทำให้บุคลากร

ทางการแพทย์มีข้อมูลของผู้ป่วยที่รอบด้านที่เพียงพอใจการพิจารณาการรักษาที่เหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยและประชาชนมีความมั่นใจที่จะซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและยา อันจะทำให้ประชาชนใช้ยาได้อย่างเหมาะสมได้ต่อไป

โดยทั่วไปบุคลากรทางการแพทย์จะให้คำแนะนำในเรื่องโรคและยาให้กับผู้ป่วยใหม่ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก และพยายามจะให้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากที่สุด แต่ปัญหาที่ผู้ป่วยพบเจอคือ ในการรับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกผู้ป่วยจะรู้สึกสับสน ปรับตัวไม่ทัน และไม่พร้อมที่จะรับข้อมูล ทำให้การสื่อสารไม่สัมฤทธิ์ผล ผู้ป่วยไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลเรื่องยาและสุขภาพด้วยตนเอง(23)นอกจากนั้นแล้วในการสนทนาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยนั้นเป็น***การให้ข้อมูลในแนวดิ่ง*** คือบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นฝ่ายพูดให้ข้อมูลแต่เพียงด้านเดียวเพื่อให้ข้อมูลที่ทางฝั่งบุคลากรทางการแพทย์พิจารณาแล้วว่ามีความสำคัญกับการรักษาโรค และผู้ป่วยจะรับบทบาทเป็นผู้รับหรือผู้ฟังแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งลักษณะการให้ข้อมูลอาจจะเหมือนเป็นการออกคำสั่ง หรือไม่มีเหตุผลสนับสนุนที่เข้าใจง่ายในบริบทของผู้ป่วย (23) เป็นการสื่อสารแบบทางเดียว ไม่มีการตรวจสอบเช็คข้อมูลย้อนกลับว่าผู้รับเข้าใจหรือไม่ หรือข้อมูลที่ให้อาจจะเข้าใจยาก ทำให้ไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำเอาข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์ในชีวิตจริงได้ (44)ดังนั้นแล้วการสื่อสารหรือการให้ข้อมูลจึงไม่ก่อให้เกิดการใช้ยาหรือดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมอย่างแท้จริง หากเพียงแค่บุคลากรทางการแพทย์รับฟังเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างตั้งใจ นำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการเลือกข้อมูลในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยใช้ภาษาที่ง่ายกับการทำความเข้าใจ การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก็จะเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (45, 52, 53)

5) ทัศนคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วย แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วย ว่าจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาดูแลตนเองได้ในการรักษาโรค และเกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย และเห็นด้วยว่าการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น (53-55)แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ก็มีความกังวลใจจากการที่พฤติกรรมผู้ป่วยเห็นว่าเหมาะสมมักจะแตกต่างจากสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำ (53) บุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งมีความกังวลใจว่าการที่ผู้ป่วยมีข้อมูลในเรื่องสุขภาพ โรค และยามากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการสูงเรียกร้องการบริการต่างๆมากขึ้น และแสดงออกถึงความไม่พอใจในสิ่งต่างๆมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การ

จัดการบริการเป็นไปได้ลำบากมากขึ้น (53)จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนไม่แน่ใจกับการดำเนินการสร้างเสริมศักยภาพในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง

แม้ว่าจะมีบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งเห็นด้วยกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลเรื่องสุขภาพและยาด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานจริง ผู้ให้บริการทางการแพทย์ก็มีความลำบากใจเนื่องจากไม่สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเพื่อสร้างเสริมความรู้และศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น แม้ว่าจะเห็นด้วยกับแนวคิดแต่ยังปฏิบัติงานเหมือนเดิม (47, 54, 55)เนื่องจากกระบวนการคิด กระบวนทัศน์ต่อการดูแลผู้ป่วย กระบวนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์แบบเดิม แบบที่มีแพทย์เป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งที่ได้รับการฝึกฝน ฝังแน่นอยู่ในกระบวนการเรียน และการปฏิสัมพันธ์ในระหว่างการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นความเคยชินที่ยากที่จะเปลี่ยนแปลง (17, 47) การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจึงต้องได้รับความร่วมมือจาก ระบบการศึกษา และระบบการบริหารจัดการ และการประเมินผลงานการจัดบริการสุขภาพ ที่จะกล่าวต่อไป (55)

6) มุมมองและความเชื่อเกี่ยวกับการให้การรักษาผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการปลูกฝังแนวคิด และค่านิยม จากระบบการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย และจากการให้การยอมรับของคนในสังคมว่าจะต้องเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ จะต้องให้การดูแลกับคนเจ็บป่วย ทำให้เกิดความเชื่อและค่านิยมที่มีร่วมกันขององค์กรวิชาชีพที่มีร่วมกันว่า การทำงานทุกๆอย่างของวิชาชีพ ก็เป็นไปเพื่อดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ประกอบกับการเรียนการสอนในโรงเรียนวิชาชีพ เป็นการให้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพ ที่ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อที่บุคลากรที่ผลิตได้จะสามารถให้การดูแลสุขภาพของผู้คนได้ตามมาตรฐานของวิชาชีพ จากการสั่งสมแนวคิดนี้ทีละเล็กทีละน้อย สิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดมุมมองว่า ตนเองเป็นผู้ที่รู้ คือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องการดูแลความเจ็บป่วย โดยลืมไปว่าผู้ป่วยเองก็เป็นผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ และปัจจัยต่างๆที่มากระทบกับสุขภาพและการรักษาตนเอง และมีความปรารถนาดีต่อการอยากให้สุขภาพของตนดี มีอายุยืนยาว เช่นกัน

ด้วยความห่วงใยของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นค่านิยมของบุคลากรในวิชาชีพประกอบกับการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพทำให้หลายครั้งขณะที่ให้การรักษา ก็ตัดสินใจในการรักษาแทนผู้ป่วย ให้ข้อมูลหรือความรู้ในแนวดิ่ง ให้การดูแลโดยไม่ได้เน้นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง แต่เป็นการทำให้ผู้ป่วยแทน วิธีการเหล่านี้เองทำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การรักษา และดูแล

ผู้ป่วยแบบแนวดิ่งโดยไม่ได้พิจารณามากนักถึงความพร้อม หรือความต้องการของผู้รับบริการ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตนหรือใช้ยาไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ทางการแพทย์ ก็ให้ความรู้ให้ข้อมูลแบบสั่งการในแนวดิ่ง โดยอาจจะไม่ได้พิจารณาถึงความพร้อมหรือความต้องการของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน เมื่อไม่พร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงวิธีการ การให้คำปรึกษาก็ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้

ในขณะเดียวกันการให้การรักษาให้การบริการในแนวดิ่งแบบสั่งการก็ทำให้ประชาชนหรือผู้ป่วยขาดความมั่นใจในศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ยอมรับว่าตนเองเป็นเพียงผู้ใช้ยาโดยที่ไม่สงสัย ไม่ตั้งคำถาม ทำให้ประชาชนขาดโอกาสในการใช้วิจารณญาณของตนเองในการพิจารณาความถูกต้องหรือเหมาะสมของข้อมูลทางสุขภาพ เมื่อถูกกระตุ้นด้วยสื่อโฆษณา หรือชุดข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพก็รับมาอย่างไม่สงสัย เกิดความอ่อนแอในการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.3.2.2 ปัจจัยด้านระบบการให้บริการของสถานพยาบาลโรงพยาบาลรัฐบาลและสถานีอนามัยเป็นสถานพยาบาลหลักที่ประชาชนคนไทยใช้บริการสุขภาพหากเจ็บป่วยหรือไม่สบาย แต่ละโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลจะมีนโยบายที่กำหนดไว้ใช้ร่วมกัน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติในการจัดระบบการตรวจให้การรักษา ระบบการจัดการเกี่ยวกับยา และนโยบายในการให้การบริการสุขภาพให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ซึ่งระบบ หรือนโยบายเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการจัดการเรื่องยา และความรู้เรื่องยาและสุขภาพของประชาชนดังต่อไปนี้

1) การให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยเรื่องของสภาวะโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับในทางปฏิบัติของสถานบริการสุขภาพในปัจจุบัน แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทำการวินิจฉัยอาการเจ็บป่วย พิจารณาการรักษา และส่งมอบยาให้ผู้ป่วยเอากลับไปใช้ที่บ้าน ซึ่งการให้ข้อมูลเรื่องยานั้น เภสัชกรหรือบุคลากรทางการแพทย์จะให้ข้อมูลคร่าวๆ เหมือนที่ฉลากระบุไว้ ว่าในแต่ละวันใช้กี่ครั้ง เวลาใด แต่ข้อมูลดังกล่าวสำหรับผู้ป่วยแล้ว อาจจะไม่เพียงพอสำหรับการใช้ยาด้วยตนเองอย่างอย่างสมเหตุผลเนื่องจากว่าการส่งมอบยาดังกล่าวไม่มีเหตุผล ไม่มีข้อมูลอื่นๆประกอบ

หากในระบบการให้บริการมุ่งเน้นการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย เหมาะสม และเพียงพอจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะให้ผู้ป่วยและประชาชนสามารถดูแลตนเองทั้งเรื่องโรค การดูแลตนเอง ข้อมูลที่ควรเพิ่มเติมควรประกอบไปด้วยเรื่องเหตุผลการที่ผู้ป่วยต้องใช้ยาดังกล่าว ยาที่ให้เป็นยาอะไร มีวิธีการใช้อย่างไร มีวิธีการเก็บรักษาอย่างไร และมีข้อควรระวังอย่างไรอย่างไรบ้าง (16, 19, 23, 56) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประชาชนจำนวนหนึ่งไม่ได้รับข้อมูลเรื่องของโรคและการใช้ยาจากสถานที่ๆได้รับบริการ (9, 12, 34)ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับข้อมูลที่สำคัญสำหรับประชาชนและเป็นสาเหตุของ

การใช้ยาอย่างไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ให้บริการ และเกิดภาวะยาเหลือใช้ในครัวเรือนซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาและการกำจัดยาในภายหลังได้

2) ระบบการจัดการยาภายหลังจากการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ภายหลังจากการปรับเปลี่ยนการรักษา หากมีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาโดยที่ไม่ได้แจ้งหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าต้องทำอย่างไร ก็อาจจะก่อให้เกิดความสับสนให้กับผู้ใช้ยา และหากทางสถานพยาบาลไม่มีระบบการจัดการกับยาเดิมที่ยังคงเหลือค้างอยู่กับผู้ป่วย เกิดเป็นปัญหาที่มีคงค้างอยู่ในครัวเรือนผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบว่าจะต้องทำอย่างไรกับยาที่เหลืออยู่ ในบางครั้งพบว่าผู้ป่วยยังคงใช้ยาที่เหลือต่อไป ร่วมไปกับยาที่ได้รับใหม่ เกิดการได้รับยาที่เกินขนาด หรือยาที่ไม่จำเป็น ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากยาได้(9, 34)นอกจากนั้นแล้วในการเปลี่ยนบริษัทยา ทำให้รูปแบบของเม็ดยา สี หรือลักษณะอื่นๆ เปลี่ยนไปจากยาเดิม หากไม่มีการชี้แจงให้ผู้ป่วยรับทราบ อาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดเกิดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนได้ เนื่องจากผู้ใช้ยาส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุใช้วิธีการจดจำยาจากลักษณะภายนอกของยา สี ขนาดเม็ด และ ลักษณะของเม็ดยา ว่ายาไหนใช้เพื่ออะไร ใช้อย่างไร หากสถานบริการใดไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการเรื่องยาแล้ว ผู้ป่วยก็จะเกิดความเสี่ยงจากการใช้ยาได้(34)

3) ระบบการจ่ายยาเผื่อของสถานพยาบาล การที่มียาเหลือใช้ในครัวเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังปริมาณมาก ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาการมียาหมดอายุ การใช้ยาซ้ำซ้อน หรือก่อให้เกิดปัญหายาขยะที่ผู้ป่วยไม่ทราบจะจัดการอย่างไรนั้น จากการสอบถามผู้ป่วย ก็พบว่าการมียาเหลือค้างอยู่นั้นเกิดจากการที่โรงพยาบาลให้ยามาเกิน หรือแพทย์ให้มาเผื่อครั้งละ 5-10 วัน เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้มียาใช้หากไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ตามเวลานัด แต่ระบบการจ่ายยาเผื่อดังกล่าวทำให้เกิดปัญหายาสะสมคั่งค้างที่บ้านเรือนผู้ป่วยได้ (9, 12, 34)ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์จากข้อมูลของโรงพยาบาลก็พบว่าระบบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยมีการครอบครองยาเกินกว่าที่จำเป็นสำหรับการรักษา (57)

4) แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากยา จากการสำรวจและสัมภาษณ์ประชาชนเรื่องการใช้ยา(9, 12, 14, 34)พบว่าบนฉลากยาที่ได้จากสถานพยาบาลส่วนหนึ่งไม่มีข้อมูลเรื่องยาใดๆ เพื่อให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมได้ ในขณะเดียวกันแม้ว่าทางสถานพยาบาลจะให้ข้อมูลของยาบนซองยาที่ให้กับผู้ป่วย หลายครั้งพบว่าผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจว่าตัวอักษรภาษาอังกฤษที่พิมพ์อยู่คืออะไร ข้อมูลที่พิมพ์ไว้ก็มีขนาดเล็กและ เลือนราง

ทำให้ผู้ป่วยหลายคนอ่านไม่ออก จึงใช้วิธีจดจำแทน ซึ่งจะมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลได้

5) **สถานพยาบาลไม่มีวันนัดที่แน่นอน**สถานพยาบาลทั้งของรัฐบาลและเอกชนหลายแห่ง ไม่ได้กำหนดวันนัดที่แน่นอนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (หรือบอกไว้แต่ผู้ป่วยจำไม่ได้) ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับไปพบแพทย์ก็ต่อเมื่อยาหมด ปรากฏการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยบางส่วนมียาเหลือใช้ปริมาณมาก และผู้ป่วยบางส่วนมียาไม่เพียงพอสำหรับการใช้จนถึงวันที่ผู้ป่วยแจ้งว่าจะไปพบแพทย์ในครั้งต่อไป (9, 10, 12)ซึ่งแน่นอนว่าเป็นความเสี่ยงในการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล

6) **นโยบายการให้บริการระดับปฐมภูมิ และการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล** นโยบายของโรงพยาบาลในการสนับสนุนการให้การบริบาลระดับปฐมภูมิ และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นโอกาสอันดีที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้เข้าไปดูแลเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยพร้อมกับการศึกษาบริบทของบ้านและครอบครัวของ และเป็นการเพิ่มความรู้จักสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (10, 58, 59)แต่ที่ผ่านมาพบว่าหลายโรงพยาบาลมีภาระงานล้นตัวจากการให้การบริการในเชิงรับ หรือไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการทำงานเชิงรุก ทำให้การสร้างเสริมศักยภาพของชุมชนและประชาชนจึงไม่สามารถดำเนินได้แม้ว่าบุคลากรจะเห็นความสำคัญของงานเชิงรุกนี้ เมื่อจำกัดการให้การบริการแต่เพียงในโรงพยาบาล โอกาสที่บุคลากรจะได้ไปทำความรู้จัก ทำความคุ้นเคย สร้างความเชื่อถือ ให้ข้อมูลที่เหมาะสมเรื่องโรคและยากับผู้ป่วยจึงเป็นไปได้น้อย

1.3.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบยาและระบบสุขภาพ

1) **ลักษะของยา รูปแบบบรรจุภัณฑ์ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา** ผู้ใช้ยามักจะไม่สามารถใช้ยาได้อย่างสมเหตุผล เมื่อได้รับยาใหม่เป็นครั้งแรก โดยเฉพาะผู้ที่ต้องใช้ยาที่ต้องการเทคนิคพิเศษในการใช้เช่นยาฉีด หรือ ยาพ่น หรือยามีวิธีการบริหารยาที่ยุ่งยากเช่น ใช้วัน-เว้น-วัน หรือต้องหักแบ่งใช้ครั้งละ ½ หรือ ¼เม็ด เป็นต้น(9, 14, 34)การที่ผู้ป่วยจะใช้ยาที่มีความยุ่งยากเหล่านี้ได้อย่างถูกต้องสมเหตุผลจึงต้องการการให้คำแนะนำ การฝึกฝนทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง และต้องการความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเรื่องยาที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการใช้ยาด้วยตนเองที่บ้าน(16, 19) นอกจากนั้นแล้วหากการใช้ยาอย่างสมเหตุผลยังหมายรวมถึงการที่ผู้ใช้ยาสามารถ อ่านฉลากยาและพิจารณาวันหมดอายุของยาได้แล้ว สิ่งนั้นก็ต้องการความรู้และทักษะเช่นกัน ผู้ใช้ยาในปัจจุบันสังเกตและจดจำยาจากลักษณะภายนอกของยาเท่านั้น การพิจารณาว่ายาไหนที่หมดอายุ จึงพิจารณาจาก

ลักษณะยาที่เปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น ผู้ใช้ยาโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ไม่ทราบว่าตัวเลข หรือตัวภาษาอังกฤษที่เขียนติดกล่อง หรือบรรจุภัณฑ์ของยาที่เป็นอลูมินัมหรือพลาสติก (ที่แจ้งวันหมดอายุ) นั้นหมายถึงอะไร อ่านอย่างไร สำหรับยาครีมหรือขี้ผึ้งที่มีการพิมพ์นูนตรงปลายหลอด ผู้ใช้ยาที่เป็นผู้สูงอายุก็มองไม่เห็น อ่านไม่ออกเช่นเดียวกัน สำหรับยาที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพที่แบ่งบรรจุใส่ซองนั้นส่วนใหญ่ก็ไม่ได้มีการแจ้งวันหมดอายุบนซอง ก็ทำให้ผู้ใช้ไม่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองได้ว่ายาที่ใช้อยู่หมดอายุหรือไม่ ปลอดภัยหรือไม่ (34)หากมีข้อกำหนดที่แน่นอนเกี่ยวกับวิธีการแจ้งวันหมดอายุของยา ตำแหน่งที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ใช้สามารถทราบวันหมดอายุของยา และดูแลการใช้ยาได้ด้วยตนเองในระดับหนึ่ง

2) ระบบและนโยบายเกี่ยวกับการให้การบริการสุขภาพ ระบบการให้การบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เนื่องจากภาระงานที่มาก กำลังคนที่ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่เอื้อต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ฝ่ายต่างๆ และการทำงานที่แยกส่วน ต่างคนต่างทำไม่สัมพันธ์กัน ไม่เกิดการวางแผนการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันในการสร้างและปรับระบบให้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของงานใหม่ๆ ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หากมีนโยบายในส่วนของการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วยที่จะดูแลสุขภาพและการใช้ยาที่ชัดเจน มีบุคคลที่มีหน้าที่ในการดำเนินงาน ก็จะส่งผลให้เกิดการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชน เช่นงานจิตอาสา งานเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาอย่างมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นต้น(44)

นอกจากนั้นนโยบายการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นประสิทธิภาพการทำงานโดยมุ่งเน้นข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์จุลภาคในการจัดการทรัพยากร อันทำให้เกิดการตัดจำนวนพนักงาน การกำหนดและประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด หรือการคัดเลือกกิจกรรมตามความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยหลักการนโยบายเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นการบริหารจัดการที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพการทำงาน แต่ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความกังวลใจต่อผู้ปฏิบัติ เนื่องจากกิจกรรมที่ใช้ในการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาและดูแลตนเองด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมใหม่ที่ต้องใช้บุคลากรที่หลากหลาย ในการให้การบริบาลผู้ป่วย ที่ยังไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน และแน่นอน ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานประจำที่ใช้ provider-centered approach ที่มีตัวชี้วัดที่แน่นอน และใช้เวลาในการดำเนินการที่น้อยกว่า จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งไม่แน่ใจว่าจะใช้เวลาอันจำกัดในการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการใช้ยาและดูแลสุขภาพหรือไม่ (50, 55, 60, 61)

1.3.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสังคม สังคม สิ่งแวดล้อม และบุคคลที่อยู่รอบข้างส่งผลต่อการรับรู้ และความเข้าใจของประชาชนแต่ละคนเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและการใช้ยาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

1) สภาวะความเป็นอยู่ของคนในสังคม ปัจจุบันเป็นสังคมที่คนวัยแรงงานออกจากบ้านเพื่อไปทำงานในเมืองหรือทำงานนอกบ้าน ตั้งแต่เช้าถึงเย็น ทำให้ในชุมชนมีเพียงผู้สูงอายุ ซึ่งต้องดูแลเรื่องสุขภาพและการใช้ยาด้วยตนเอง ไม่มีคนช่วยดูแล ทำให้มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลได้ (9, 14, 34) สำหรับคนวัยแรงงานที่ต้องทำงานนอกบ้าน ต้องทำงานหนักเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ที่ไม่ต้องการให้ความเจ็บป่วยมาขัดขวางการทำงานหารายได้ก็จะใช้ยาที่ออกฤทธิ์แรง ทำให้หายจากการเจ็บป่วยไม่สบายในเวลาอันสั้น เพื่อให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติโดยอาจจะไม่ได้พิจารณาให้ความสำคัญกับอันตรายที่อาจจะเกิดเนื่องจากการใช้ยา ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (2, 35)

2) สังคมบริโภคนิยม สังคมบริโภคนิยมที่ทุกอย่างถูกมองว่าเป็นสินค้า และสามารถซื้อขายได้ รวมทั้งเรื่องของสุขภาพ บริษัทผู้ผลิตและโฆษณาสนับสนุนให้ผู้บริโภครับรู้ว่ายา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นสิ่งที่ซื้อหาได้ ประชาชนสามารถใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านั้นเพื่อการป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ และกำจัดสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพได้ พร้อมกับให้นิยามสุขภาพใหม่ ที่เป็นมากกว่าการปราศจากโรค แต่ยังหมายรวมถึง การมีอายุยืนยาว ดูดีเป็นหนุ่มสาวกว่าคนในวัยเดียวดัน ความสวย ความผอม ความฉลาด ความขาว และการดูดีมีรสนิยม ส่งผลให้เกิดความต้องการที่จะแสวงหาการบริโภค ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร เพื่อให้ได้มาซึ่งสุขภาพในนิยามใหม่นั้น ทำให้เกิดการใช้ยาในทางที่ผิด เกิดการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างฟุ่มเฟือย และไม่สมเหตุผลได้ ร่วมกับระบบกฎหมายข้อบังคับที่แยกส่วนไม่รัดกุม จึงทำให้บริษัทผู้ผลิตได้ใช้ช่องทางนี้ในการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ใช่ยา ผ่านช่องทางการโฆษณาที่เจาะตรงถึงผู้ใช้เช่นทาง วิทยุชุมชน หรือทางเคเบิลทีวี โดยไม่ได้พิจารณาถึงความเสี่ยงหรืออันตรายของผู้บริโภค (2, 35)

ในขณะเดียวกันกับที่กลุ่มคนวัยทำงานใช้ยาเพื่อความหมายใหม่ของสุขภาพของตนเองแล้ว การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ที่เข้าถึงผู้คนได้อย่างง่าย ไม่ว่ากลุ่มคนกลุ่มไหน เช่น สื่ออินเตอร์เน็ทสำหรับคนหนุ่มสาว สื่อวิทยุชุมชนสำหรับผู้สูงวัยที่อยู่ในชนบท ทำให้กระแสบริโภคนิยมในการแสวงหาผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อใช้ในการบำรุงสุขภาพ ให้มีเรี่ยวแรง หรือแก้ไขปัญหาความดูไม่ดีโดยที่ไม่จำเป็นเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสื่อชนิดใหม่ที่มีการควบคุมได้ยาก หรือทางรัฐบาลยังไม่มีมาตรการในการดูแลอย่างชัดเจน เช่น อินเตอร์เน็ท เคเบิลทีวี หรือวิทยุชุมชน (13, 26, 35) นอกจากเป็นการใช้เพื่อตนเองแล้ว สื่อโฆษณาต่างๆก็ทำให้คนหนุ่มสาววัยทำงาน มีความรู้สึกว่าการกลับ

บ้านเพื่อไปเยี่ยมพ่อแม่หรือผู้สูงอายุ ก็จะต้องนำผลิตภัณฑ์สุขภาพ สมุนไพร วิตามิน ฯลฯ ให้กับคนที่อยู่ที่บ้าน เพื่อเป็นสื่อแสดงถึงความรักความห่วงใย ความหวังดีต่อคนที่รักและเคารพ ซึ่งอาจจะไม่จำเป็นต้องใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเลยก็ได้ (9, 14, 34)

สำหรับประชาชนแล้ว การใช้ยาเกิดขึ้นด้วยเหตุและปัจจัยต่างๆกันไปหลายระดับ ระดับแรกคือ สังคม สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ เนื่องจากมีผลต่อความคิดทัศนคติต่อเรื่องสุขภาพ ยา และแนวทางปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย หรือเมื่อใช้ยา ระดับที่สองคือระบบ นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาและสุขภาพ อันเป็นข้อกำหนดทิศทางของการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ระดับต่อมาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และสถานพยาบาล ที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ เป็นผู้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ซึ่งแน่นอนว่าจะส่งผลโดยตรงกับแนวคิดและพฤติกรรมของผู้ใช้ยา และในระดับสุดท้ายคือระดับตัวบุคคลของผู้ใช้ยาที่มีข้อจำกัดหลายๆประการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยา ที่อาจจะเหมาะสม หรือไม่เหมาะสมก็ได้ และแน่นอนว่าในตอนต่อไปคือ รูปแบบ กลไก และกระบวนการที่มีผู้ทดลองปฏิบัติในการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาอย่างเหมาะสมจึงต้องมีการดำเนินการที่ครอบคลุม มีแนวปฏิบัติที่รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนปัจจัยในระดับต่างๆ ทั้งในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ สถานบริการ นโยบายที่เกี่ยวข้องเรื่องยาและสุขภาพ และสภาวะสังคม ดังจะกล่าวถึงในตอนต่อไป

1.4. รูปแบบ กลไก และวิธีการจัดการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน

แนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยหรือผู้บริโภคก็คือการสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะดูแลตนเองในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม แนวคิดนี้สนับสนุนโดยแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยเองคือผู้เชี่ยวชาญเรื่องสุขภาวะของตนเองมากที่สุด (Expert) เนื่องจากเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงกับความเจ็บป่วยนั้นๆ รับรู้รับทราบเกี่ยวกับอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทั้งผลกระทบด้านกายภาพ สังคม และจิตใจ (62)ดังนั้นตัวผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพ และพิจารณาการใช้ยาให้สมเหตุผลต่อไป

ในขณะที่เจ็บป่วยความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ถูกลดทอนลงมากเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีสุขภาพปกติดี เนื่องจากจากประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยเฉพาะจากโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สะดวกในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนอย่างที่เคยความกังวลเกิดขึ้นจากการที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์และกินยาอย่าง

ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานร่วมกับประสบการณ์การรับบริการด้านสุขภาพในเชิงดิ่งแบบที่มีบุคลากรทางการแพทย์เป็นศูนย์กลาง(provider-centered approach) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนแอ ไม่แน่ใจ และสูญเสียความมั่นใจในในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (63, 64)

ดังนั้นแล้วการพัฒนาศักยภาพในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน ต้องการเวลา และต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เพื่อก่อให้เกิดการยอมรับ ความเชื่อมั่นในตัวบุคลากรทางการแพทย์ ปรับความเข้าใจ และสร้างความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกันเริ่มจากการเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยและรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากนั้นเพิ่มความรู้แลทักษะของผู้ป่วยเพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ พร้อมกับสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อน กลุ่มผู้ป่วย และจากบุคลากรทางการแพทย์ และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพด้วยตนเอง (19, 51, 63, 65, 66)

จากการทบทวนวรรณกรรม การสร้างเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประกอบไปด้วยหลักการและแนวคิดดังต่อไปนี้

1. การสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองในฐานะที่มีผู้ป่วยเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น***ไม่ใช่เป็นเพียงการโอนย้ายความรับผิดชอบการดูแลสุขภาพจากบุคลาการทางการแพทย์ไปสู่ประชาชน และชุมชนเท่านั้น*** หากแต่การสร้างศักยภาพนั้นต้องการกระบวนในการสร้างความมั่นใจและทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยต้องการการสนับสนุนด้านความมั่นใจ ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ จากบุคลากรทางการแพทย์ (67)

2.การสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและประชาชนในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพและการใช้ยา ***ต้องการการปรับกระบวนทัศน์ของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่บทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ***ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดูแลรักษาและระบบการให้การบริการเพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างความมั่นใจ มีทักษะ และมีอิสระในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (67)กระบวนการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพเป็นเหมือนสะพานเชื่อม หรือตัวกลางในการปรับสมดุลระหว่าง เป้าหมายการรักษาทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ และ ความกังวลความไม่สะดวกใจของผู้ป่วย (68)

3. การสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและประชาชนในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพและการใช้ยาเป็นเรื่องที่***ซับซ้อนและไม่ง่าย*** เนื่องจากในกระบวนการที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีปฏิสัมพันธ์กัน ใน

ระหว่างกระบวนการรักษาโรค ทั้งสองฝ่ายต่างก็มีความคาดหวัง มีทัศนคติต่อตนเอง และต่ออีกฝ่ายที่แตกต่างกันไป นอกจากนั้นแล้ว "ยา" ยังมีความหมายในเชิงสัญลักษณ์สำหรับทั้งสองฝ่ายที่แตกต่างกันอีกด้วย ทำให้ต้องการกระบวนการที่ละเอียดอ่อนในการสร้างความหมายและความเข้าใจร่วมกันในกระบวนการรักษาโรคและความเจ็บป่วย และกระบวนการดูแลตนเองเรื่องยาและสุขภาพ (69)

4. การสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและประชาชนในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพและการใช้ยา***ต้องการความร่วมมือกันของหลายภาคส่วน*** โดยเฉพาะระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งมีภาพของความสัมพันธ์ในเชิงดิ่ง แบบพ่อดูแลปกป้องสุขภาวะของลูก (paternalism) อยู่มาก แต่ภาพความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่สนับสนุนกระบวนการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง ดังนั้นแล้วกระบวนการหนึ่งที่ต้องเป็นจุดเริ่มต้นของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลคือการสร้างคำจำกัดความของความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายใหม่ เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์รูปแบบใหม่ที่ทั้งสองฝ่ายไม่มีใครเหนือกว่าใคร ให้มีการประสานความร่วมมือร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพและการใช้ยาอย่างเหมาะสมต่อไป (collaborative care) (47)

5) การสร้างเสริมศักยภาพ (empowerment) ***สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายระดับ*** ไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคลที่บุคคลจะมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ (micro level) หรือจะเป็นระดับกลุ่มคนหรือชุมชนที่สมาชิกของชุมชนจะมารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆร่วมกันเพื่อสร้างความตระหนักในปรากฏการณ์ต่างๆร่วมกัน (meso level) หรือเป็นระดับภาพใหญ่ของสังคม ที่คนหรือกลุ่มคนที่มีแนวคิดร่วมกันจะจัดให้มีกิจกรรมต่างๆร่วมกัน (macro level) คนแต่ละคนมีแนวคิดเกี่ยวกับความหมาย หรือระดับการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน เช่นบางคนการให้ความรู้ที่เพียงพอก็ถือเป็นการสร้างเสริมศักยภาพ แต่บางคนการมีศักยภาพในการดูแลตนเองนั้นต้องประกอบด้วยการที่คนๆนั้นมีความสามารถในการตัดสิน หรือควบคุมสิ่งต่างๆให้เป็นไปตามที่ต้องการ เป็นต้น กระนั้นแล้วจึงจำเป็นที่จะต้องทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน เพราะไม่ว่าจะเป็นการสร้างเสริมศักยภาพของคนในระดับไหน ก็ล้วนแล้วจะส่งผลกระทบต่อระดับอื่นๆ เหมือนกันไม่ทางตรงก็ทางอ้อม (70)

หากพิจารณาจากEcological model of Healthซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์กันของปัจจัยในระดับต่างๆที่ส่งผลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพในการใช้ยาและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจะต้องมีกระบวนการปรับเปลี่ยนทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง บุคลากรทางการแพทย์

ชุมชนและสังคม ระบบบริการสุขภาพ และ นโยบายที่เกี่ยวข้อง ในทุกระดับอย่างสอดคล้องกัน ดังนั้น แล้วผลการทบทวนวรรณกรรมในตอนนี้จะแบ่งออกเป็นระดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.4.1รูปแบบ กลไก และวิธีการในส่วนของประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรม บุคคลหนึ่งบุคคลใดจะมีศักยภาพในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก็ต่อเมื่อ 1) มีข้อมูล หรือความรู้เกี่ยวกับโรคและยา ที่ชัดเจน และเพียงพอ 2) มีทักษะในการบริหารจัดการยาหรือใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และมีทักษะในการแก้ไขกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น และ 3) มีแรงจูงใจที่จะดูแลการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยตนเอง (16, 19, 56)

1.4.1.1การจัดการเรื่อง*ความรู้*สำหรับประชาชนผู้ใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นเกิดเพราะการมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนหรือไม่ครบถ้วน ดังนั้นข้อมูลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่คนแต่ละคนในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือประพฤติสิ่งใดๆ (40)การที่แต่ละคนจะมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอในการดูแลการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยตนเองได้นั้นต้องมั่นใจว่าบุคคลนั้นเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมได้ (accessibility) แหล่งข้อมูลให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ น่าสนใจ และเข้าใจง่ายสำหรับประชาชน (availability) และประชาชนสามารถในการนำข้อมูลนั้นไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ (health literacy)(19, 20)

ลักษณะของข้อมูลที่ให้ที่จะทำให้ประชาชนหรือผู้รับสนใจคงจะไม่เป็นเพียงแค่ข้อมูลเรื่องโรคและวิธีการปฏิบัติตัวตามที่ในตำราระบุไว้ แต่ควรจะเป็นข้อมูลที่เป็นมุมมองของผู้ป่วย ในภาษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีความเป็นองค์รวม (holistic) มีความเกี่ยวโยงถึงเรื่องของชีวิต ความเป็นอยู่ และเรื่องสุขภาพอย่างสอดคล้องเป็นธรรมชาติ ซึ่งการจะทำดังกล่าวบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานร่วมกันอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป(71)เช่นนั้นแล้วจะเห็นได้ว่า แค่เพียงการให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ผู้ใช้ต้องการ และเหมาะสมกับผู้ใช้อาจจะไม่เพียงพอ ดังนั้นแล้วบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องต้องให้ความระมัดระวัง ถึงการดำเนินการให้ข้อมูลความรู้กับผู้ป่วย หรือประชาชน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลที่จะส่งออกเป็นจะเหมาะสมกับผู้รับ มีกระบวนการที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และข้อมูลที่ได้รับมีเพียงพอที่เขาต้องการใช้ในการตัดสินใจ และผู้รับจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองได้จริง (66)ข้อมูลที่ให้ก็ควรให้ความสำคัญกับการจัดการกับอารมณ์ หรือสนับสนุนการให้กำลังใจกับผู้ป่วยมิใช่เพียงการให้ข้อมูลทางด้าน

การจัดการกับทางกายแต่เพียงอย่างเดียว (72)รูปแบบการจัดการให้ความรู้กับผู้ป่วยและประชาชนโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง(patient-centered care)เพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ข้างต้น มีตัวอย่างดังเช่น

Diabetic ABC (68)เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานด้วยตัวชี้วัด 3 ตัวคือ HbA1c, blood pressure, และ LDL cholesterol โดยให้ผู้ป่วยและประชาชนในชุมชนร่วมกันออกแบบการเรียนรู้กระบวนการ และเนื้อหาที่อยู่ข้างใน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะเข้าใจเนื้อหาได้โดยง่าย ดังนั้นแล้วจะสามารถพิจารณาปรับเปลี่ยนการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เพื่อให้การรักษาอยู่ในช่วงการรักษาที่เหมาะสม

Diabetic education bookหรือ Penn State Hershey Diabetes Playbook(73) ใช้หลักการของการตลาดเพื่อสังคม(social marketing)ในการให้กลุ่มตัวแทนผู้ป่วยพิจารณาว่า ผู้ป่วยเบาหวานต้องการความรู้พื้นฐานเรื่องเบาหวานอย่างไร ต้องการข้อมูลเรื่องการควบคุมอาหาร การให้ความร่วมมือในการรักษา และการดำเนินชีวิตประจำวันอะไร และอย่างไรบ้าง โดยในการจัดทำให้ผู้ที่มีระดับความฉลาดด้านสุขภาพน้อย (low health literacy) เข้ามาร่วมในการออกแบบหนังสือในทุกระยะ

Group education for diabetes patients (74)เป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวาน โดยในการดำเนินงานมี 2 ระยะ ระยะที่หนึ่งเป็นการให้การอบรมกับบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล เรื่องเนื้อหาที่อยู่ในคู่มือที่จะแจกให้กับผู้ป่วย ฝึกฝนวิธีและกระบวนการให้ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และให้แนวคิด เรื่องการสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน และหลังจากนั้น ในระยะที่ 2 เป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมในระยะแรก ในเรื่องการควบคุมอาหาร ความรู้พื้นฐานเรื่องโรคและยา การป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน แล้วจึงดำเนินการประเมินผลเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน

การให้ข้อมูลเรื่องผลของการรักษาโดยใช้self-monitoring tools และเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย (39, 75, 76)ซึ่งทำให้ช่วยติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ลดความกังวลใจของผู้ป่วยในเรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในขณะเดียวกันก็เป็นประโยชน์สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วย และแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจะได้ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ได้หากมีปัญหาเกิดขึ้น แต่วิธีการนี้ก็มีผู้กังวลเกี่ยวกับความเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งต้องการการจัดการป้องกันและความปลอดภัยของระบบการใช้งานคอมพิวเตอร์ (77, 78)

Personalized health information เป็นระบบการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วย เช่น ระบบ ‘push’ (79)ที่ให้ข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพเด็ก ‘HeartAge’ (80)ที่ให้ข้อมูลเรื่องไขมันในโลหิต และการรักษา ซึ่งในการใช้โปรแกรมเหล่านี้ ผู้ป่วยจะตอบข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิกเบื้องต้น พร้อมกันนั้นก็เก็บข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหากผู้ป่วยต้องการข้อมูลในเรื่องต่างๆ โปรแกรมจะจัดข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับผู้รับแต่ละราย ทั้งในเรื่องระดับความยากของภาษา และข้อมูลเรื่องยาและสุขภาพ

Multidisciplinary intensive education program for diabetes patients ในโครงการนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพจะร่วมกันสนทนา แลกเปลี่ยนข้อมูล และปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ โดยเนื้อหาและคำอธิบายที่ให้จะมีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด ก่อนที่จะส่งมอบข้อมูลให้กับผู้ป่วย การดำเนินการร่วมกันของทีมและการปรับเนื้อหาให้เข้ากับวิถีของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีแบบเดิม(81)

1.4.1.2 การจัดการเรื่อง*ทักษะการดูแลตนเอง*เรื่องสุขภาพและยา นอกเหนือจากการมีความรู้แล้ว ผู้ป่วยและประชาชนจะต้องมีทักษะหรือความสามารถในการดูแลตนเองได้ด้วยตนเอง ซึ่งการเพิ่มทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ร่วมกับมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องที่อาจจะเกิดขึ้นได้นั้นไม่สามารถทำได้ด้วยเพียงการให้ข้อมูลความรู้แต่เพียงแต่อย่างเดียว แต่ต้องใช้หลายกระบวนการร่วมกัน ด้วยคนหลายๆฝ่าย เพื่อให้ผู้ใช้ยามีความมั่นใจ มีความรู้ มีทักษะสามารถใช้ยาได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ และมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรือเผชิญกับอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในในระหว่างทางได้อย่างถูกต้องซึ่งการดำเนินการดังกล่าวนั้นต้องการความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ(60) ในการทำงานร่วมกันเพื่อดำเนินโครงการสร้างเสริมทักษะที่เข้าใจง่าย มีลักษณะผสมผสาน มีการประมวลความรู้และเทคนิคหลายด้าน ด้วยความร่วมมือของคนหลายภาคส่วน ตัวอย่างของโครงการที่มีการผสมผสานรูปแบบการทำงานเช่น

Chronic care model(82) เป็นระบบการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทีมีหลักการที่สำคัญคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรจะมีทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะช่วยบริหาร และประสานงานในการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร โดยที่หัวหน้าทีมอาจจะเป็นแพทย์ หรือพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่จะมาช่วยสนับสนุนและช่วยผู้ป่วยดำเนินการเกี่ยวกับ 1) รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย และให้

ข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรค และ กระบวนการรักษาทั้งหมดให้กับผู้ป่วย2) ช่วยผู้ป่วยตัดสินใจในการตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม 3) ร่วมกับผู้ป่วยจัดทำวิธีการต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการดูแลตนเอง และป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น 4) ร่วมกับผู้ป่วยในการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการต่างๆเหล่านี้ต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ที่ดีและความไว้วางใจในการทำสิ่งต่างๆร่วมกันจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยมีข้อมูลและศักยภาพอย่างเพียงพอในการดูแลตนเอง หลายโครงการใช้หลักการของ chronic care model ในการให้การดูแลผู้ป่วย เช่น

โครงการ SINERGIA (83, 84) ให้หลักการของ *chronic care model*เป็นหัวใจของการดำเนินการ เป็นการให้ความรู้โดยมุ่งเน้นการไปสู่การเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลจัดการกับตนเอง (empowerment) หลายๆด้านอย่างบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้หลักการโต้ตอบปฏิสัมพันธ์มากกว่าการบรรยายให้ความรู้ โดยเริ่มจากการให้ความรู้และแนวคิดเกี่ยวกับการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ป่วยให้กับสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคน จากนั้นในระหว่างที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อการรักษาและติดตามผล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวานจะทำหน้าที่ตรวจเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย แล้วร่วมกับผู้ป่วยในการจัดทำแผนการรักษาอย่างละเอียดเพื่อให้ทั้งสองฝ่ายเรียนรู้และรับทราบบทบาทของทั้งสองฝ่ายในแผนการดำเนินงานร่วมกัน ในกระบวนการติดตามผลการรักษาทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆจะหมุนเวียนกันมาให้ข้อมูล และฝึกทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้นมีการติดตามผลด้วยการใช้โทรศัพท์ (telehealth) เพื่อเช็คว่าผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้หรือไม่มีปัญหาอย่างไรบ้างและให้คำแนะนำหากผู้ป่วยมีคำถามหรือข้อสงสัย ภายหลังสิ้นสุดโครงการผลลัพธ์คือผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และในขณะเดียวกันแพทย์ก็มีเวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินรายอื่นๆต่อไป

โครงการ Project Leonardo (85)เป็นการใช้หลักการของ chronic care model และ case management ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีหัวหน้าทีม/ ผู้จัดการทีมในการดูแลสุขภาพคือพยาบาล โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น แพทย์ นักโภชนากร ครอบครัวและเพื่อนผู้ป่วย เข้าร่วมในการดูแล ในการบริหารจัดการนั้น นอกจากความรู้หรือทักษะที่จะได้รับจากทีมผู้เชี่ยวชาญแล้ว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วยยังช่วยแลกเปลี่ยนข้อมูลและสนับสนุนการดูแลสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายหลังจากโครงการพบว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยมีข้อมูลเรื่องโรคและยาที่เพียงพอ ผ่าน

กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น และมีความพร้อมและตื่นตัวที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Innovative care for chronic condition (86)เป็นการเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยหลักการสำคัญคือการออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดกระบวนการประเมินข้อมูลพื้นฐานก่อนการให้การเพิ่มทักษะการดูแลตนเอง ปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการปรับพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเอง นอกจากนั้นยังมีการสนับสนุนการใช้ข้อมูลทางคลินิกเพื่อให้เป็นข้อมูลในการวางแผน และการตัดสินใจ ด้วยความร่วมมืออันเข้มแข็งของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สื่อและเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติของทั้งผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ พร้อมกับใช้หลักการของการวิจัยเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ นอกจากนั้นในโครงการยังเน้นการให้การฝึกอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย

Case management(87-89)เนื่องจากข้อจำกัดของแพทย์ในการมีเวลาจำกัดในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ การจัดระบบการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยจัดให้ผู้ป่วยมี case manager หรือผู้จัดการทีมในการดูแลสุขภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะทำการตกลงว่าใครจะรับหน้าที่เป็นผู้จัดการทีมในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ผู้จัดการนี้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์ เช่นพยาบาล เป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลติดตามผลการรักษา วางแผนและสนับสนุนการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้จัดการทีมสุขภาพนี้จะสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาให้กับผู้ป่วยได้ ตามแนวทางที่ได้กำหนดและตกลงไว้กับแพทย์เจ้าของไข้ การทำงานแบบนี้จะสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลได้อย่างรวดเร็วที่เหมาะสม ในหลายครั้งจะมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อติดตามผล ให้คำแนะนำ และตอบคำถามที่ผู้ป่วยจะมีในขณะที่ทำการรักษา ด้วยการใช้โทรศัพท์ หรือ ส่งข้อความสื่อสาร เป็นต้น และผู้จัดการทีมสุขภาพจะทำหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความรู้ ฝึกทักษะ หรือตอบคำถามที่ผู้ป่วยมีในขณะที่ทำการรักษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Self-management model(62)เป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นฝ่ายสนับสนุนให้เกิดศักยภาพดังกล่าว ดังนั้นแล้วบุคลากรทางการแพทย์ต้องปรับเปลี่ยนตัวเองให้ก้าวพ้นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบที่มีตนเองเป็นศูนย์กลาง ที่มีมุมมองการติดตามการรักษาแบบcompliance-based approach และปรับบทบาทของตนเองให้เป็นผู้สนับสนุนที่พร้อมจะ

ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วย เพื่อให้การสนับสนุนการดูแลทั้งทางด้านความเจ็บป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจที่เกิดจากความเจ็บป่วย บุคลากรทางการแพทย์จะทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง พร้อมๆสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเอง ในการเผชิญปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น ในตัวอย่างของโครงการดังต่อไปนี้

LIFE plan เป็นโครงการในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีแนวคิดที่ว่าการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลและจัดการตนเอง (self-manage) ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญที่สุด โดยในที่นี้บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความตระหนักและความเข้าใจในเบื้องต้นว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่รู้จักตนเองดีที่สุด เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องของตัวตนของเขา เขารู้ว่าเขาต้องการรู้เรื่องอะไรบ้างเพื่อที่ตัวของเขาเองจะเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ต่อไป

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่ใช่เรื่องง่าย เป็นเรื่องที่ต้องการความรู้ ความมุ่งมั่น และความเข้าใจในตัวของผู้ป่วยอย่างชัดเจนและรอบด้าน ดังนั้นเองในกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในโครงการนี้จึงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (ที่ยืดหยุ่นได้) คือ 1) ต้องจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเรียนรู้ถึงแง่มุมต่างๆ ของโรคเบาหวาน บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามามีส่วนในการดูแลสุขภาพ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นเบาหวาน 2) แสดงให้ผู้ป่วยทราบถึงหลักการที่สำคัญของการรักษาและดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน 3) ร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายว่าต้องการจะดำเนินการอย่างไร อะไรก่อน อะไรหลัง มีระยะเวลาในการดำเนินการนานเท่าไร และ 4) บุคลากรทางการแพทย์ก้าวเดินไปพร้อมกับผู้ป่วย ในการเรียนรู้ถึงประสบการณ์การดำเนินงานตามแผน ปัญหาที่ได้เจอ ประเมินผลการทำงาน และวางแผนในการดำเนินการต่อไป ทุกขั้นตอนควรเป็นขั้นตอนที่ยืดหยุ่นได้ และปรับเปลี่ยนตามความคาดหวังของตัวผู้ป่วยเอง (90)

1.4.1.3 การสร้าง*แรงจูงใจใน*การใช้ยาอย่างสมเหตุผลการที่ประชาชนจะสามารถใช้ยาได้อย่างสมเหตุผลนั้น อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ ความมั่นใจในตนเองว่าตนเองจะสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมว่าเมื่อไรจะใช้ยา และเมื่อไรที่จะไม่ใช้ยา ความมั่นใจดังกล่าวจะสามารถสร้างได้ก็ด้วย***การสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์***ที่จะให้ความเชื่อมั่นว่าทุกคนสามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเองได้ และการดูแลสุขภาพจะเกิดขึ้นได้อย่างดีที่สุดเมื่อทั้งผู้ป่วย และ บุคลากรทางการแพทย์ร่วมมือซึ่งกันและกัน (91, 92)เมื่อสามารถสร้างความตระหนักนี้ให้เกิดขึ้นในตัวประชาชน

แล้วจะเป็นการง่ายที่บุคคลแต่ละคนจะมีส่วนร่วมในเชิงรุกในการค้นหาวิธีการดูแลตนเอง รับเอาข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง หรือสอบถามข้อมูลต่างๆเพิ่มเติมกับบุคลากรทางการแพทย์ (93)

ในขณะเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องให้โอกาสกับประชาชนที่จะเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการรักษาและดูแลตนเอง เพื่อเป็นความสร้างความมั่นใจในบทบาทใหม่ของการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะด้วยการเปิดการสนทนาพูดคุยซักถามเรื่องราวต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ตั้งคำถามและรอฟังคำตอบหรือการอธิบายจากผู้ป่วย ด้วยการตั้งเป้าหมายในการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน และให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อจะดูแลตนเองให้ดีมากยิ่งขึ้น (91) เป็นต้น ในระหว่างการรักษาแพทย์สามารถเพิ่มความมั่นใจในศักยภาพของตนเองให้มากยิ่งขึ้นได้ด้วยการสนทนาพูดคุย ซักถามสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาหรือใช้ยาร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมกับให้กำลังใจสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (94)นอกจากนั้นกระบวนการอื่นๆที่เพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยคือ การให้ผู้ป่วยเข้าถึงหรือมีการจัดเก็บข้อมูลทางคลินิกของตนเองก็จะทำให้ผู้ป่วยรับทราบ อยากที่จะเข้ามาเป็นส่วนร่วมในการรักษาโรคให้เข้าสู่เป้าหมายการรักษามากขึ้น และบุคลากรทางการแพทย์ควรพัฒนาความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลทางคลินิกที่บันทึกไว้ อีกกระบวนการคือการโอกาสกลุ่มผู้ป่วยได้มาพบกัน สร้างกลุ่มของการเรียนรู้ร่วมกัน และแลกเปลี่ยนเทคนิคในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้น(63, 91, 94-96)

นอกเหนือจากนั้นการปรับแนวคิดของบุคลากรทางการแพทย์ในภาพรวมในการพยายามให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงบทบาทในเชิงรุก และมีสติในการหลีกเลี่ยงการให้บริการที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายรับแต่เพียงอย่างเดียว ณ ทุกจุดของการบริการก็จะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยสร้างบรรยากาศการสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น แม้แต่การบริการผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) ก็สามารถช่วยสร้างความมั่นใจในศักยภาพของผู้ป่วยได้ ด้วยการเฝ้าระวังอาการที่ผู้ป่วยท้อแท้หมดหวัง และใช้การสนทนาในการสร้างพลัง สร้างกำลังใจในการต่อสู้ต่อไป (97) และด้วยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเรื่องสภาวะที่เป็น และแผนการรักษา ตรงนี้เองก็ให้ผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจ และการตั้งเป้าหมายการรักษาในแต่ละครั้งเป็นต้น หรือจัดตั้งโครงการติดตามผลการรักษาแม้ว่าผู้ป่วยจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักแล้วก็ตาม โดยทั้งหมดนี้ก็ใช้หลักการของการสื่อสารที่ดี และการสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองเป็นหลัก (93, 98)

โดยสรุปคือกระบวนการที่จะช่วยพัฒนาความตระหนักถึงความรับผิดชอบ และความมั่นใจในศักยภาพของตัวผู้ป่วยในการดูแลเรื่องการใช้ยาและสุขภาพของตนเองนั้นสามารถทำได้ด้วยการใช้แนวคิดของ การสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง (patient empowerment) ร่วมกับ การให้ความรู้เรื่องยาและสุขภาพ (health education) และการตระหนักถึงความฉลาดด้านสุขภาพ (health literacy) ร่วมกัน ซึ่งอาจจะดำเนินการด้วยกลวิธีดังต่อไปนี้ (33)

1) ให้โอกาสผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ในที่นี้ต้องการทักษะในการฟังและการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะเข้าใจ และสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลดังกล่าว

2) ให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจวางแผนการดูแลตนเอง และการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นผู้สนับสนุนทั้งทางด้านเทคนิคการปรับพฤติกรรม ร่วมวางแผนการจัดการหากมีปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น และให้กำลังใจในการดำเนินการ ในบทบาทนี้บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับฟังให้มาก ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยพูดคุยอธิบายให้มาก และบุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้ที่จะ สอน พูด หรือแสดงความคิดเห็นให้น้อยลงเนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเชื่อถือและโอนอ่อนตามบุคลากรทางการแพทย์เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

3) ภายหลังจากให้ความรู้ และสร้างทักษะในการปฏิบัติแล้ว ต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าตัวผู้ป่วยเองจะสามารถทำได้ตามแผนที่ได้จัดทำไว้ร่วมกัน หากมีปัญหาหรืออุปสรรคก็สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยความมั่นใจ

กลยุทธของการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเองคือ เพิ่มความตระนักในศักยภาพของตนเอง และความจำเป็นในการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาโรคและดูแลสุขภาพ จากนั้นสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ในการให้ข้อมูลกันและกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ไว้วางใจกันและกัน และร่วมกันวางแผนการรักษาและการดูแลสุขภาพร่วมกัน ให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนเองมีความรู้และทักษะที่เพียงพอใจการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ด้วยความมั่นใจว่ายังมีบุคลากรทางการแพทย์ที่พร้อมจะเป็นผู้สนับสนุน และร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกัน (91, 94)

1.4.1.4การให้ข้อมูลเรื่องสุขภาพความเจ็บป่วยให้กับประชาชน

นอกเหนือจากการให้ข้อมูล สร้างทักษะ และเพิ่มความตระหนักและความมั่นใจของผู้ป่วยในศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาด้วยตนเอง สามารถเกิดได้จากการมีปฏิสัมพันธ์หรือการเข้าร่วมโครงการกับบุคลากรทางการแพทย์โดยตรงแล้ว ในปัจจุบันยังสามารถใช้***เทคโนโลยีข้อมูลและการสื่อสาร (Information and Communications Technology; ICT)*** เช่น โปรแกรมคอมพิวเตอร์ อินเตอร์เน็ท หรืออุปกรณ์สื่อสารอื่นๆ เพื่อเป็นเครื่องมืออีกด้วย อินเตอร์เน็ทและระบบการสื่อสารชนิดใหม่นี้เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญสำหรับคนยุคใหม่ ซึ่งมีความหลากหลายและคนสามารถเข้าถึงได้ทุกวันทุกเวลา (99, 100)นอกจากนั้นแล้วการเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ ประชาชนสามารถทำได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการหนึ่งที่เป็นการสร้างความมั่นใจของประชาชน และเพิ่มการสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองอีกด้วย (100)

ถึงแม้ว่าการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารจะมีการใช้มากขึ้นแต่ก็มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ เช่น คนกลุ่มหนึ่งอาจจะเข้าไม่ถึง ผู้สูงอายุอาจจะไม่สะดวกที่จะใช้แหล่งข้อมูลนี้ หรือแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือจะมีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับการให้ข้อมูลเพื่อการโฆษณาบนอินเตอร์เน็ท โดยเฉพาะอย่างยิ่งฐานข้อมูลที่ผลิตจากบุคลากรทางการแพทย์ (99, 101, 102) แม้จะมีข้อจำกัด แต่ในปัจจุบันก็มีการนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความตระหนัก และสนับสนุนการสร้างศักยภาพของผู้บริโภคเป็นอย่างมาก ยกตัวอย่างเช่น

การสร้างชุมชนออนไลน์ เพื่อเป็นกลุ่มคนที่มีความสนใจร่วมกัน หรือกำลังเผชิญภาวะโรคเดียวกันได้โอกาสในการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล ช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการจัดการกับภาวะโรคได้ (103, 104)และในขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์ยังสามารถใช้ช่องทางนี้ในการให้ความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพได้อย่างตรงเป้าหมาย (105-107)

การใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมในการสร้างข้อมูลที่เหมาะสมกับคุณลักษณะของผู้อ่าน ข้อมูลถูกจัดทำขึ้นเพื่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ตามเนื้อหาที่ผู้อ่านต้องการทราบ ในระดับข้อมูลที่อ่านง่าย ในความลึกที่เหมาะสม และปริมาณข้อมูลที่ผู้อ่านต้องการในแต่ละครั้ง นอกจากนั้นยังเป็นช่องทางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการสอบถามหรือปรึกษาเพิ่มเติมอีกด้วย (108)

การใช้เทคโนโลยีเพื่อการประเมินและติดตามผลการรักษาโดยการโทรศัพท์หรือติดต่อสื่อสารเพื่อติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลหรือระดับความดันโลหิต โดยตรงจากผู้ป่วย หรือการสอบถามปัญหาที่ผู้ป่วยมีในขณะที่กำลังใช้ยาหรือทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือทำการย้ำเตือนผู้ป่วยให้ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้อินเตอร์เน็ต หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือที่เรียกกันว่า telehealthก็เป็นอีกกลวิธีที่ถูกนำมาใช้ในการติดตามผลและแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (109-112)

การใช้ระบบอินเตอร์เน็ตในการเก็บรักษาและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วย การติดตามผลการรักษาบนอินเตอร์เน็ต โดยผู้ป่วยสามารเข้าไปเช็คข้อมูลของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความเข้าใจต่อกระบวนการรักษาโรค และให้ผู้ป่วยได้รับทราบสภาวะการดำเนินไปของโรค และสุขภาวะของตนเองได้ (78, 113)อย่างไรก็ตามในการดำเนินการดังกล่าวก็ยังมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย และยังต้องการระบบที่มีความสามารถในการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล

1.4.2 รูปแบบ กลไก และวิธีการในส่วนของสังคมและชุมชน

การเพิ่มศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาจะประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้นหากว่ามีการดึงเอาสังคมหรือชุมชนที่ผู้คนอาศัยอยู่เข้ามาเป็นส่วนร่วม ดังแนวคิดของ Ecological model of healthที่กล่าวว่าพฤติกรรม และทัศนคติของบุคคลไม่ได้ตั้งอยู่เพียงโดดๆ ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นเพียงผู้เดียว แต่มันเกิดขึ้นเนื่องจากปฏิสัมพันธ์ที่บุคคลนั้นมีต่อสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่รอบๆตัว ผู้คนหรือสิ่งรอบข้างก็มีผลกระทบต่อพฤติกรรมหรือทัศนคติของคนๆนั้นเช่นกัน ดังนั้นแล้วหากใช้ครอบครัว เพื่อนหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ก็จะสามารถผลักดันให้เกิดการเสริมสร้างศักยภาพในการใช้ยาและดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (114)

การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วย หรือผู้ที่สนใจในการดูแลสุขภาพเรื่องต่างๆ เป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยสร้างความตระหนักในพลังอำนาจของตนเอง ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและวิธีการแก้ไขปัญหาที่แต่ละคนอาจจะเผชิญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนั้นยังเป็นการสร้างพลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป (115, 116)การจัดตั้งกลุ่มหรือเวทีที่สมาชิกกลุ่มจะได้เจอกันนี้อาจจะจัดตั้งได้ในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่บุคลากรทางการแพทย์จัดเตรียมไว้ให้ โดยสมาชิก

กลุ่มได้พูดคุย ปรึกษาหารือกัน หากว่ามีปัญหาต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากบุคลากรทางการแพทย์ก็จะมีการเตรียมข้อมูลที่ต้องการให้อย่างเหมาะสมต่อไป (117)หรือตั้งกลุ่มขึ้นในชุมชน ซึ่งจะมีข้อดีคือจะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการสร้างความรู้ หรือเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา ในบรรยากาศที่สมาชิกทุกคนสบายใจ (118) นอกจากนั้นยังมีการตั้งกลุ่ม online ซึ่งจะทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงมากยิ่งขึ้น ดังที่ได้กล่าวไปในตอนที่ผ่านมา ตัวอย่างของการจัดตั้งกลุ่มเช่น

Community leg club (119, 120) จัดตั้งขึ้นโดยกลุ่มผู้ป่วย เพื่อน ญาติ และกลุ่มคนต่างๆในชุมชนที่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน leg ulceration โดยในกลุ่มจะใช้หลักการของสุขภาพองค์รวมให้การยอมรับกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมกลุ่มยังเป็นไปเพื่อลดความกังวลและความอับอายต่อสภาวะโรค ให้การยอมรับตนเอง และผู้ป่วย เพื่อให้การสนับสนุนทั้งด้านกำลังใจ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

Baby CyberLink(121)เป็นโครงการให้ความรู้และเสริมทักษะการดูแลทารกของแม่ และผู้ปกครอง โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเข้าช่วย และในกระบวนการการเสริมทักษะนั้นเน้นการสนับสนุนของ ครอบครัว เพื่อน และอาสาสมัครหรือองค์กรในชุมชน เพื่อจะช่วยให้มารดามีศักยภาพในการดูแลเด็กทารกของตนเองได้

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ด้วยความร่วมมือของชุมชน โดยให้อาสาสมัครในชุมชน เพื่อนบ้าน และญาติพี่น้องที่อยู่ใกล้เคียงได้เข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และองค์กรต่างๆของชุมชน โดยใช้หลักการของ การเพิ่มศักยภาพของผู้คนในการดูแลสุขภาพ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม ในการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (seamless care)(122)

1.4.3 การพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาของประชาชน เนื่องจากเป็นผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนโดยตรง เป็นผู้ที่ให้ความรู้ และให้การบริการทางสุขภาพกับประชาชน บทบาทที่บุคลากรทางการแพทย์ถูกปลูกฝังมาโดยตลอดคือการดูแลรักษาสุขภาพให้กับผู้ป่วยตามทักษะและความเชี่ยวชาญที่แต่ละด้านที่แต่ละฝ่ายได้เรียนมา โดยที่ผู้ป่วยเป็นเพียง “ผู้รับ” บริการ ดังนั้นแล้วการปรับเปลี่ยนแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเป็น “ผู้ให้” หรือ “ผู้ดูแล” ด้วยตนเองนั้นจึงต้องการสิ่งสนับสนุนจำนวนมากจากบุคลากรทางการแพทย์ (46, 123)ทำ

อย่างไรที่จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้หลุดออกจากวิธีและแนวทางการปฏิบัติเดิมๆ ที่ทำอยู่ทุกๆ วัน เช่น ที่จะไม่ให้เป็น 'just a nurse'(124) จากการทบทวนวรรณกรรม สิ่งสนับสนุนที่จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนัก และทักษะในการสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

*1.4.3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับบริบททางครอบครัว สังคม และวิถีชีวิตของผู้ป่วย*ที่รอบด้าน ถูกต้องและสม่ำเสมอ (19)ข้อมูลที่จะช่วยเพิ่มความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความแตกต่างกันในด้านความพร้อมของผู้คนในการรับข้อมูล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น รายได้ ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ พื้นหลังวัฒนธรรมความเชื่อ ความกังวลใจเป็นต้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จะได้ข้อมูลดังกล่าวจากการถามคำถามปลายเปิดและการรับฟังอย่างตั้งใจ ด้วยวิธีการเพิ่มช่องข้อมูลเหล่านี้ให้กับผู้ป่วยในเวชระเบียน เพื่อให้แพทย์ได้พิจารณาในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย(125, 126)

1.4.3.2ความตระหนักถึงการมีศักยภาพของคนทุกคน รวมถึงผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (127) ให้โอกาสกับผู้ป่วยในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง รวมทั้งตระหนักถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันในสังคมว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นฝ่ายที่มีอำนาจมากกว่าในแง่ความรู้ในเรื่องวิทยาศาสตร์สุขภาพ แต่ในกระบวนการสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้องการการส่งต่อความมั่นใจในอำนาจของผู้ป่วยในการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์จึงมีส่วนสำคัญในการสร้างความสมดุลของบทบาท หน้าที่ และ อำนาจในความสัมพันธ์รูปแบบใหม่ที่จะเกิดขึ้น (128, 129)

1.4.3.3 ทักษะการสื่อสารที่ดีคือมีความสามารถที่จะฟัง อธิบายความ และจูงใจ(53)พร้อมทั้งตระหนักถึงข้อจำกัดของวิธีการให้ความรู้แบบเดิมด้วยการบรรยาย หรือให้ข้อมูลทางเดียว ที่ทำให้ประชาชนเป็นเพียงผู้รับสาร โดย ไม่ได้มีโอกาสในการซักถามหรืออธิบายความอันจะเป็นประโยชน์ในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในชีวิตจริงต่อไป (33)

1.4.3.4ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย มีความปรารถนาดีต่อผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยให้ความนับถือและเชื่อใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกัน ที่จะทำให้ผู้ป่วยปรึกษาหากมีปัญหา พร้อมกับบอกอุปสรรคหรือข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับแผนการรักษา (16, 42) ซึ่งความไว้เนื้อเชื่อใจ (trust) นั้นสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้จาก การมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันของทั้งสองฝ่าย และท่าทีของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะรับฟังข้อมูล เหตุผล และให้โอกาสผู้ป่วยในเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลรักษาโรค (38, 94)

แนวคิดของการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนนั้นมีความใกล้เคียงกับหลักการของ patient-centered care หรือการดูแลที่ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บางครั้งอาจจะรวมครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามาเป็นศูนย์กลางด้วย เนื่องจากเขาเหล่านี้เป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากของการเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาโรค และหัวใจที่สำคัญอันดับแรกคือบุคลากรทางการแพทย์ต้องสร้างความสัมพันธ์อันดี มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและญาติว่าพวกเขามีความกังวลอะไร และจะสามารถก้าวผ่านความกังวลเหล่านั้นไปได้อย่างไร เมื่อเกิดความสัมพันธ์ก็เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ และผลการรักษาที่ดีตามมา (130-132)

*1.4.3.5 สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่สนับสนุน*การทำงานเพื่อเพิ่มศักยภาพของประชาชน การพัฒนาศักยภาพของประชาชนด้วยการเพิ่มความมั่นใจ ความรู้ และทักษะในการจัดการกับตนเอง เป็นกระบวนการที่ละเอียดอ่อนและต้องใช้เวลาในการทำงานอย่างต่อเนื่อง หากแต่ภาระงานประจำที่แน่นจำนวนผู้ป่วยที่มากในโรงพยาบาล อาจจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยได้เต็มที่ ซึ่งอาจจะส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้รู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ สถานที่ทำงานจึงมีความสำคัญในการให้โอกาสกับผู้ปฏิบัติงานให้มีโอกาสพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมอย่างแท้จริง (133) ดังนั้นแล้วจึงมีแนวคิดว่าสถานที่ๆ เหมาะสมจึงอาจจะเป็นภายนอกสถานพยาบาล การทำงานในชุมชนหรือสถานที่อื่นๆ ที่แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครด้านสุขภาพ และสหสาขาวิชาชีพจะได้มีเวลา และจัดเวลาที่เหมาะสมในการทำงานร่วมกันในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ (134)

1.4.3.6 ความต่อเนื่องของการทำงานดูแลสุขภาพ ความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยในการทำงานร่วมกันในการดูแลสุขภาพและสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อการพัฒนาความรู้จักความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสนับสนุนทั้งทางความรู้ เทคนิค ทักษะ รวมทั้งการให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเปลี่ยนผ่าน สร้างการตระหนักและบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (129, 135)ในสภาวะการที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงาน โยกย้ายงานบ่อยๆของบุคลากรทางการแพทย์เช่นที่เป็นมาและเป็นอยู่ของประเทศไทย ความต่อเนื่องในการทำงานก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย

1.4.3.7 ความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงความหลากหลายของกระบวนการดูแลรักษาโรคของผู้คนในชุมชน และมุมมองด้านสังคมวัฒนธรรมของผู้คนที่ต้องการการดูแลในภาพรวมของการดำเนินชีวิต ไม่ใช่เพียงการดูแลแค่เพียงความ

เจ็บป่วยทางกายภาพ (136)เมื่อเข้าใจแล้วก็จะสามารถนำทักษะความรู้เรื่องการป้องกันโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้ได้อย่างเหมาะสม (137) จากการทบทวนวรรณกรรมหลากหลายกระบวนการถูกนำมาใช้เพื่อทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจมุมมองของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยได้ถูกนำมาใช้ เช่น

การทดลองให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ทดลองใช้ชีวิตเป็นผู้ป่วย กรณีนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นเวลา 2 วัน เพื่อให้เข้าใจชีวิตและความยากลำบากในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของผู้ป่วย หลังจากนั้นจัดให้มีกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความตระหนักและความเข้าใจถึงแนวคิดของ การเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เป็นเวลา 2 วันในการประชุมเชิงปฏิบัติการจะมีการฝึกปฏิบัติเรื่องการสื่อสาร ทักษะการเป็นฝ่ายสนับสนุนเป็นโค้ชในการสร้างความตระหนักกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง ในการวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ส่งผลกระทบเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิเคราะห์ศักยภาพและทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ามาเป็นสมาชิกสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพของตนเอง หลังจากดำเนินกิจกรรมดังกล่าวก็แยกย้ายให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้เข้าร่วมโครงการกลับไปดำเนินกิจรรมในสถานบริการของตนเอง (67)กระบวนการดังกล่าวนี้ถูกปรับใช้ในหลายที่โดยหลักการก็คือเพิ่มการตระหนักรู้และความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วย จากนั้นก็ทำการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและทักษะการให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งหมดนี้ก็เป็นการ เพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการปฏิบัติงานในการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อไป (138)

การใช้แนวคิดของงานเชิงคุณภาพมาใช้ในการสร้างความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อชีวิต การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และความยากลำบากที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการใช้ยา วิธีการดังกล่าวเช่น narrative medicines โดยให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้รับฟังเรื่องของชีวิตและบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และ ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ได้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจ และใช้ข้อมูลประกอบในการพิจารณาการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการทำกิจกรรมอื่นๆในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ในการฟังอย่างตั้งใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความวิตกกังวลที่มีอยู่ และบุคลากรทางการแพทย์จะได้มีโอกาสในการเข้าไปช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม แต่การที่ผู้ป่วยจะยอมถ่ายทอดสิ่งที่อยู่ในใจออกมานั้นต้องการความรู้สึกปลอดภัย รู้สึกมั่นใจ และรู้สึกว่าเรื่องราวของตนเอง

ได้รับการรับฟังอย่างตั้งใจ (17, 139, 140)หรืออาจจะใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มซึ่งส่วนประกอบของกลุ่ม คือ แพทย์ เภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ รวมทั้งส่วนประกอบของผู้ป่วย และผู้ให้การดูแล ซึ่งในการจัดการสนทนากลุ่มก็มีเพื่อให้แต่ละฝ่ายได้เรียนรู้ความรู้สึก ความกังวล ความคาดหวัง และบทบาทของฝ่ายต่างๆที่จะเข้ามามีส่วนช่วยในกระบวนการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในบทบาทของแต่ละฝ่าย ในกระบวนการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นความกังวลของตนเอง ในขณะที่แพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจในมุมมองของผู้ป่วย ฝึกทักษะการฟัง เพิ่มทักษะการให้คำปรึกษาให้กับผู้ป่วย และเป็นโอกาสในการสอดแทรกการให้ความรู้กับผู้ป่วย (107, 141)

1.4.3.8 การสร้างเสริมศักยภาพและความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานเชิงรุกการที่จะให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ต้องการมุมมองใหม่ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยแบบโรคเฉียบพลันซึ่งเป็นแนวคิดกระแสหลักของการดูแลรักษาโรค ต้องการการสละเวลาและวางอำนาจในการจัดการดูแลผู้ป่วยลง และหยิบยื่นแบ่งปันพลังอำนาจดังกล่าวให้ผู้ป่วยยอมรับอย่างเต็มใจ และพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองต่อไป ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเองก็ไม่ใช่กระแสหลักของระบบการให้การดูแลเช่นกัน กระบวนการทั้งหมดต้องอาศัยความกล้าหาญ ความละเอียดอ่อน และเวลา ดังนั้นตัวของบุคลากรแพทย์เองที่จะทำหน้าที่ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ก็ต้องการการเสริมสร้างความมั่นใจและศักยภาพของตนเองในการทำในสิ่งที่เป็นแนวคิดใหม่ ที่อาจจะไม่มีรูปแบบแนวทางที่ชัดเจน และแตกต่างจากสิ่งที่ได้เรียนรู้มา คือต้องการการ provider empowerment เช่นเดียวกัน (129, 142)

1.4.4 การพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในส่วนของระบบยาและสุขภาพ

กระบวนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ และปรับระบบการดูแลสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองการรักษาพยาบาลให้มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างองค์รวม นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ด้วยความพยายามของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสนใจ หรือมีหน้าที่รับผิดชอบแต่เพียงอย่างเดียว ระบบอื่นๆที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องมีการเคลื่อนไหวเช่นเดียวกัน ทั้งระบบที่เกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ และระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดรูปแบบ นโยบายทางการแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

*1.4.4.1กระบวนการเรียนการสอน หรือการผลิตบุคลากรทางการแพทย์*อีกกลไกหนึ่งที่จะเพิ่มความตระหนักถึงการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและการใช้ยาด้วยตัวเองของผู้ป่วยนั้นก็ด้วยกลไกทางการศึกษา หรือการปรับหลักสูตรการเรียนการสอนของกระบวนการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ในกระบวนการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับความรู้ทางเทคนิค การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาโรคต่างๆ เพื่อมุ่งเน้นการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่อาจจะให้ความสำคัญในเรื่องชีวิต ผู้คน หรือมุมมองเรื่องมานุษยวิทยาต่างๆ เป็นอันดับรองลงไป ซึ่งกระบวนการการสร้างความเป็นวิชาชีพเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์ละเลยการให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้ที่มีความรู้มากที่สุดในเรื่องสุขภาพและชีวิตของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ถึงแม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนจะเห็นถึงความสำคัญของการให้ผู้ป่วยมาเป็นส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล หรือเป็นส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น แต่บุคลากรเหล่านั้นก็ไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนวิถีการทำงานในการดูแลสุขภาพของตนเพื่อมุ่งไปสู่แนวทางการสร้างศักยภาพของผู้ป่วยได้โดยง่ายนัก เนื่องจากความเคยชินกับวิถีที่เคยทำสืบต่อกันมา (17)

การปรับหลักสูตรการเรียนการสอนบุคลากรในวิชาชีพด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็น เพื่อเพิ่มมุมมองด้านการมองผู้คนอย่างองค์รวม มองเห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆในวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ในการเรียนการสอนหากได้เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์การทำงาน ได้เห็นถึงชีวิตของผู้คนที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนกับสิ่งต่างๆ และมีประสบการณ์ในการพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือให้คำปรึกษากับคนเหล่านั้น ก็จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีทักษะในการสื่อสารกับผู้คนที่ดีขึ้น และเพิ่มความตระหนักถึงความแตกต่างของแต่ละชีวิตในการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ (143)เช่นเดียวกันกับเรื่องการที่ประชาชนมีการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือการแพทย์ทางเลือกกันมาก เนื่องจากการได้ยินข่าวสาร วัฒนธรรม และความเชื่อ ในปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งให้การปฏิเสธแนวคิดในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือการแพทย์ทางเลือกเหล่านี้ ด้วยปัจจัยที่สำคัญคือไม่รู้จัก และไม่แน่ใจถึงวิธีการ ประสิทธิภาพ หรือความปลอดภัยของทางเลือกดังกล่าว แต่ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ปฏิเสธทางเลือกนี้ ประชาชนกลับให้ความเชื่อมั่นและสนใจในทางเลือกนี้มากขึ้นและพร้อมที่จะทดลองใช้ทางเลือกเหล่านี้ จึงมีข้อเสนอแนะที่น่าสนใจว่าในหลักสูตรการเรียนการสอนการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการบรรจุหลักการแนวคิด และข้อมูลของผลิตภัณฑ์สุขภาพและการแพทย์ทางเลือกเหล่านี้ไว้ด้วย รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแสวงหาทางเลือกเหล่านี้ของประชาชนไว้ในหลักสูตร เพื่อเป็นต้นทุนในการเรียนรู้ และดูแลผู้ป่วยต่อไป (144)

ตัวอย่างขอการดำเนินการได้แก่ การเพิ่มทักษะของแพทย์ประจำบ้านที่อิสราเอลก็เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ได้บรรจุแนวคิดและทักษะด้านการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ โดยในหลักสูตรได้กำหนดไว้ว่านอกเหนือจากการมีความรู้และทักษะด้านการรักษาโรคแล้ว นักศึกษาแพทย์ที่จะผ่านหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านได้จะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ ในระดับแรกนักศึกษาต้องแสดงว่ามีทักษะการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยซึ่งจะทดสอบโดยใช้บทบาทสมมติ(role-play)อภิปรายถกแถลง และการสอบวิเคราะห์สถานการณ์ ในระดับที่สองคือการมีความรู้ความเข้าใจด้านสังคมวัฒนธรรมของระบบครอบครัวผ่านการเรียนรู้ด้วยการมอบหมายให้เขียนแผนภูมิครอบครัว ประวัติชีวิต การดำเนินชีวิต และเรียงร้อยเป็นเรื่องเล่าเพื่อแลกเปลี่ยนกับนักศึกษาคนอื่นๆ และให้นักศึกษาลองวิเคราะห์ว่าหากชีวิตของตนเองต้องเป็นดังกล่าวจะส่งผลกระทบอย่างไร และในระดับสุดท้ายจะต้องมีการสอบโดยใช้ผู้ป่วยจำลอง นักศึกษาต้องวิเคราะห์สถานการณ์ และให้คำปรึกษาที่ครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วย กระบวนการดังกล่าวถูกแทรกเข้าไปในเนื้อหาการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านในทุกชั้นปี เพื่อเพิ่มมุมมองและทักษะให้กับนักศึกษาแพทย์ (145)

1.4.4.2 นโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมคือ การให้การบริการแบบปฐมภูมิ (Primary healthcare service) ซึ่งเป็นนโยบายระดับประเทศที่มีการสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการลงไปเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วยในชุมชน นโยบายระดับประเทศจะผลักดันให้เกิดการพัฒนาแนวคิดและทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ และการเข้ามามีบทบาทต่อการดูแลสุขภาพ รักษาโรคของผู้คนในชุมชน และการดูแลในภาพรวมของการดำเนินชีวิต ไม่ใช่เพียงการดูแลแค่เพียงความเจ็บป่วยทางกายภาพ (136)นอกจากนั้นแล้วการให้การดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการปฐมภูมิยังมีข้อดีที่จะช่วยสนับสนุนการสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การที่บุคลากรทางการแพทย์เข้าไปเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพในชุมชน หรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์มีเวลามากพอในการให้คำแนะนำและรับฟังเรื่องราวต่างๆของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความสบายใจและไม่กังวลใจที่จะซักถามเรื่องราวต่างๆ ซึ่งจะทำให้พวกเขารู้สึกมีตัวตนมีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับการสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองต่อไป (146, 147)

*1.4.4.3 เป้าหมายการดูแลสุขภาพในระดับประเทศ*ในระบบบริการสุขภาพมีผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่เปรียบเป็น supply side และ demand side ที่จะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกันเพื่อการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพควรจะพิจารณาพัฒนาเพิ่มศักยภาพของสถานบริการสุขภาพในการบริหารจัดการทั้งฝั่งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ แต่ที่ผ่านมาผู้

กำหนดนโยบายมักจะดำเนินการปรับเปลี่ยนนโยบายทางฝั่งผู้ให้บริการหรือสถานบริการสุขภาพมาก โดยการกำหนดรูปแบบการทำงาน กำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆเพื่อก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่าที่สุด แต่อาจจะไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการทางฝั่งผู้รับบริการ ที่จะส่งเสริม หรือสร้างเสริมศักยภาพของผู้รับบริการที่จะช่วยดูแลสุขภาพตนเอง และมีความสามารถในการตัดสินใจที่จะใช้ หรือไม่ใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (61) เนื่องจากในสภาวะปัจจุบันการตลาด การส่งเสริมการขาย และการโฆษณามีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจเรื่องสินค้าและบริการสุขภาพ ในตลาดที่มีการแข่งขันแบบนี้สังคมต้องการผู้บริโภคที่มีความรู้ มีทักษะในการตัดสินใจเลือกสินค้าหรือบริการที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับตนเอง และมีอำนาจในการต่อรองเพื่อให้ได้รับสินค้าที่มีคุณภาพตรงกับความต้องการของตนเองได้ ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ใช้บริการ หรือผู้บริโภคมากยิ่งขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน ในส่วนของการพัฒนาระบบสุขภาพนั้นกลไกที่จะสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้บริโภคในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม สามารถทำได้ด้วยการจัดการประเด็นดังต่อไปนี้(61)

- จัดระบบข้อมูลสำหรับประชาชน ที่น่าเชื่อถือ และเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้ประชาชน และผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง และได้รับทราบเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
- ขยายบทบาทของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และการสร้างเสริมศักยภาพ ความรู้ และทักษะของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- ฝึกอบรม และขยายแนวคิดเรื่องบทบาทเชิงรุกของประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- สร้างกลไก แนวทาง และกระบวนการให้สิ่งจูงใจ (incentives) เพื่อให้บุคลากรมีการติดต่อสื่อสารในเรื่องข้อมูลของผู้ป่วย และการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
- ส่งเสริมการใช้บทบาทของผู้จัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วย (case-manager) เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วย และของชุมชนต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพ
- มีกลไกในการระดมงบประมาณด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วย และของชุมชนต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

1.4.4.4 ระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานเชิงรุก ระบบบริการที่จะส่งผลให้เกิดการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพต้องสนับสนุนการดำเนินงานเชิงรุกของบุคลากร

ทางการแพทย์ ที่มิใช่การสนับสนุนแค่เพียงแนวคิด เนื่องจากในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพและการใช้ยาของคนไม่สามารถเกิดขึ้นเพียงฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด และการดำเนินการในลักษณะนี้เป็นงานใหม่ ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างไปจากงานประจำในเชิงรับที่เคยปฏิบัติกันมา การได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา หรือระบบการทำงานจึงมีส่วนสำคัญในการผลักดันการปรับเปลี่ยนนี้ เช่นเดียวกันกับการกำหนดเป็นนโยบายในภาพรวมของประเทศเป็นอีกสิ่งที่มีบทบาทมากต่อการยกระดับความสำคัญของการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานของทั้งประเทศยกตัวอย่างของการจัดให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นศูนย์กลาง และการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยเป็นนโยบายระดับประเทศ เช่น

ในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป (EU) มีการจัดการประชุมเพื่อหาข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับการดำเนินการระดับนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งได้ข้อสรุปเชิงนโยบายว่า ก) ผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทในเชิงรุกที่สำคัญและมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ข) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ค) การติดตามประเมินผลการทำงานที่เหมาะสมจะต้องสอดประสานเข้ากันกับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ง) ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีด้านการสื่อสารจะเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพนี้ (148)

ที่ประเทศเยอรมนีมีการออกนโยบายระดับประเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยในครั้งที่ใช้การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งประเทศ โดยใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบปฐมภูมิ (primary care practice) ร่วมกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบ chronic care model โดยมีแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการด้านสุขภาพ (case manager) ซึ่งจะต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการสนทนาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อมุ่งเน้นให้เกิด ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษาซึ่งตั้งไว้ร่วมกันระหว่างแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ในส่วนของระบบสนับสนุนส่วนกลางได้ร่วมกับกองทุนระบบประกันสุขภาพจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการฝึกอบรม การสร้างแนวทางการปฏิบัติ สร้างระบบการย้ำเตือนแพทย์ให้หมั่นพัฒนาปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและกระตุ้นการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีเงินตอบแทนสำหรับสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม และ มีระบบติดตามผลที่จะแสดงให้เห็นว่ากระบวนการดังกล่าวสามารถลดอัตราการตาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริการแบบเดิม (149)

ประเทศสหราชอาณาจักร ได้มีนโยบายระดับประเทศชื่อ Medicines Use Review (MUR) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเภสัชกรได้จัดกิจกรรมการให้

คำแนะนำปรึกษาซึ่งสอดแทรกกับงานประจำที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องยาและสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสอดคล้องต่อเนื่องเรื่องยาและการใช้ยาให้เหมาะสม โดยการจัดกิจกรรมดังกล่าวมีงบประมาณค่าตอบแทนในการดำเนินการ ภายหลังจากการดำเนินงานก็จัดให้มีการประเมินผลขึ้นก็พบว่า แม้ในเชิงนโยบายและการให้คำนิยามกิจกรรม MUR จะเน้นถึงความสำคัญของการเสริมสร้างศักยภาพให้กับประชาชนในการใช้ยาอย่างเหมาะสม แต่ผลการประเมินพบว่าในการดำเนินการ เนื้อหาการให้ข้อมูลยังเน้นความสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลยังมุ่งเน้นเนื้อหาด้านความผิดปกติทางร่างกาย และมุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา แต่ยังไม่ได้บรรลุถึงการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (150)

*1.4.4.5การดำเนินนโยบายเชิงรุกที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน*เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลเรื่องสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น ผู้กำหนดนโยบายควรออกแบบให้เหมาะสมตามความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ แต่ละสังคม เนื่องจากความพร้อมของระบบ ความเข้าใจของผู้คน และทัศนคติการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละสังคมก็มีความแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่นในการเปรียบเทียบนโยบายและการทำงานด้านการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในประเทศ เดนมาร์ค และ นอร์เวย์ ซึ่งมีความใกล้เคียงกันมากทั้งด้านระบบสังคมและเศรษฐกิจ ก็ยังเกิดขึ้นได้แตกต่างกัน ในประเทศเดนมาร์กระบบการผลักดันนโยบายที่ได้ผลใช้ข้อมูลหรือแนวคิดด้าน เศรษฐศาสตร์จุลภาคเป็นสำคัญ ใช้การกำหนดงบประมาณแบ่งแยกตามภูมิภาคต่างๆ ตามความคุ้มค่าคุ้มทุนเป็นสำคัญ แต่ในประเทศนอร์เวย์ความสำเร็จของนโยบายด้านนี้กลับไม่ได้ใช้แนวคิดขอเศรษฐศาสตร์มาเป็นตัวกำหนดนโยบายหรือกิจกรรม แต่กลับใช้ความต้องการของประชาชน และความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อน (151)

1.4.4.6 การมีส่วนร่วมของระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ผู้คนที่หลากหลายระบบของการดูแลผู้ป่วยอาจจะรวมไปถึงการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือ community health workers เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้เป็นผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน จะสามารถเป็นผู้ประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามก็จะต้องมีการปรับแนวคิด หรือเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้เช่นเดียวกัน (152)

*1.4.4.7 การมีส่วนร่วมของระบบประกันสุขภาพ*การปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยต้องการการรับเปลี่ยนทั้งระบบ ไม่เพียงแค่การปรับเปลี่ยนในระบบสุขภาพเท่านั้น เพราะเรื่องราวของยาและ

สุขภาพมีมิติที่หลากหลาย เช่นในระบบประกันสุขภาพนอกเหนือการพิจารณาสนับสนุนการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมแล้ว ระบบการประกันควรจะมีการให้แรงจูงใจสำหรับการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอีกด้วย (136)

1.4.4.8 ระบบการประเมินผลการทำงาน หรือการวิจัย ควรมีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานในการรักษาแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการใช้สมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือก เพื่อเป็นเสมือนตัวชี้วัดผลการดำเนินการเพื่อ สนับสนุนการพัฒนางานในด้านนี้ต่อไป(136)

1.5 ผลลัพธ์และการประเมินผลการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เนื่องจากการสร้างเสริมความมั่นใจในตนเอง การมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการมีศักยภาพในการใช้ยาอย่างเหมาะสมเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน ต้องการการปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการปฏิบัติของทั้ง ประชาชน ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และระบบต่างๆในสังคมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลลัพธ์ของกิจกรรมสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนอาจจะไม่ก่อให้เกิดการมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างตรงไปตรงมา (153) แต่ผลลัพธ์ที่อาจจะวัดได้ ในการดำเนินการกิจกรรมสร้างเสริมศักยภาพจะประกอบไปด้วย ความกระตือรือร้นที่จะถามคำถาม หรือซักถามข้อสงสัย (153) การมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค สุขภาพ และยาที่เพิ่มขึ้น (68) ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ (154)หรือความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง (self-efficacy หรือ self-autonomy)(155, 156)

เครื่องมือมาตรฐานในการวัดความมั่นใจในศักยภาพของตนในการดูแลตนเอง จึงควรมีความละเอียดอ่อน ครอบคลุมประเด็นดังกล่าวข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรม มีการพัฒนาเครื่องมือเหล่านี้มาบ้างแล้ว ยกตัวอย่างเช่น เครื่องมือในการวัดความเชื่อมั่นในการสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์(Perceived Provider Support) การวัดการให้บริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย(Patient-Centered Care, and Empowerment)(157)การวัดศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Empowerment Scale)(158)Kim Alliance Scale (KAS) (159)หรือ Patient Empowerment Scale (PES) (160) เป็นต้น

ส่วนที่ 2:การสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องรูปแบบ กลไก หรือกระบวนการเพื่อเพื่อสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนคนไทยในการใช้ยาอย่างเหมาะสม

ในส่วนของการสัมภาษณ์ทั้งประชาชน บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเรื่องรูปแบบ กลไก หรือกระบวนการ ที่จะสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาอย่างเหมาะสมนั้น จะได้แสดงผลการศึกษาเป็น 2ตอนด้วยกันคือ ความหมายของการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการใช้ยาในภาคประชาชน ตอนที่สองเป็นข้อแนะนำในการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและประชาชนต่อการส่งเสริมให้คนไทยใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.1 การให้ความหมายของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เมื่อสอบถามประชาชน หรือผู้ป่วยเกี่ยวกับความหมายของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สิ่งที่เกิดขึ้นคือประชาชนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจต่อคำถามดังกล่าว ไม่แน่ใจว่าการใช้ยาอย่างเหมาะสมต้องเป็นอย่างไร แต่เมื่อสอบถามและให้ข้ออธิบายว่าเมื่อไรจึงจะถือว่าใช้ยาที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะอธิบายในสองกรณีคือ ถ้าเป็นยาทั่วไป กินยาที่เหมาะสมคือกินยาถูก กินยาแล้วอาการที่เป็นบรรเทาลง แต่หากเป็นยาสำหรับโรคเรื้อรังการกินยาที่เหมาะสมคือกินยาตามที่หมอสั่ง ดังคำกล่าวที่ว่า

"ยังไงสมเหตุสมผล อย่างไร ไม่รู้ความหมาย ไม่เข้าใจ"

"ก็คือถ้ามีอาการ กินยาแล้ว เบาขึ้น ก็แสดงว่ากินยาถูกละ"

"กินยาตามหมอสั่ง หมอเขารู้ดีที่สุด เราก็กินยาตามหมอบอก"

"ยาไหนที่หมอให้ก็เหมาะสมมั้ง ถ้ายาไหนจำเป็นก็ต้องกิน"

จะเห็นว่าสำหรับผู้ป่วยคำว่าใช้ยาอย่างเหมาะสมหมายถึงการกินหรือใช้ยาตามที่แพทย์แนะนำเพราะมีความเชื่อมั่นว่าแพทย์ หมอ (บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนถูกเรียกว่าหมอสำหรับผู้ป่วย) จะพิจารณามาแล้ว และหากโรคดังกล่าวจำเป็นที่จะต้องใช้ยา ก็ต้องกินยาตามที่แพทย์สั่งแต่ในมุมมองของผู้ป่วยไม่ได้พูดถึงเรื่องของความปลอดภัย หรือการ "มีความรู้ที่จะจัดการตนเองในเบื้องต้น"

แต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยแล้ว ทุกคนรับรู้ว่าคนที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในเรื่องสุขภาพคือตัวเอง ที่จะเป็นคนดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นแล้วก็ต้องดูแลเพื่อจะไม่ได้เป็นภาระของลูกหลาน

ดังนั้นแล้วผู้ป่วยจึงใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สมุนไพร เพิ่มเติม เพื่อหวังผลการมีร่างกายที่ดีขึ้น และรักษาอาการที่ไม่ต้องการไปพบแพทย์ หรือบางคนที่พิจารณาด้วยตนเองว่ายาที่ได้จากแพทย์บางตัวก็อาจจะไม่จำเป็น เช่น แคลเซียม หรือวิตามิน ก็พิจารณาลดยาบ้าง เพื่อจะไม่กินยามากเกินไปดังคำกล่าวที่ว่า

"ตัวเรานี่แหล่ะสำคัญที่สุด เวลาออกกำลัง โยคะ เราก็รู้ว่าอะไรติด ต้องไปตรวจร่างกายประจำ ไม่ชอบเจ็บป่วย ไม่ชอบไปโรงพยาบาล ช้า วุ่นวาย"

"ยาบางอย่าง เช่น แคลเซียม วิตามิน หรือยาที่เม็ดสีแดงเข้มๆ ก็ไม่อยากกิน ปรับบ้าง เพราะตอนนี้กินยามากเกินไป สงสารตับ สงสารไตที่ต้องทำงานหนัก"

"กินเจียวกู้หลาน เค้าว่าดีแก้ปวด และกำลังลองกินซีนอร์ แก้นอนกรน ไปฟังวิทยุ ดีเจแนะนำ ก็ลองซื้อมากินดู ไหนๆไปหาหมอก็ไม่ดีขึ้น"

"กินน้ำหมัก กินๆไปงั้น ร่างกายจะได้ไม่ช๊อก ก็กินยาตามหมอสั่งแล้ว เราก็ต้องดูร่างกายเรา เพราะการเผาผลาญของร่างกายเราไม่ปกติ ไม่รู้ว่าเป็นเพราะยา เพราะน้ำหมัก เพราะออกกำลัง หรือเพราะคุมอาหาร กินๆ ให้มันช่วยๆกัน จะได้อยู่กับลูกหลานนานๆ"

นอกจากนั้นแล้วการที่บุคลากรการแพทย์มักให้ข้อแนะนำว่า ผู้ป่วยควรอ่านฉลากยาทุกครั้งที่กินยา ควรรู้ว่าตนเองกินยาอะไร มีอาการข้างเคียง หรือ มีข้อควรระวังอะไรบ้างนั้น พบว่าประชาชนปฏิบัติเพียงบางประการเท่านั้น แต่แม้ไม่สามารถรับทราบข้อมูลทั้งหมดที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการ ผู้ใช้ยารับทราบข้อมูลตามที่ข้อมูลนั้นสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ และมีเหตุผลรองรับว่าเหตุใดจึงไม่สามารถทำได้ตามข้อแนะนำดังกล่าว เช่น การอ่านฉลากยาทุกครั้ง ผู้ใช้ยาไม่ได้อ่านทุกครั้งเพราะว่าตนเองสามารถจดจำยาที่ตนเองได้ ผู้ใช้ยาไม่ทราบชื่อยาแต่ทราบว่ายาแต่ละเม็ดใช้เพื่ออะไร และไม่ทราบอาการข้างเคียงหรือข้อควรระวัง เนื่องจากไม่เคยได้รับข้อมูลดังกล่าว ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า

"ยาความดัน ไม่รู้จักชื่อยา ไม่ได้จำ จำแต่เม็ด เม็ดสีขาวกลม กินครึ่งเม็ดเช้า ครึ่งเม็ดเย็น เรื่องข้อห้ามใช้ไม่รู้ซิ ไม่เห็นมีใครบอก"

"ยาเป็นยาอะไร กินเพื่ออะไรก็รู้ดูฉลากยาไง แต่เรื่องอื่นๆ นี่ถ้ามีเอกสารที่ครบถ้วนมาให้ก็อ่านเองได้ จะได้รู้"

"ยาเบาหวานกิน วันละ 8 เม็ด กินเหมือนกันเช้ากับเย็น และมียาฉีดอีกวันละ 8 ยูนิต"

"ฉลากยาไม่ได้อ่านทุกครั้งหรอก กินครั้งแรกก็จำได้แล้ว จำเอา จำได้ อ่านทำไม"

จะเห็นได้ว่าสำหรับผู้ใช้ยาแล้ว แต่ละคนก็อยากจะมีสุขภาพดี ที่จะได้อยู่ดูแลลูกหลาน หรือบางรายกินยาเพราะจะไม่ได้เป็นภาระของใคร และสำหรับตนเองก็จะได้ไม่เป็นภาระของตัวเอง ไม่มีใครอยากเจ็บป่วย ไม่มีใครอยากกินยา แต่เมื่อจำเป็นต้องกิน ก็จะพยายามกินยาอย่างที่แพทย์สั่ง โดยที่อาจจะไม่มีข้อมูลที่จะพิจารณาได้ด้วยตัวเองว่าต้องใช้หรือไม่ต้องใช้เพียงไร เพราะผู้ใช้ยาไม่เคยต้องรับทราบ หรือไม่เคยรับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่องข้อมูลพื้นฐาน หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับยา

ดังนั้นแล้วหากจะเพิ่มศักยภาพของผู้ใช้ยา บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องคงต้องร่วมมือร่วมแรงกัน เพื่อผลักดันให้ประชาชนสามารถเลือกใช้ หรือ ไม่ใช้ยา ด้วยความเหมาะสม มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย และมีความรู้ในยาที่ใช้ และสามารถจัดการตนเองในเบื้องต้นได้ ตามที่ได้คาดหวังกันไว้

2.2 การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและประชาชนเพื่อการส่งเสริมให้คนไทยใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ในการเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาให้ใช้ยาอย่างสมเหตุผลนั้น จากการสนทนากับผู้มีประสบการณ์การทำงานการสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชน ได้รับข้อเสนอแนะในแนวคิดและกระบวนการที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการใช้ยา แต่วิธีการในการดำเนินงานจะต้องไม่ใช่รูปแบบเดิมที่เข้าไปให้ความรู้ กระบวนการวิธีการต้องปรับเปลี่ยน บุคลากรต้องปรับท่าทีในการเข้าหาประชาชนผู้ใช้ยา และองค์ประกอบที่สำคัญของการทำงานสร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาคือ การทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตของประชาชน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานเชิงรุกในชุมชน การตั้งโจทย์หรือประเด็นที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงาน และแนวทางหรือวิธีการสร้างความเข้มแข็งของประชาชนเรื่องสุขภาพและการใช้ยา

2.2.1 การทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตและเหตุผลของพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนก่อนจะดำเนินโครงการใดๆ สิ่งหนึ่งมีความจำเป็นคือการทำความเข้าใจกับชีวิต ความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อจะได้เข้าใจเหตุผลของชีวิต และการดำเนินงานจะได้เหมาะสมกับบริบทของผู้รับ จากประสบการณ์ของบุคลากรที่ทำงานกับชุมชนได้ให้ข้อคิดว่า แต่ละคนนั้นมีความแตกต่าง ไม่เหมือนกัน และแน่นอนว่าแตกต่างจากของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างเช่น คำว่าสุขภาพยังให้คำนิยามที่ต่างกัน

"นิยามของสุขภาพของเรากับของชาวบ้านยังต่างกันเลย เช่นสุขภาพดีของชาวบ้าน หมายถึง พออยู่พอกิน เรื่องโรคอะไรนี่ไม่มีการพูดถึงนะคะ เพราะการเป็นอยู่บริบทเป็นอย่างนี้ ชาวบ้านห้วยหินลาด ที่เป็นปากากะยอ สุขภาพของเขาจะมี 3 อ คือ อาหาร อากาศ และอารมณ์ เรื่องสุขภาพ ออกกำลังกายนี่เขาจะไม่พูดถึงนะคะ เพราะมันเป็นเรื่องปกติสำหรับเขา ดังนั้นการให้ความหมายจะหลากหลายขึ้นกับบริบทของแต่ละที่จะไม่แยกจากกัน"

การให้คำนิยามที่แตกต่างกันเป็นผลมาจากประสบการณ์ การดำเนินชีวิตที่แต่ละคนแต่ละชุมชนที่แตกต่าง เนื่องจากว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ทำเป็นประจำทุกวัน เป็นอดีต เป็นปัจจุบัน เป็นอนาคตของคนดังกล่าว ดังนั้นสิ่งๆนั้นจึงเป็นสิ่งที่ทำให้คนๆนั้นให้ความสำคัญ และสิ่งอื่นๆที่เข้ามาในชีวิตเพียงชั่วครั้งชั่วคราวกลายเป็นเพียงองค์ประกอบย่อย ที่ผู้คนจะเพิกเฉยกับมัน หรือใช้มันให้เป็นประโยชน์กับเป้าหมายของการดำเนินชีวิตประจำวันของเขา

หากจะพิจารณาเรื่องยาและสุขภาพ แน่นอนว่าสำหรับประชาชนทั่วไป ยาเป็นเพียงสิ่งที่ใช้ชั่วคราว เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอันดับหลังๆของชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับเรื่องปากท้อง ดังนั้นยาจึงเป็นเพียงสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตดำเนินต่อไปเพื่อปากเพื่อท้องของตนเองและครอบครัว เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว แน่นอนว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาของบุคคลต่างๆ ดังนั้นสิ่งแรกที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจคือเงื่อนไขในชีวิตของผู้ใช้ยาคืออะไร จึงทำให้คนเลือกที่จะใช้หรือไม่ใช้ยา ดังคำกล่าวที่ว่า

"จริงๆถ้าไปเข้าใจคนใช้ยาเยอะๆ จะรู้ว่าเงื่อนไขในการใช้ยาของเขามันเยอะ พรุ่งนี้ต้องหว่านข้าว ต้องไปทำนา ดังนั้นแล้วอะไรก็ได้ที่จะช่วยให้เป็นเขาทำตรงนี้ให้ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นยานะ เป็นอะไรก็ได้ เขาไม่สนใจหรอกว่ายาจะมีอันตราย จะเป็นอย่างไร แต่ว่าที่สำคัญคือพรุ่งนี้ต้องลุกขึ้น ไปทำนา ไปหาเงินมา"

"สำหรับผมถ้าจะให้คนมาเข้าใจว่าควรใช้ยาอะไร ไม่ใช้ยาอะไร นี่ไม่ยาก คนเขาเข้าใจได้ แต่ปัญหาคือในชีวิตจริงมันใช้แบบนั้นไม่ได้ ด้วยเงื่อนไขเต็มไปหมด อย่างบ้านผมยายไฮ เป็นคนเก็บผักตามทุ่งนาไปขาย เก็บไปกิน แล้วที่เหลือก็เอาไปขาย วันหนึ่งยายไฮปวดเข่า จะทำอย่างไรหล่ะที่บ้านมีลูกขี้เหล้าเมาไม่ทำอะไรอยู่หนึ่งคน จะหยุดกินก็ไม่ได้ ยายก็มีทางเลือกคือจำเป็นต้องทนต่อไป หรือไปฉีดยาให้มันหายไปหน่อย ยายจะทำอย่างไรหล่ะ มีทางเลือกที่จะไม่ใช้ยาไหม มันก็ไม่มี"

"เรื่องสุขภาพไม่ใช่ประเด็นแรกที่สำคัญในชีวิตไม่ใช่เลย (ถาม: แล้วเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลหล่ะคะ) ยิ่งไม่ใช่ใหญ่ ถ้ายังตอบโจทย์ในชีวิตจริงๆของเขาไม่ได้ จะมาสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมก็ไม่เกิดขึ้นจริงๆ ทุกเรื่องมันจะต้องหาจุดคานงัดให้เจอ จะหาได้อย่างไร ก็ต้องถามให้สุดๆไปว่าต้นตอของสาเหตุที่จริงมันคืออะไร แล้วค่อยๆแก้ไขไปทีละเรื่อง ทีละเรื่อง"

ดังคำกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าการจะเข้าไปช่วยเหลือ จะเข้าไปดูแลใครก็ต้องเข้าใจคนๆนั้นอย่างแท้จริงก่อน ว่าจริงๆ แล้วอะไรเป็นสาเหตุจริงๆของปัญหาเรื่องการใช้ยา วิธีหนึ่งก็คือต้องให้เวลาที่จะฟังว่าความทุกข์ของเขาคืออะไร และสาเหตุมันคืออะไร ตามให้ถึงต้นตอจริงๆของปัญหา ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่าสาเหตุคือเรื่องปากท้อง การที่ต้องทำมาหากิน ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ต่อด้วยการใช้ยา ดังเช่น

"คนเราจะมีสุขภาพที่ดีได้ มันต้องเริ่มจากการตอบโจทย์ชีวิตของเขาให้ได้ก่อน ทำไมคนตัดไม้ทำลายป่าเพื่อไปทำไร่ข้าวโพด ทำไมไม่ใส่ใจเรื่องสิ่งแวดล้อม นั่นก็เพราะเขาต้องทำมาหากิน ทำมาหากินเพื่ออะไร ก็เพื่อจะได้มีเงินให้ลูกกิน ลูกเรียน ..จริงไหม ชาวบ้านตอนนี้บอกเลยว่าไม่สนใจอะไรหรอก ถ้าลูกต้องเรียนแล้วไม่ได้เรียนนี่ซิคือปัญหา ถ้าลูกขอเงินแล้วไม่มีเงินให้ลูก นี่ซิมันไม่ได้ มันเจ็บปวด ดังนั้นเขาจะทำอะไรก็ได้เพื่อให้ตอบโจทย์ของชีวิตเหล่านี้ คราวนี้ข้าวโพดก็เป็นเงินด่วน เงินสดที่เขาทำได้ เงินก็ดี ถูกไหม ถ้าท้องไม่อิ่มคนเราจะให้คิดมีเหตุมีผลได้อย่างไร มันคิดไม่ออก ... เรื่องนี้สอนให้รู้ว่า เวลาจะทำอะไร ถามควรถามให้สุดๆ ว่าปัญหาจริงๆคืออะไร อะไรคือต้นตอของปัญหา แล้วค่อยๆช่วยคนแก้ไขปัญหา เริ่มจากเขา ไม่ใช่เริ่มจากเรา และถ้าแก้ปัญหาเรื่องปากเรื่องท้องแล้ว อย่างอื่นค่อยมาว่ากัน"

ดังนั้นแล้วถ้าจะให้คนตื่นตัว ตระหนัก และพร้อมใจที่จะมาดูแลตนเองเรื่องโรคและยาแล้ว เราต้องเข้าใจเขาก่อน การแก้ไขปัญหาอาจจะไม่สามารถทำได้ในระยะเวลาอันสั้น ด้วยคนเพียงคนเดียวหรือกลุ่มเดียว ทำหน้าที่อย่างผสมผสาน ใครจะทำหน้าที่อะไร ก็ต้องยึดปัญหา แผ่มันออกเพื่อจะได้เห็นเพื่อจัดการกับแต่ละประเด็นได้แล้วเราจะเห็นว่าประเด็นสุขภาพ ประเด็นยา มันไม่ได้อยู่แต่เพียงโดดๆ เราต้องช่วยเขาแก้ไขปัญหาที่เป็นเงื่อนไขในชีวิตของเขา ในเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ก่อน ทำได้แล้วประเด็นยาและสุขภาพก็จะได้รับการแก้ไขไปพร้อมกัน ในทางตรงกันข้ามหากไม่เข้าใจเงื่อนไขของชีวิต ก็คงเป็นเพียงการบอกเล่า ให้ความรู้ ที่รับรู้แล้ว แต่ว่าไม่สามารถทำได้เพราะมันขัดกับทางเดินของชีวิตของผู้คน

หากใช้เวลา เรียนรู้ พูดคุยอย่างเปิดใจ ก็จะทำให้บุคลากรทราบได้ว่า จริงๆแล้วแต่ละคนก็มีเหตุผลเป็นของตนเองที่ทำให้ใช้หรือไม่ใช้ยา หรือจริงๆแล้วคนพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนเรียนรู้ เพียงแค่ต้องการกระบวนการที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

> "ประชาชนเขาก็อยากจะสมเหตุสมผลกันมาก เคยทำงานร่วมกับ NGO ไปดูว่าเขาเข้าใจยาที่ได้ไปหรือไม่ และเข้าใจฉลากหรือไม่ ผลก็คือประชาชนก็อยากจะอ่านฉลากให้รู้เรื่องเหมือนกัน แต่ว่าเขาอ่านแล้วไม่รู้เรื่อง ฉลากยาก็ตัวเล็กเกินไป ถ้าฉลากมันเห็นชัด อ่านแล้วเข้าใจเขาก็อยากจะรู้เหมือนกัน เราก็เอาสิ่งที่ได้มากางบนโต๊ะ ประชาชนก็พูดเองเลยนะว่า อยากจะมีศูนย์ซักอย่างที่เขาจะได้ช่วยกันพิจารณาฉลากยา วันหมดอายุ ข้อมูลคืออะไร นี่จะเห็นว่าเขาคิดเอง ไม่ใช่เฉพาะเราที่สนใจความรู้เรื่องยา ชาวบ้านเขาก็กระตือรือร้นอยากรู้เรื่องยาเช่นกัน เขาก็อยากใช้ให้ถูก ใช้ให้สมเหตุผล แม้ว่าจะยังไม่มีความรู้แต่ก็มีความพร้อม"

กระบวนการศึกษาบริบทชีวิตและชุมชนมีอยู่หลายวิธี หากแต่ว่าวิธีการที่ได้ผลมากที่สุดคือการมีท่าทีที่อ่อนโยน ถ่อมตัว ต้องการเรียนรู้ ต้องการเข้าใจชีวิตของเขา และรับฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ด่วนตัดสิน ซึ่งจะกล่าวต่อไปในเรื่องคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงาน

2.2.2 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานเชิงรุกในชุมชน

บุคลาการทางการแพทย์เป็นผู้ที่สังคมยอมรับว่ามีความเชี่ยวชาญในการดูแลช่วยเหลือประชาชนหากมีการเจ็บป่วยขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ยังเป็นผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยในยามเจ็บป่วย และบุคลากรทางการแพทย์อีกบางส่วนยังเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดกับประชาชนในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยเน้นการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นแล้วบุคลากรด้านสุขภาพจึงเป็นกลไกหลักในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการส่งเสริมให้เกิดความเหมาะสมในการใช้ยาของประชาชน

2.2.2.1 มุมมองเรื่องการใช้ยาของประชาชนเกิดเพราะท่าทีของบุคลากร

ท่าที ปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ใช้ยามีความสำคัญต่อการรับรู้ของประชาชนเรื่องสุขภาพ บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ และความคาดหวังต่อการใช้

ยาหากลองพิจารณาถึงที่มาของการพึ่งพิงการใช้ยาของประชาชน ส่วนหนึ่งก็มีผลมาจาก การดำเนินงานที่ผ่านมาในอดีตของบุคลากรสุขภาพ ดังเช่นตัวอย่างที่ว่า

> "กลุ่มหลักของเราเป็นชาวชนบท ซึ่งอยู่กันแบบภาวะพึ่งพิง ซึ่งก็คือเชื่อตามที่หมอหรือบุคลากรทางสาธารณสุขพูดไป ซึ่งส่วนหนึ่งเขาก็เป็นผู้ถูกกระทำบางส่วน ซึ่งแต่เดิมเขาก็ไม่ได้พึ่งพิงยาอย่างชัดเจนอย่างนี้ บางคนก็นับถือผี เอาอะไรมาจ้ำๆ หายบ้างไม่หายบ้าง พอบุคลากรทางการแพทย์เข้าไป พยายามทำให้เขามาพึ่งเรา เขาก็หันมาพึ่งเราอย่างสุดฤทธิ์สุดเดช แต่อย่าลืมว่าอาวุธของเราก็มีอย่างเดียวคือยา เราก็พยายามให้เขามาถือยาเป็นตัวหลัก เราใช้เวลาหลายปีในการเปลี่ยนแปลงเขา จนถึงตอนนี้เขาก็พึ่งพาเราเต็มที่ละ ใช่ไหม คราวนี้พอเราจะอยากให้เขาเกิดความตระหนักเรื่องใช้ยาอย่างสมเหตุผลมันก็ไม่ง่ายละ"

> "หมอที่จ่ายยาก็จะคะยั้นคะยอให้ใช้ยา ใช้ให้หมด ยัดเยียดให้เขา ชาวบ้านก็อาจจะไม่ได้อยากกินยาตั้งแต่ต้นก็ได้"

นอกจากนั้นแล้วสถานการณ์ปัจจุบันของระบบการรักษาพยาบาลก็ส่งผลต่อ ความคาดหวังเรื่องการรักษาพยาบาล และการมีจำนวนผู้ป่วยมาก บุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด และบุคลากรทางการแพทย์ ต้องรีบเร่งในการให้การบริการ มีทำงานที่แยกส่วนกัน ทำไม่มีเวลาในการสนทนา พูดคุย หรือ ให้ข้อมูลในเรื่องยาและสุขภาพแก่ผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

> "บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาน้อย เวลาอธิบายอะไรก็อธิบายแบบสั้น สั้นจนเกิดกว่าเขาจะเข้าใจ ดังนั้นมันก็ยาก คำที่จะอธิบายให้เข้าใจได้ว่าทำไมไม่ต้องใช้ยานี่ก็ยากนะ ..... อย่างหมอนี่ถ้าซักประวัติดูอาการแล้ว ไม่ต้องจ่ายยา หมอก็จะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 5-10 นาทีในการอธิบาย แต่ถ้าจ่ายยาก็จบ คนไข้เดินออกไปเรียบร้อยแล้ว"

> "เมื่อก่อนเป็นพยาบาลห้อง ER ก็ทำหน้าที่ของเราไป หงุดหงิดคนไข้ ต้องรีบทำให้เสร็จๆเป็นรายๆไป"

ดังนั้นแล้วหากจะเริ่มดำเนินการเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการใช้ยาของประชาชนนั้น บุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ ในการดำเนินการดังกล่าว แต่การดำเนินการดังกล่าวนั้นจะดำเนินการได้ยากในขณะที่โรงพยาบาลรับภาระการรักษาที่มาก และบุคลากรทางการแพทย์ยังมีมุมมองในการดูแลสุขภาพโดยเน้นการรักษาแต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นแล้วกลไกแรกของการดำเนินการเพิ่มศักยภาพของผู้บริโภคจึงน่าจะอยู่ที่การสร้างเสริมศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ใน

การทำงานเชิงรุก ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว การปรับทัศนคติของบุคลากรทางเป็นสิ่งสำคัญ

2.2.2.2 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการเข้าใจปัญหาและบริบทของประชาชน

บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลไกสำคัญในการดูแลเรื่องการใช้ยาให้สมเหตุผลทั้งในส่วนของการพัฒนาระบบ และในส่วนของการสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนดังที่กล่าวไปข้างต้นว่าการใช้ยาของผู้ใช้ยานั้นเป็นผลมาจากบริบทของชีวิตของคนคนนั้น ดังนั้นแล้วหากบุคลากรทางการแพทย์จะไปสนับสนุนให้ประชาชนใช้ยาด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมนั้นการทำความเข้าใจในแนวคิด มุมมองของชีวิต และเหตุผลที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยา จึงมีความจำเป็น อย่างไรก็บุคลากรทางการแพทย์อาจจะมีทักษะอันจำกัดที่จะได้มาซึ่งข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ต่อการเข้าใจบริบทของชีวิตของผู้ป่วย หรือคนที่เขากำลังดูแลอยู่ และทักษะดังกล่าวคือทักษะการสื่อสาร การทำงานร่วมกับคนอื่น และการฟัง ซึ่งมีการกล่าวถึงน้อยมากจากการเรียนจากการศึกษาระดับวิชาชีพ ดังคำกล่าวที่ว่า

> "มหาวิทยาลัยตอนนี้สอนเน้นเนื้อหาและทักษะมาก แต่ว่าไม่ได้ฝึก ไม่ได้สอนให้นักศึกษาทำงานร่วมกับคนอื่นๆเป็น การพูดจากับคนอื่นก็ยังต้องมาฝึกมาสอนกันเองข้างนอกเนาะซึ่งน่าเสียดาย แต่ละคนเลยทำงานเฉพาะเรื่องเฉพาะของตนเอง ทำงานเป็นทีมไม่เป็น ความจริงแล้ว เรื่องการทำงาน เรื่องทักษะทางโลกนี่แหล่ะที่จะทำให้เราโดดเด่น มากกว่าคนอื่น เพราะทักษะวิชาชีพนี่อย่างไงก็เหมือนกันหมด ใครก็ทำได้ การทำงานเป็นทีม การทำงานเชิงรุกนี่ซิที่จะทำให้เราแตกต่าง"

ดังนั้นแล้วในข้อเสนอแนะอย่างหนึ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์คือ ให้สถาบันทางการศึกษาฝึกทักษะ ให้โอกาสในการเรียนรู้ทักษะในการทำงานกับผู้คนมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

> "ถ้าจะสร้างคน ไอ้ที่จบมาแล้วทำงานแล้วอย่างนี้จะยากละ เพราะพื้นฐานหลายอย่างถูกปลูกฝังมา ถ้าจะทำใหม่ก็น่าจะปลูกฝังกับ generation ใหม่ที่จะออกมา ก็จะง่ายกว่า"

> "พี่ว่าอย่างอาจารย์ทำนี่ก็ดีนะ ที่เอานักศึกษามาลงชุมชนได้เรียนรู้ชุมชนด้วยตัวเขาเอง ถ้าได้เรียนรู้ตั้งแต่เป็นนักศึกษาเวลาไปทำงานจะได้ทำได้เลย"

ข้อเสนอแนะในการเพิ่มทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ในการเข้าใจมุมมองของประชาชนมากขึ้นอาจจะได้จากการเปิดโอกาสให้บุคลากรในการเรียนรู้ ได้มีประสบการณ์ในการเรียนรู้ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยด้วยตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้จากการลงทะเบียนเรียนเพิ่มเติม หรือการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงเพื่อเป็นการให้โอกาสตนเองได้เรียนรู้จากทัศนของบุคคลอื่นที่ไม่ได้มีหลักการแนวคิดเรื่องยา และตรงนั้นเองที่จะทำให้บุคลากรเรียนรู้ผู้อื่นได้มากขึ้น

> "อย่างพี่เขาเรียนรู้จากตัวเขาเอง แต่นี้ต้องไปเรียนมาว่า องค์รวมนี่มันอย่างไร เพราะเราไม่เจอเอง เอาทฤษฎีไว้ก่อน แต่เวลาเราทำงานก็ท่องไว้ องค์รวม องค์รวม เข้าใจไม่เข้าใจก็ไม่เป็นไร แต่ต้องบอกไว้ให้รับรู้ และถ้าเราไปเจอเราก็จะรู้ว่าต้องทำอย่างไร"

> "ตอนแรกเราก็มองอย่างนั้น จนกว่าเราได้มีโอกาสไปอบรม ไปเห็น ไปเปิดมุมมอง ได้มีโอกาสได้ร่วมกับหลายเวทีที่ชาวบ้านลุกขึ้นมาทำเอง แล้วเขาก็ทำได้ ด้วยตัวของเขาเอง เวทีพวกนี้มีในบ่อยๆ มีวิถีชุมชนให้ปรับมุมมอง จะทำให้เรียนรู้และทำงานชุมชนได้อย่างไม่สะเปะสะปะ ที่เชียงรายจัดบ่อย เช่นเอาน้องไปปล่อยที่เชียงแสน"

> "หากเราไปจดจ่อเรื่องยาเราก็จะไม่รู้เรื่องอื่นละ มุมอื่นที่จะเกี่ยวข้องก็จะมองไม่เห็นละ เวลาเข้าไปก็ต้องไปแบบเปิดหน่อย เวลาเข้าไปแล้วเราจะได้มองเห็นความหลากหลายของคำอธิบาย ที่เราจะเชื่อมโยงในได้ทีหลังเข้าใจเรื่องราวได้ทีหลัง"

จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ที่จะเข้าใจบริบทของบุคคลและชุมชนโดยการอบรม จะเป็นการรับฟังแนวคิด วิธีการ แต่เพียงเท่านั้น แต่การลงมือปฏิบัติ กับสถานการณ์จริงจะทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ได้ดีที่สุด เมื่อเข้าใจแล้วจะได้เลือกใช้กระบวนการให้คำแนะนำ หรือจัดกิจกรรมให้เหมาะสม มากกว่าการ "ห้าม" หรือ "ต้อง" ทำอย่างโน้นทำอย่างนี้ เป็นคำแนะนำที่เหมาะสม ให้เกียรติกับความเป็นคน และผู้รับนำไปใช้ได้จริง ดังเช่นคำกล่าวว่า

> "ถ้าเราไม่เข้าใจเงื่อนไขเหล่านี้ เรามัวแต่ไปพูดเรื่องยา เขาก็ฟังนะ แต่ก็ผ่านไป เพราะมันไม่ได้สำคัญสำหรับเขา ถ้าเราเข้าใจสิ่งเล็กเล็กเหล่านี้ เราก็จะคงไม่ได้ตั้งเป้าว่าเขาต้องไม่กินยา แต่เราอาจจะไปบอกเขาว่าอะไรบ้างที่จะเกิดอะไรขึ้นหลังจากนี่เพื่อให้เขาได้พิจารณาต่อไป อย่างไปร้านชำก็ไม่ได้ไปบอกเขาว่าห้ามขายนะ แต่ไปพูดคุยไปให้ข้อมูลว่ายานี้นะมีผลข้างเคียงอย่างนี้ แต่ก็เวลาเขาพิจารณาก็จะคิดต่อ ให้ข้อมูลกับคนใช้ต่อ หรือให้เลือกเอง"

"เราต้องใช้เวลานานในการเรียนรู้ วิธีการ ว่าจะทำอย่างไร ลองผิดลองถูก จะให้คนมาออกกำลังกาย กินอาหารอย่างไร พวกนี้คนในชุมชนรู้หมดแหล่ะ แต่ว่าปัญหาคือคนที่ต้องทำมาหากินทั้งวันทั้งคืนนี้ เขามีอาหารกินหรือไม่ เขามีอะไร เขากินอย่างไร อันนี้ก็ต้องลงไปอยู่กับเขา ไปคลุกกับเขา เราถึงจะช่วยเขาได้ ถ้าเราไปมัวฉายสไลด์ lecture ผ่านจอคอมพิวเตอร์มันก็ไม่ใช่"

2.2.2.3 คุณลักษณะของบุคลากรด้านสาธารณสุขในการทำงานเชิงรุก

คุณลักษณะของบุคลากรที่จะทำงานเชิงรุก ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในชุมชนนั้นประกอบไปด้วยหลายประการด้วยกัน ประกอบด้วย

- ***มองเห็นศักยภาพของประชาชน*** ว่าประชาชนนั้นมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ และเชื่อมั่นว่าภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสมคนจะมาช่วยเหลือกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

"เรื่องอย่างนี้มันอยู่ที่ใครจะมองเห็น จะมองเห็นอะไร มองเห็นศักยภาพของผู้คน ซึ่งแตกต่างกันแต่ละคน น้องบางคนเห็นแล้วก็เฉยๆ ไม่มีปฏิกิริยาใดๆ อย่างน้องบางคนก็จะเห็นศักยภาพเห็นว่าทำไมชาวบ้านพากันเดินมาอนามัยด้วยตนเอง มาร่วมกันออกกำลัง แล้วหยอดเงินลงกระป๋องคนละ 1 บาทเพื่อรวมเงินไว้ไปเยี่ยมผู้ป่วย คนทีเห็นศักยภาพของคนเล็กคนน้อยก็จะมีโอกาสนำไปขยายผลต่อไปได้ ถ้าคนไหนมองไม่เห็นก็จะผ่านมันไป"

- ***เห็นถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล*** ดังนั้นจึงให้คำแนะนำหรือให้การดูแลที่เหมาะกับบริบทของแต่ละคน

"ปัญหา NSAID ก็ลดลง แต่ปัญหาที่มีอยู่ปัจจุบันคือ คนเฒ่ามาด้วยอาการพวกนี้ลดลง แต่ตอนนี้คนวัยทำงานที่มาขอยาแก้ปวดมากขึ้นคราวนี้คนต่าง บริบทก็ต่างไป วิธีการดูแลแนะนำก็ต้องต่างกันไปเฮาต้องเปลี่ยนไป อย่างคนเฒ่าเป็นมีเวลาแต่คนหนุ่มสาวเป็นไม่มีเวลา ก็ต้องย้ายไปดูแลคนที่บ้าน ให้คนเฒ่าเข้าไปช่วยดูแล"

- ***สังเกตปรากฏการณ์ที่อยู่ข้างหน้า และวิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัย*** ที่ทำให้เกิดสิ่งดังกล่าวด้วยมุมมองที่เป็นกลาง จะทำให้เรียนรู้ที่จะปรับการทำงานให้เข้ากับสถานการณ์การทำงาน

"เมื่อก่อนเป็นพยาบาลห้อง ER ก็ทำหน้าที่ของเราไป หงุดหงิดคนไข้ ต้องรีบทำให้เสร็จๆ เป็นรายๆไป แต่พอมาอยู่อนามัยก็เห็นแต่หน้าเดิม คนเดิมที่มาขอยา NSAID คำแนะนำที่เคยให้ก็ให้ไปแล้ว มันก็ต้องมาคิดว่าเราจะทำอย่างไร เริ่มมองคนไข้เป็นคน เริ่มมาคุยกันว่าทำไมเป็นอย่างนี้ เรามองเขาเปลี่ยนไป เริ่มมองเห็นพวกเขาเป็นคนที่มีเหตุผลในการทำสิ่งต่างๆ อย่างเรื่องยา พูดจริงๆก็คือไม่มีใครหรอกที่อยากกินยา แต่ถ้าไม่กินแล้วมันอยู่ไม่ได้"

- ***ทักษะการฟัง อย่างไม่ด่วนตัดสิน*** การรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยหรือประชาชนเล่า เกี่ยวกับเหตุผล ความเป็นมาเป็นไปของการคิด การดำเนินชีวิต อย่างตั้งใจจะเป็นกุญแจที่สำคัญที่ทำให้บุคลากรทาการแพทย์เข้าถึงสาเหตุของปัญหาอย่างดีที่สุด ในการมองและฟังนั้นจะต้องตั้งใจไม่ด่วนพิจารณาถูกผิดจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์เพราะถ้าทำอย่างนั้นจะเป็นการปิดการสนทนาไปทันที

  "บุคลากรเราถูกสั่งสอน สั่งสมมานาน มันต้องให้โอกาสไปเห็นจริง ไปเรียนรู้ ไปเข้าใจ แล้วถึงจะรู้ว่าจริงๆมันก็ไม่ยากอะไร ไม่ต้องเอาความรู้อะไรมามากมาย ไปเรียนรู้ก่อนว่าเป้นมีความรู้อะไรบ้าง ถ้าเราไม่รู้แล้วเอาความรู้ชุดของเรามาให้เขาเลย มันอาจจะไม่เข้ากันก็ได้ ขัดแย้งกันก็ได้"

  "เรื่องยานี่มันก็มีหลายเหตุ หลายปัจจัย ที่ไม่ได้อยู่กันอย่างโดดๆ ของมันเอง แต่ถ้าเราเข้าใจเหตุปัจจัยของเขา เราจะเข้าไปได้ถูกทางมากยิ่งขึ้น อย่าไปหักล้างเหตุผลของเขา ถ้าหักล้างแล้วจะเกิด bias จะเกิดการโต้แย้งกันทันที แล้วต่อไปก็จะคุยกันไม่ได้ละ สิ่งที่เราพยายามทำความเข้าใจคือสิ่งที่เขาเชื่อก็คือความรู้ชนิดหนึ่งที่เขาสังเคราะห์ขึ้นมาเอง ที่เขาไม่ได้เรียนมาตามหลักการ แต่เรียนรู้จากประสบการณ์ หากเราไปจดจ่อเรื่องยาเราก็จะไม่รู้เรื่องอื่นละ มุมอื่นที่จะเกี่ยวข้องก็จะมองไม่เห็นละ เวลาเข้าไปก็ต้องไปแบบเปิดหน่อย เวลาเข้าไปแล้วเราจะได้มองเห็นความหลากหลายของคำอธิบาย ที่เราจะเชื่อมโยงในได้ทีหลังเข้าใจเรื่องราวได้ทีหลัง"

- ***ทักษะการสื่อสารที่พูดเข้าใจง่าย และพิจารณาบริบทของผู้ฟัง*** หรือผู้รับบริการ เช่นการพูดจาภาษาชาวบ้าน หรือพูดให้เข้าใจง่าย ค่อยๆรับฟังผู้ป่วยอธิบาย และเจรจาต่อรองให้เป็นเหตุเป็นผล

"ถ้าอยู่ในชุมชนจะพูดกันง่าย ใช้ภาษาชาวบ้านก็ง่าย แต่ถ้าใช้ภาษาหมอมันฟังยาก พูดยาก ก็ต้องอธิบายให้เขาเข้าใจว่าทำไมให้ลองนวดสมุนไพร อาจจะใช้เวลานานแต่มันดีกว่าอย่างไร ใช้มานานระวังเน่อ เป็นอันตรายต่อไตเรานะ คนก็สนใจมาลอง จากที่ลองทำมา จำนวนผู้ที่มาขอยาแก้ปวดลดลงไปกว่าครึ่งกลับมาใช้เรื่องสมุนไพร"

"ทำไมคนพวกนี้ต้องกินยา นิดหนึ่งก็กินยา ทำไมต้องมาเอายาทุกวัน ก็ต้องมองกลับกันว่าถ้าเป็นไม่กิน ก็ทำงานไม่ได้ มันจำเป็นต้องกิน เราก็ต้องมาคิดว่า เอาให้เป็นชั่งน้ำหนักของเป็นเองว่า ถ้ากินแล้วมันจะมีผลต่อร่างกายอย่างไร ทางดี ทางลบ แล้วก็ให้เขาเลือกว่าอย่างนั้นแล้วจะกินอยู่ไหม ถ้าเขายังจะกินเพราะไม่ไหว ก็จะชวนว่าให้ลองลดดูไหม จากที่เคยกินวันละ 3 เม็ด ก็เหลือ 2 เม็ด 1 เม็ด ถ้าไม่ปวดไม่ต้องกิน เขาก็ลดลงนะ กินลดลง หรือยอมมาใช้ยานวดแทน"

- ***การประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ*** เนื่องจากงานชุมชนจะเกี่ยวข้องกับหลายเรื่องหลายประเด็น จึงต้องการการประสานงานจากหน่วยงานต่างๆมาช่วยกัน

"การทำงานเหล่านี้เราทำเองไม่ได้ เราต้องมีทีมงานช่วยกัน คนที่ทำงานร่วมกันต้องเข้าใจในลักษณะงานเชิงรุกของการทำงานในชุมชน"

"เวลาชวนคนต่างๆมาช่วย เราต้องให้เขาได้หน้า เราไม่ต้องเอา เราเป็นคนเตรียมด้านหลัง เวลามีหนังสือก็ให้กำนันออก ท่านพระครูออกหน้านะ เป็น win-win เรื่องยาเรื่องสุขภาพ ก็ฝากท่านพระครู เวลามีประเด็นอะไรก็ฝากท่าน ท่านจะไปพูดในภาษาของท่าน คนตึงฟัง"

"ทีมงานจากภายนอก เช่น สสอ. เทศบาล โรงเรียน ทหาร ป่าไม้ หน่วยงาน NGO ต่างๆ ใครที่จะสามารถเข้ามามีส่วนในการดำเนินการต่างๆ เราต้องเข้าถึง และชักชวนให้เขามาเห็นมาเป็นส่วนร่วม ช่วงแรกๆเขาอาจจะเข้ามาแบบงง งง แต่ถ้าเขาได้เข้ามาเขาจะมาช่วยเติมมุมมอง เห็นว่าหน่วยงานของตนเองจะมาเติมเต็มอะไรได้บ้าง"

- ***ความสม่ำเสมอในการทำงานกับประชาชนและชุมชน*** เพื่อให้เกิดความไว้เนื้อเชื่อใจ ความรู้สึกจริงใจในการทำงานเชิงรุก และการยอมรับจากคนต่างๆในชุมชน

"ถ้ากลุ่มคุยกันเรื่องไหนแล้วเห็นว่าเป็นเรื่องที่สามารถแทรกประเด็นสุขภาพได้ก็แทรกเข้าไปแล้วต้องสม่ำเสมอนะ เข้ามาให้สม่ำเสมอต่อเนื่อง ให้สมาชิกรับรู้ไม่ใช่เข้ามานานๆที ตอนที่มี

เรื่องอยากให้ทางกลุ่มช่วยเหลือ ต้องสม่ำเสมอและแทรกเรื่องของเราเข้าไปที่ละเล็กทีละน้อย อย่าแค่เพียงมาโยนประเด็นของเราแล้วก็หายไป อย่างนี้เรื่องสุขภาพก็ไม่เกิด จริงๆทุกเรื่องมันก็เกี่ยวกับสุขภาพได้หมด แต่คนที่เป็นแกนนำเรื่องสุขภาพยังมาไม่ค่อยสม่ำเสมอเท่าไร"

2.2.2.4 กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะในการทำงานเชิงรุกของบุคลากรสาธารณสุข

คุณลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญต่อการทำงานในเชิงรุกเพื่อการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคชุมชนตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น เป็นสิ่งที่ไม่ได้มีการเรียนการสอนอย่างชัดเจนในการเรียนในระดับมหาวิทยาลัย ในการทำงานเชิงรับในโรงพยาบาลก็ไม่ได้ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคลิกลักษณะดังกล่าว ดังนั้นแล้วในกระบวนการทำงานบุคลากรทางการแพทย์ได้พัฒนาคุณสมบัติดังกล่าวได้ ด้วยกระบวนการดังต่อไปนี้ที่จะให้โอกาสบุคลากรสุขภาพในการเรียนรู้ มีโอกาสในการพัฒนาคุณลักษณะดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

- ***การให้โอกาสกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ออกจากโรงพยาบาล ไปสัมผัสกับชุมชนได้ไปเรียนรู้วิถีชีวิตของคนจริงๆ*** ในสภาพแวดล้อมจริง เพื่อจะได้มีโอกาสเรียนรู้ด้วยตัวเอง บุคลากรทางการแพทย์เป็นคนมีเหตุมีผล เมื่อเห็นสิ่งต่างๆ ก็จะเกิดการเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของตนเอง และสังเคราะห์เป็นความเข้าใจได้ด้วยตนเอง

  "ถ้าอยู่สอ. อยู่ในชุมชน เราจะมองเห็นปัญหาได้ชัดเจนขึ้น เขาตื่นมาเขาทำอะไร เขาทำงานอะไร ก็มองเห็นศักยภาพของแต่ละบุคคล"

  "พอมาอยู่อนามัยก็เห็นแต่หน้าเดิม คนเดิมที่มาขอยา คำแนะนำที่เคยให้ก็ให้ไปแล้ว มันก็ต้องมาคิดว่าเราจะทำอย่างไร เริ่มมองคนไข้เป็นคน เริ่มมาคุยกันว่าทำไมเป็นอย่างนี้ เรามองเขาเปลี่ยนไป เริ่มมองเห็นพวกเขาเป็นคนที่มีเหตุผลในการทำสิ่งต่างๆ อย่างเรื่องยา พูดจริงๆก็คือไม่มีใครหรอกที่อยากกินยา แต่ถ้าไม่กินแล้วมันอยู่ไม่ได้"

  "เรามาออกงานสุขภาพชุมชนอย่างนี้แหละคะ ก็มีบูทให้เภสัชฯ แล้วบูทเราก็ไม่มีคนเข้าเลย ก็เริ่มคิดว่าทำอย่างไรดี เราเป็นเภสัชอยากเห็นยาที่อยู่ที่บ้าน อยากให้เขาเอายาที่บ้านมาให้เราดู ก็เริ่มหยิบไข่มา แล้วบอกว่าเอายามาให้ดูเพื่อแลกไข่ เราก็ได้มีโอกาสที่จะเห็นยาว่าที่

บ้านของคนนะมียาที่เราไม่เคยเห็นเยอะมาก เห็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา ไม่กินยา ได้ยามาจากหลายแห่ง"

- ***สร้างทีมที่เข้าใจในการทำงานเชิงรุก*** งานเชิงรุก งานที่ต้องเกี่ยวข้องกับคน ที่ไม่มีหลักการในการทำงานแต่ต้องปรับไปตามสถานการณ์ ต้องการคนทำงานมากกว่า 1 คนที่จะร่วมกันคิดช่วยกันทำ มีรุ่นพี่หรือคนที่ผ่านประสบการณ์มาก่อนมาคอยชี้แนะ มี role model ที่จะสามารถเป็นที่ปรึกษาการทำงานได้

  "การทำงานเหล่านี้เราทำเองไม่ได้ เราต้องมีทีมงานช่วยกัน คนที่ทำงานร่วมกันต้องเข้าใจในลักษณะงานเชิงรุกของการทำงานในชุมชน เพราะคนทำงานเชิงรุกต้องออกไปข้างนอกบ่อย หากคนที่ทำงานด้วยกันไม่เข้าใจก็จะไม่สนุกละ"

  "พี่โชคดีที่มีอาจารย์หมอบุญยงค์ (นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร) และ อาจารย์หมอคณิต (นพ.คณิต ตันติศิริวิทย์) ที่เป็น idol ในการทำงานชุมชน อาจารย์คอยสอน คอยให้ข้อเสนอแนะเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับการทำงานเพื่อผู้คน และคอยเป็นกำลังใจสำหรับการทำงานของเรา"

- ***จัดโอกาสให้คนทำงานเชิงรุกมาพบเจอกันสม่ำเสมอ*** เพื่อให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และเป็นกำลังใจในการทำงาน เพราะงานเชิงรุกนี้ยังเป็นงานกระแสรอง ที่ยังไม่มีกลไกหรือรูปแบบที่ชัดเจนนัก การให้มาพบกันอย่างต่อเนื่องจะเป็นการเพาะบ่มแนวคิดการทำงาน

  "มีโอกาสที่คนเหล่านี้มาพบปะกันสม่ำเสมอ จะได้มาเจอกันคุยกัน เครือข่ายพวกนี้สร้างได้ มีกิจกรรมร่วมกัน เมื่อก่อนพบกันทุกวันพุธ ที่จะมาเจอกัน ไม่ต้องมาจัดให้เป็นเวทีประชาคมไม่จำเป็น แต่ควรทำให้มันเป็นวิถี"

  "งานนี้ไม่เริ่มจากทฤษฎี เริ่มจากการเรียนรู้ ไปรู้จัก คลำๆทางไป แล้วใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แลกเปลี่ยนกันไป เราทำหน้าที่เพียงจัดให้เขามาเจอกัน แล้วเราทำหน้าที่เพียงฟังเข้าใจ แต่ในการทำงานตอนนี้มันต้องสร้างโอกาสของการเรียนรู้ ที่ไม่ใช่เป็นการอบรมประชุม สัมมนา นั่นไม่ได้แน่ มันต้องมาเรียนรู้จริง"

- ***มีพื้นที่ในการทำงานชุมชนที่ชัดเจน*** เพื่อจะได้มีโอกาสพัฒนาความสัมพันธ์ การยอมรับ และมีโอกาสเรียนรู้ พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะนี้ได้จากเภสัชกรที่ยังไม่มีตำแหน่งงาน

ชัดเจนในงานเชิงรุก ซึ่งเมื่อไม่มีตำแหน่งชัดเจน งานของเภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาจึงเป็นเพียงงานฝาก ซึ่งอาจจะทำให้ไม่เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

"อย่างของเภสัชนี่ไม่มีพื้นที่ของตัวเอง เราอยู่ในโรงพยาบาล อย่างที่ทำนี่ต้องไปมองหาพี่ที่พยาบาลชุมชน ที่จะประสานงานให้ แต่ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้เภสัชมีพื้นที่รับผิดชอบเป็นของตัวเอง จะได้คลุกกับชุมชนได้ทำงาน และจะได้ทำงานอย่างเต็มที่ เวลาทำงานที่รพ.ก็จะติดงานที่อยู่ในโรงพยาบาล ไม่เต็มที่ ทำงานก็ไม่ต่อเนื่องต้องมาเริ่มต้นใหม่อยู่เรื่อย มันไม่มีโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์กับคนในชุมชน ไม่เหมือนพี่เขาที่ทำงานชุมชนที่ รพ.สต."

"งานเรื่องยาตอนนี้เป็นงานฝาก เพราะเราไม่มีตัวแทนที่ทำงานเรื่องยาในชุมชน ในรพ.สต. เราต้องคอยมาคิดว่างานเรื่องยาที่เราทำนี่เป็นงานส่งเสริมหรือรักษา ถ้าเป็นส่งเสริมฝากคนหนึ่ง งานรักษาฝากอีกคน แล้วพี่พวกนั้นเขาก็มีงานเป็นของตัวเอง งานเราเป็นงานฝากก็เป็นงานรองไป อย่างนี้มันไม่ต่อเนื่อง"

- ***หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานเข้าใจลักษณะการทำงานเชิงรุก*** เพราะการทำงานในลักษณะนี้ต้องออกไปข้างนอกบ่อย ต้องติดต่อประสานงาน ทำให้ไม่สามารถทำงานบริการที่อยู่ในโรงพยาบาลได้อย่างเต็มที่ หากเพื่อนร่วมงานไม่เข้าใจ หัวหน้าไม่สนับสนุน อาจจะเกิดปัญหาในที่ทำงานเกิดความท้อถอยได้

"คนที่ทำงานร่วมกันต้องเข้าใจในลักษณะงานเชิงรุกของการทำงานในชุมชน เพราะคนทำงานเชิงรุกต้องออกไปข้างนอกบ่อย หากคนที่ทำงานด้วยกันไม่เข้าใจก็จะไม่สนุกละ อย่างพี่ในตอนแรกคนในโรงพยาบาลพากันถามว่า ทำไมไม่ย้ายโต๊ะออกไปทำงานที่วัดเลยอย่างนี้ เหมือนออกไปข้างนอกแล้วคนข้างในทำงานหนัก ถ้าคนข้างในไม่เข้าใจ การออกไปข้างนอกก็จะไม่สบายใจ"

"ที่สำคัญคือหัวหน้า ที่จะต้องเห็นด้วยและสนับสนุน ว่าดีเลยน้อง ลงไปทำ ลุยได้เลย อย่างนี้โชคดี เพราะหัวหน้าคอยดูแลงานข้างหลังให้"

- ***การสนับสนุนจากผู้กำกับนโยบายในระดับต่างๆ*** เนื่องด้วยว่าการดำเนินงานในเชิงรุกเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนเป็นเรื่องที่ต้องใช้ระยะเวลา ดังนั้นแล้วในระหว่างทางของการสร้างคน สร้างทีม สร้างเครือข่าย สร้างความสัมพันธ์กับชุมชนจึงมีแรงกดดันหลายๆ ประการ จากคนหลายๆฝ่าย ที่สำคัญที่สุดคือการคำสั่งการทำงานเชิงนโยบายจากส่วนกลาง

ซึ่งต้องการตัวชี้วัดในการทำงาน ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับการทำงานในเชิงรุกลักษณะนี้ ดังนั้นแล้วแรงสนับสนุนที่สำคัญคือผู้กำกับนโยบายในพื้นที่ทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอต้องช่วยเหลือประคับประคอง หรือกลั่นกรองนโยบายที่เหมาะสมกับงานลักษณะนี้ ดังคำกล่าวที่ว่า

"พอคุยมาซักปี 4-5 ก็มีคำถามต่อว่า เราคุยแบบนี้ได้ซักระยะแล้วยังไม่เห็นชาวบ้านได้อะไรเลย ก็พอดีผมไปได้เงินของ สสส. ก็เลยเอามาลองกันซักตั้งที่จะลุยทำงานกัน แต่ผมต้องเป็นคนที่คอยปะทะกับ สสส. นะว่างานแบบนี้อะไรไม่เอาเพราะอะไร ประสบการณ์ตอนนั้นทำให้ทุกคนได้เรียนรู้เยอะ ..... ทางสสอ.ก็คอยปะทะเรื่องระบบ ระเบียบของทางราชการ คนที่ สสจ.เองก็ต้องมีคนที่คอยกรองนโยบายไว้ นโยบายที่ต้องการอะไรด่วนๆเร็วๆ ก็กรองไว้ก่อนยังเอาลงมาไม่ได้"

"ผมว่ามันต้องใช้เวลาในการต่อสู้กับตนเอง เพราะผลที่ได้จะไม่กลับคืนมาทันทีทันใด แต่ต้องหนักแน่น ทนแรงเสียดทาน รอดูดอกผล ในตอนแรกอย่างไรก็ไม่เกิดผล ต้องมีคนมองภาพออกในระดับสสอ ระดับ สสจ.ก็รู้ละ ว่าเมื่อไรจะเข้าข่วง (ข่วงผญา-ชื่อกลุ่ม) เรื่องไหนที่เป็น policy มาก็ต้องมีคนคอยดูและหยิบเข้าเสียบที่ชุมชนอย่างเหมาะสม ตอนนี้กระทรวงเข้าใจละ เพราะมัน win-win ทั้งสองฝั่งคนที่เข้าใจก็ทำงานตรงนี้ได้สบายใจ"

"ต้องบ่มเพาะคนข้างล่างให้เข้มแข็ง บุคลากรที่อยู่ภาคประชาชน ในขณะเดียวกันก็มีคนที่อยู่ข้างบนคอยกรอง คอยจับนโยบาย ไม่ให้พุ่งลงมาข้างล่าง แล้วมีคนข้างบนอีกคอยประสานการทำงานกับคนที่ทำงานชงนโยบาย อย่างหมอช้าง ต้องมีคนคอยต่อรองกับนโยบาย"

2.3 การตั้งโจทย์หรือประเด็นที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงาน

การพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลเรื่องการใช้ยาและสุขภาพได้อย่างยั่งยืนนั้นต้องเกิดจากความตั้งใจของประชาชนเอง และเกิดจากการคิดพิจารณาอย่างเป็นเหตุเป็นผลในมุมมองของคนๆนั้นด้วยตนเอง ในการชักชวนให้ประชาชนหรือชุมชนมีความตระหนัก หรือความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลนั้น การตั้งโจทย์หรือประเด็นที่จะร่วมกันพิจารณาเป็นเรื่องสำคัญ ในการสนทนากับผู้ที่มีประสบการณ์พบว่านี่เป็นหัวใจของการเริ่มงานสร้างความเข้มแข็งชุมชน

และโจทย์หรือประเด็นที่จะชวนกันพิจารณาที่ดีที่สุดคือเรื่องที่ใกล้ตัว หรือเป็นเรื่องที่คนกลุ่มนั้นกำลังตระหนักมากที่สุด

> "หัวใจของการดำเนินงานเพื่อให้ชุมชน หรือภาคประชาคมเข้มแข็ง เกิดจากการทำงานกับเรื่องใกล้ตัว กับสิ่งที่ใกล้กับตัวของเค้า ถ้าคนเห็นถึงปัญหา ตระหนักถึงผลกระทบที่มีต่อสิ่งนั้น เขาจะอยากมามีส่วนร่วมในการแก้ไข"

> "เราต้องชี้ให้เห็นว่าสิ่งต่างๆ ประเด็นปัญหาต่างๆล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับชีวิต ให้เขาเห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ แล้วคนจะเข้ามาช่วยกันดูแลประเด็นเหล่านี้"

> "ปัญหาที่ว่า ถ้าทุกหน่วยงานจะเอาทุกเรื่องไปใส่ก็คงจะไม่ได้ ต้องให้คนในชุมชนรู้สึกว่านี่คือ priority ของเขาก่อน ต้องตอบปัญหาให้ได้ว่า ชาวบ้านได้อะไร ต้องชักจูงเขาได้ ด้วยข้อมูลอะไรบางอย่างที่เกี่ยวกับชุมชน"

อย่างไรก็ตามเนื่องจากสำหรับคนทั่วไปแล้ว ยาไม่ใช่เรื่องหลักในชีวิตของพวกเขา (ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น) จะเริ่มเข้าไปด้วยประเด็นยาหรือสุขภาพคงเป็นการยากสำหรับการชักชวนประชาชนให้มาสนใจ จากการสนทนาพูดคุยผู้ที่มีประสบการณ์ได้ให้ข้อเสนอแนะในการจุดประเด็นเรื่องยาให้คนสนใจตระหนักถึงความสำคัญได้ ด้วยเพราะจริงๆแล้วทุกๆสิ่งในชุมชนล้วนแล้วแต่สัมพันธกัน เรื่องการกินการอยู่ก็ล้วนแล้วส่งผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น หากแต่ว่าเท่าที่ผ่านมาบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพ เรื่องยายังไม่ได้เข้าไปดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

> "คนที่ให้ความสำคัญเรื่องนี้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ถ้ากลุ่มคุยกันเรื่องไหนแล้วเห็นว่าเป็นเรื่องที่สามารถแทรกประเด็นสุขภาพได้ก็แทรกเข้าไป แล้วต้องสม่ำเสมอนะ เข้ามาให้สม่ำเสมอต่อเนื่อง ให้สมาชิกรับรู้ไม่ใช่เข้ามานานๆที ตอนที่มีเรื่องอยากให้ทางกลุ่มช่วยเหลือ ต้องสม่ำเสมอและแทรกเรื่องของเราเข้าไปที่ละเล็กทีละน้อย อย่าแค่เพียงมาโยนประเด็นของเราแล้วก็หายไปอย่างนี้เรื่องสุขภาพก็ไม่เกิด จริงๆทุกเรื่องมันก็เกี่ยวกับสุขภาพได้หมด แต่คนที่เป็นแกนนำเรื่องสุขภาพยังมาไม่ค่อยสม่ำเสมอเท่าไร"

เนื่องจากทุกสิ่งในสังคม ในชุมชน ล้วนแล้วแต่สัมพันธ์กัน การทำงานที่สร้างความเข้มแข็งของชุมชนควรเป็นทีมที่บูรณาการกัน เรื่องไหนเป็นประเด็นที่ชุมชน หรือประชาชนเห็นว่าเร่งด่วน เรื่องนั้นก็จะได้รับการพิจารณาก่อน เช่นเรื่องปากท้อง การทำมาหากิน เพื่อให้ชีวิตอยู่รอด หากมันเป็นประเด็นหลัก บุคลากรทางการแพทย์ก็ควรให้ความสำคัญ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือในประเด็นดังกล่าว หากว่าเรื่องได้รับการแก้ไขปัญหาแล้ว ประชาชนก็พร้อมที่จะมาดูแลเรื่องสุขภาพต่อไป

"ถ้ายังตอบโจทย์ในชีวิตจริงๆของเขาไม่ได้ จะมาสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมก็ไม่เกิดขึ้นจริงๆ ทุกเรื่องมันจะต้องหาจุดคานงัดให้เจอ จะหาได้อย่างไร ก็ต้องถามให้สุดๆไปว่าต้นตอของสาเหตุที่จริงมันคืออะไร แล้วค่อยๆแก้ไขไปทีละเรื่อง ทีละเรื่อง"

ในลักษณะเดียวกันการสร้างศักยภาพของประชาชนเรื่องสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขจะต้องไปเกี่ยวข้องกับประเด็นต่างๆอีกมากมาย ทั้งเรื่องป่าชุมชน ศูนย์การเรียนรู้ การเมืองการปกครอง เนื่องจากสิ่งต่างๆเหล่านี้เกี่ยวพันกันอย่างแยกไม่ได้ จะทำแต่เรื่องสุขภาพแต่ไม่สนใจประเด็นอื่นก็คงเป็นไปไม่ได้ ยกตัวอย่างเช่น การพยายามที่จะให้ประชาชนลดการใช้ยาแก้ปวดลดการอักเสบ ด้วยการใช้สมุนไพร แพทย์แผนไทยทดแทน การทำงานจะเกี่ยวข้องกับเรื่องสิ่งแวดล้อม และการศึกษาร่วมไปด้วย ดังตัวอย่างเช่น

"ป่าชุมชนนี่ คือเดิมมันเป็นศูนย์เรียนรู้ชุมชน พอเรารณรงค์เรื่องสมุนไพร ก็เอาสมุนไพรไปปลูก แล้วชาวบ้านก็มีพื้นฐานความรู้เรื่องพืช เรื่องสมุนไพรเดิมอยู่แล้ว ก็ชวนกันไปเดินป่า เกิดการเป็นเจ้าข้าวเจ้าของ อยากจะเก็บไว้ต่อไปเรื่องศูนย์เรียนรู้นี่เดิมก็เป็นกลุ่มคนเล็กๆ เราเริ่มทำสมุนไพร ก็รวบรวมสมุนไพรในหมู่บ้านที่อนามัยตั้งอยู่ รวบรวมหมอเมืองมาได้ 10-20 คน ก็เริ่มจากการทำสมุนไพรในครัวเรือนง่ายๆ สมุนไพรบางตัวพ่อหมอก็ต้องเข้าป่าไปเอา และที่นั่นมีป่าเป็นป่าชุมชนตั้งอยู่ที่ ก็พยายามทำงานกับผู้นำชุมชน ถ้าผู้นำชุมชนไม่เข้มแข็งเราก็คงทำไม่ได้ ป่าที่ว่านี่ติดกับพื้นที่อำเภอเทิง ที่โล้นมาจนติดที่ป่าของเราละ ประมาณ 100 กว่าไร่บนดอย และที่ข่างล่างเราก็เอามาทำเป็น ศูนย์เรียนรู้ ธนาคารต้นกล้วย ไม้ที่ทำพลังงานทดแทน แต่พอทำปีที่ 2-3 ก็ชัดเจนขึ้น เราก็พยายามดึงโดยจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ตรงนั้นพอดีมันมีพุทธสถาน เป็นพระธาตุโบราณร้างไม่มีใครสนใจ เราก็เข้าไปบูรณะ ไปบวชป่า มีพระเข้ามาเข้ากรรม"

หากว่าบุคลากรทางการแพทย์อยากที่จะให้เรื่องสุขภาพและยาเป็นประเด็นที่สนใจของประชาชน ก็จะต้องพิจารณาหาข้อมูล นำเสนอข้อมูลสถิติ ของพื้นที่เพื่อสร้างความตระหนัก และกระบวนการดังกล่าวต้องทำโดยคนที่ประชาชนรู้จัก และศรัทธา ดังคำกล่าวที่ว่า

"เป็นคนที่มีจิตอาสา อยากอาสาเข้ามาช่วย และเป็นคนที่คนศรัทธาอยากเข้ามาร่วมกัน อาจจะเป็นคนที่เติบโตมาจากชุมชนและเห็นถึงผลกระทบของสิ่งต่างๆต่อชุมชน ร่วมกันกับสมาชิกคนอื่นๆ"

"คนสา-สุขเป็นคนมีศักยภาพ มีคนเชื่อถือ ถ้าเรารวมกันได้นะ การทำงานมันจะสุดยอด แต่เราต้องตอบโจทย์พื้นฐานให้ได้ก่อนว่า ต้องบูรณาการสิ่งที่เรามี ให้เข้ากับโจทย์ปัญหาที่คนมี ให้เอาโจทย์ของคนในพื้นที่เป็นที่ตั้ง แล้วเราทำหน้าที่เชื่อมคนต่างๆ หลายๆส่วนเข้าด้วยกัน นี่จะเห็นว่าเราสามารถเป็นตัวกลางได้ดี เป็นคนที่ทำด้วยใจ คนในชุมชนยอมรับ"

"ในเบื้องต้นมันเป็นปัญหาของเรา เพราะเรายังไม่ได้ลงไปในชุมชน ยังต้องการการเรียนรู้ชุมชน คลุกคลีกับเขาซึ่งต้องใช้เวลา ทำให้ในเบื้องต้นมันเป็นปัญหาของเราไปก่อน พอทำไปชาวบ้านก็จะมองเห็นว่านี่คือปัญหาของเขาที่เขาต้องดำเนินการต่อ"

ดังนั้นแล้วจะเห็นว่ากระบวนการอย่างหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนตระหนักต่อประเด็นสุขภาพและอยากจะเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขนั้นต้องเริ่มจากการจุดประเด็นของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ด้วยข้อมูลที่เหมาะสม ที่ใกล้ตัวและเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับประชากรกลุ่มนั้น และเกิดขึ้นหลังจากที่คนในชุมชนได้รู้จัก ยอมรับ และเชื่อมั่นในบุคลากรคนนั้น จึงจะสามารถสร้างประเด็นสุขภาพให้เป็นประเด็นร่วมของชุมชนได้

2.4 แนวทาง หรือวิธีการสร้างความเข้มแข็งของประชาชนเรื่องสุขภาพและการใช้ยา

นอกเหนือจากการทำงานอย่างค่อยเป็นค่อยไปในชุมชน ร่วมกับประชาชนแล้ว ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านได้ให้ข้อเสนอแนะว่า หากบุคลากรได้มีความเข้าใจในเรื่องแนวคิดการทำงานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเข้าใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคลแล้ว การดำเนินงานสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนใช้ยาอย่างเหมาะสมสามารถประยุกต์ใช้ ทำได้แม้ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาล ในขณะที่ทำงานเชิงรับหากว่าบุคลากรมีความต้องการที่จะทำ มีเวลาจำกัด

"ทำงานชุมชนไม่จำเป็นต้องลงชุมชนก็ได้ ใครอยู่ตรงไหนก็ทำตรงนั้นให้ดีที่สุด ขอให้คนไข้เข้ามาหาเรา แล้วเราก็ฟังเรื่องของเขา พยายามช่วยเหลือเขา ถ้าพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก็ให้เขาดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเขาให้ดีที่สุด แต่มองคนอย่างองค์รวม"

"อย่างพี่เภสัชที่ .... เขาทำในโรงพยาบาลได้ สุดยอดมาก เขาบอกว่าทำที่ไหนก็ได้เพราะใจเขาออกนอกโรงพยาบาลไปแล้ว"

"ปลาที่อยู่ในข้อง ปลาที่อยู่ในสระ ก็จะบริหารจัดการได้ดีกว่าปลาที่อยู่ในทะเล ผมคิดว่าถ้าเราจะดำเนินการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมก็ควรจะดำเนินการตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งมันจะง่ายกว่าการไปทุ่มเทให้กับคนในชุมชนนะ ถ้ากรณีที่คนไม่พร้อม ทรัพยากรที่ยังไม่พร้อมก็ควรดำเนินการกับคนที่อยู่ในมือเราก่อน ก่อนที่จะเรียกปลาที่เขากลับไปทะเลแล้ว coverage มันก็ยาก คนที่เขามาหาเราที่โรงพยาบาล เราได้ให้ข้อมูลทักษะที่จำเป็นสำหรับเขาแล้วหรือยัง"

กระบวนการที่จะทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลนั้นจริงๆแล้วควรช่วยกัน ณ ทุกจุดที่มีการใช้ยา เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกยา การสั่งใช้ยา การส่งมอบยา การให้คำแนะนำเรื่องยา และการติดตามยาไปที่บ้าน ทุกขั้นตอน เพราะทุกจุดเป็นโอกาสของการเน้นย้ำความสำคัญ สร้างความตระหนักเรื่องยา

> "เรื่องใช้ยาอย่างสมเหตุผลนี่น่าจะดำเนินการตั้งแต่แรก เป็นบทบาทของแพทย์ผู้ดูแล หรือเภสัชกรผู้จ่ายยา ตั้งแต่จังหวะที่เราให้ยากับประชาชน เราต้องบอกให้เรารู้ว่าอาวุธที่เราให้เขาไปมันมีคมนะ มันมีทั้งข้อดี และข้อเสีย ให้เขารู้ว่าจะต้องทำอย่างไร ถ้าเขารู้ตั้งแต่ต้น เขาก็จะสามารถดูแลตนเองต่อไปได้"

> "ที่สอ.นี่เรื่อง antibiotic smart use ก็อธิบายกันตรงนั้นเลย อธิบายว่าทำไม ไม่จำเป็น ยกตัวอย่างคนตรงนั้นเลยให้เห็น ตรงที่เราตรวจและมีคนรอนั่นแหล่ะ คนที่อยู่แถวนั้นก็ร่วมฟังไปด้วย เขาก็คิดได้เองว่ากรณีของเขาจำเป็นหรือไม่จำเป็น แต่ประเด็นคือต้องค่อยๆพูด ค่อยๆยกตัวอย่าง"

นอกจากนั้นแล้วยังมีผู้ให้แนวคิดว่า หากเรื่องการกิน การอยู่ การดำเนินชีวิตเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับคนทั่วไปแล้ว หากสามารถสร้างความตระหนักในการเลือกของกินของใช้ที่ปลอดภัยให้กับคนได้ด้วยการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสร้างค่านิยมการใช้อาหารปลอดภัย แล้ว คนในชุมชนจะมีความตระหนักมากขึ้นกับเรื่องอื่นๆในชีวิตได้เช่นเดียวกัน ดังกล่าวที่ว่า

> "ถ้าเราเคลื่อนตัวแบบการใช้ชีวิตที่เหมาะสม กินใหม่ อยู่กันใหม่ น่าจะมีผลต่อความเจ็บป่วย และน่าจะมีผลต่อเรื่องใช้ยาด้วย ในทางอ้อมก็คือ พอคนใส่ใจเรื่องการกิน การอยู่ ก็จะระวังกับทุกเรื่องที่จะเอาเข้าร่างกาย รวมถึงเรื่องยาด้วย ยาอันตรายก็จะระวังมากขึ้น แต่ต้องมีการทำวิจัย ตัวเลขให้เห็น"

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสนทนากลุ่ม เพื่อทบทวนรูปแบบ กลไก หรือ วิธีการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน จากโจทย์ตั้งต้นที่ว่า จะทำอย่างไรเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน เพื่อให้เกิดการใช้ยาหรือไม่ได้ใช้ยาด้วยความเหมาะสม มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย และมีความรู้ในยาที่ผู้ป่วยใช้และสามารถจัดการตนเองได้ในเบื้องต้น ผลการศึกษาพบว่าในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองเรื่องโรคและยานั้นต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติและแก้ไขปัญหา และแรงจูงใจในการทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ อย่างไรก็ตามแนวทางหลักในการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์มุ่งเน้นที่การให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังไม่ได้พิจารณามากนักต่อเรื่องทักษะและแรงจูงใจ

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย ทำให้พบว่าสำหรับผู้ใช้ยา “การใช้ยาอย่างเหมาะสม” หมายถึงการใช้ยาเมื่อมีอาการ หยุดเมื่ออาการบรรเทา หรือการใช้ยาตามแพทย์สั่งหากเป็นโรคเรื้อรัง เป็นเพียงการใช้เท่านั้น แต่ไม่ได้กล่าวถึงเรื่องความปลอดภัย ประสิทธิภาพ หรือการไม่ใช้ยา ปรากฏการณ์นี้อธิบายโดยบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดชุมชนว่า สำหรับประชาชน คนทั่วไปนั้น สุขภาพ หรือ ยา ไม่ใช่สิ่งสำคัญสำหรับชีวิตของประชาชนเมื่อเปรียบเทียบกับ เรื่องการกิน การอยู่ หรือความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังนั้นแล้วการใช้ยาจึงเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งสำหรับประชาชนในการสนับสนุนให้คนสามารถทำสิ่งสำคัญสำหรับชีวิตคือการสามารถที่จะมีแรง ลุกขึ้นยืน ทำงานหาเงิน หรือ ออกไปมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จึงทำให้เกิดปรากฏการณ์การใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมขึ้นได้ แม้ว่าจะมีความรู้เรื่องอันตรายที่อาจจะเกิดจากการใช้ยาก็ตาม

ดังนั้นแล้วขั้นตอนแรกของการสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลคือ การเชื่อมโยงให้ประชาชนเห็นและเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของสุขภาพและการใช้ยา กับการดำเนินชีวิต และวิถีชีวิตของประชาชน เพื่อที่จะทำให้ประชาชนตระหนักว่าการมีสุขภาพดีและการใช้ยาที่เหมาะสมเป็นเรื่องที่มีความสำคัญของชีวิต เพื่อที่จะให้คนพร้อมที่จะแสวงหาความรู้ และพัฒนาทักษะอันเหมาะสมต่อไป

การให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มความตระหนัก ดึงดูดให้คนที่มีเงื่อนไขในชีวิตที่แตกต่างกันให้มีความสนใจเรื่องสุขภาพและการใช้ยาไม่ใช่เรื่องง่ายนัก แต่ก็สามารถทำได้ด้วยคนที่ประชาชนในพื้นที่มีความไว้เนื้อเชื่อใจ ยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และมีความใส่ใจที่จะเข้ามาช่วยคนในชุมชนเรื่องสุขภาพ ซึ่งกลไกที่สำคัญคือบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอย่างใกล้ชิดกับพื้นที่อย่างสม่ำเสมอนอกจากนั้นการให้ข้อแนะนำเรื่องยาและสุขภาพที่ประชาชนจะนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงนั้น จะต้องเกิดจากความละเอียดอ่อนของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำความเข้าใจกับเงื่อนไขชีวิต เหตุและผลของการดำเนินชีวิต ปัญหาอุปสรรคที่ประชาชนแต่ละคนมีอยู่ เพื่อจะสามารถสามารถแก้ไขปัญหา หรือพิจารณาตรึกตรองความสมเหตุผลด้วยตนเองในเรื่องยาและสุขภาพได้ต่อไป

คุณลักษณะหรือทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะเปิดใจรับฟัง สังเกต เรียนรู้สิ่งต่างๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับเหตุผลทางวิชาการ และส่งมอบให้กับประชาชนได้อย่างเหมาะสมไม่ได้ถูกสร้างขึ้นมากนักในการเรียนการสอนมหาวิทยาลัยทักษะการทำงาน หรือทักษะชีวิตเหล่านี้จะเกิดขึ้นด้วยการมองเห็นและเชื่อมั่นศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วย การเปิดใจที่จะเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของทุกเรื่อง การประสานงานร่วมกับหน่วยงานหรือบุคคลในชุมชน และการมีทีมหรือเครือข่ายการทำงานในเชิงรุกที่จะมีเวทีให้แลกเปลี่ยนมุมมอง เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น

กระบวนการการทำงานในลักษณะนี้ต้องการเวลาในการดำเนินงาน จึงต้องได้รับการสนับสนุนจากทั้งเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้กำกับนโยบายในระดับต่างๆ ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับประเทศที่จะสนับสนุนการทำงานเชิงรุกในชุมชน หากเมื่อความเข้มแข็งอย่างแท้จริงในชุมชนเกิดขึ้นแล้ว ไม่ว่าจะมีประเด็นอะไร เรื่องอะไร ชุมชนก็จะมีศักยภาพ หรือมีแนวทางในการดำเนินงานต่อไปได้

นอกจากการปรับเปลี่ยนท่าที การพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ และการสนับสนุนเชิงนโยบายของการทำงานเชิงรุกอย่างต่อเนื่องในชุมชน จนประชาชนยอมรับและศรัทธาในตัวบุคลากรทางการแพทย์แล้ว สิ่งสนับสนุนอื่นที่จะส่งผลถึงการใช้ยาอย่างเหมาะสมของประชาชนประกอบไปด้วย การมีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เป็นกลาง และมีเนื้อหาที่เป็นประโยชน์สำหรับประชาชน ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ การกำหนดนโยบายการให้ข้อมูลเรื่องยาสำหรับประชาชน การสนับสนุนค่านิยมในการดูแลสุขภาพ เลือกบริโภคอาหาร และสินค้าที่ปลอดภัย และ สนับสนุนการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานเชิงรุก มุมมองด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ และการทำงานกับผู้อื่นทั้งในและนอกสถาบันการศึกษา

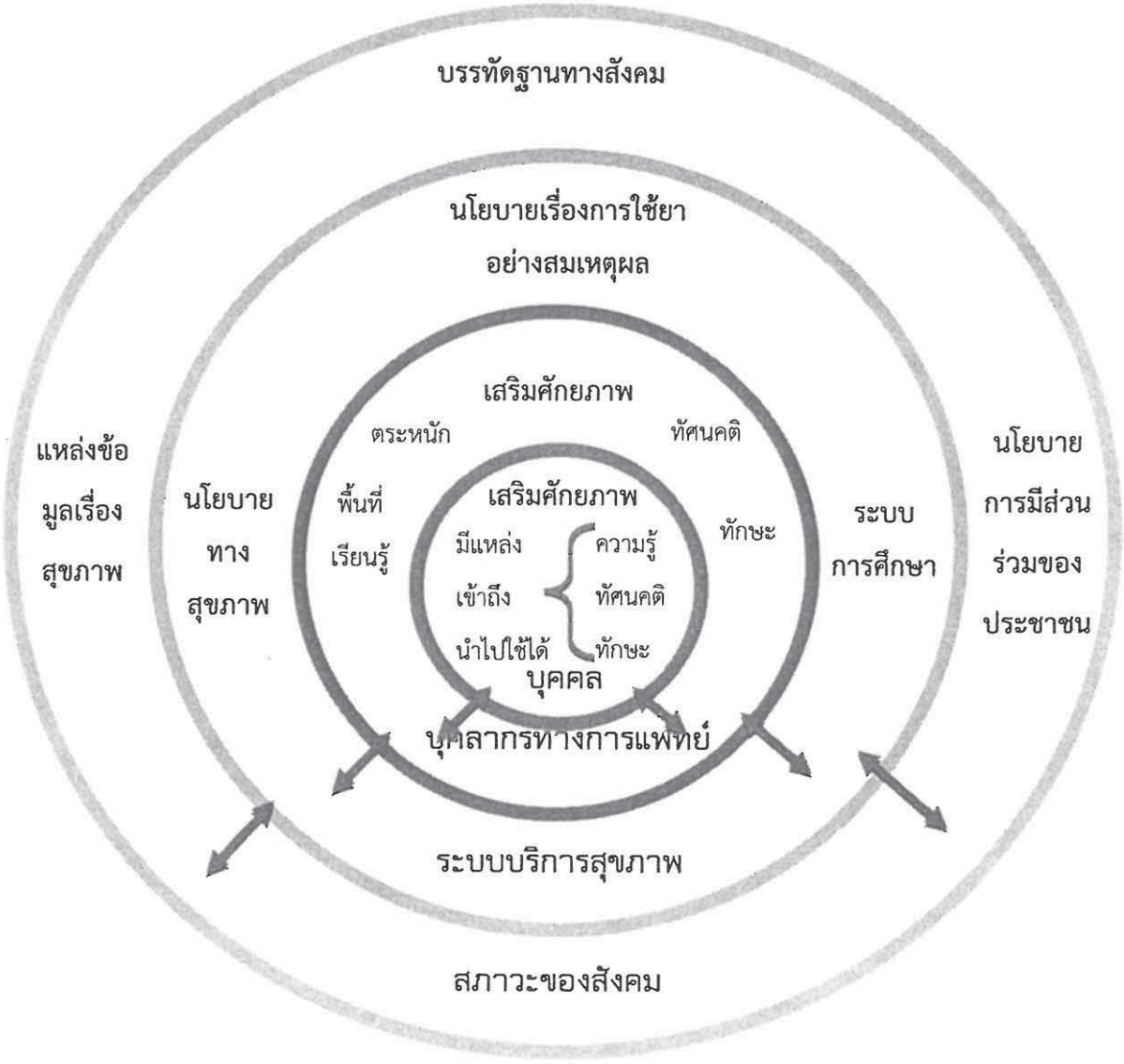
การพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา และต้องพิจารณาบริบทของชุมชน และของแต่ละบุคคล แต่เป็นเรื่องที่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ ด้วยกลไกที่สำคัญที่สุดคือ ท่าทีและทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำงานอย่างใกล้ชิดกับชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

โดยสรุปการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม จะเกิดขึ้นได้ด้วยจากองค์ประกอบที่สำคัญหลายประการคือ

1. ความตระหนักและการให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของประชาชน
2. ความรู้เรื่องยาที่เหมาะสม และข้อมูลที่จะทำให้ผู้ใช้ยาพิจารณาการใช้หรือไม่ใช้ยาได้อย่างเหมาะกับเงื่อนไขปัจจัยของการดำเนินชีวิต
3. โอกาสหรือเวทีที่ประชาชนในชุมชน จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเพิ่มเติมทักษะกันและกัน
4. ความตระหนักต่อเรื่องศักยภาพของประชาชนและชุมชนของบุคลากรทางการแพทย์
5. บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอกับประชาชนและชุมชน
6. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะการสื่อสาร การมองเห็นความเชื่อมต่อระหว่างชีวิตและสุขภาพ
7. การประสานงานในการทำงานระหว่างหน่วยงาน และบุคคลต่างๆ ในการบูรณาการการทำงาน
8. เวทีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้เรียนรู้เทคนิค แนวคิด หรือแนวทางการทำงาน
9. แหล่งข้อมูลเรื่องสุขภาพและยาที่เข้าใจง่าย และเกี่ยวเนื่องกับวิถีการดำเนินชีวิตจริง ที่จะกระตุ้นให้เกิดความสนใจ และสามารถนำเอาข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้
10. ข้อมูลเรื่องสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีคุณสมบัติข้างต้นที่หลากหลายรูปแบบที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก
11. นโยบายที่สนับสนุนการทำงานเชิงรุกทั้งในระดับหน่วยงาน อำเภอ จังหวัด และประเทศ
12. นโยบายที่สนับสนุนให้มีการให้ข้อมูลสำหรับผู้ใช้ยา ณ จุดของการรับยา

หากนำผลสรุปที่ได้มาพิจารณาถึงกลไกหรือปัจจัยที่จะสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคประชาชน จะต้องการการปรับเปลี่ยนและร่วมมือของบุคลากร และหน่วยงานในทุกระดับ และหัวใจที่สำคัญคือภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ จะต้องมีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของกันและกัน อย่างสม่ำเสมอ ดังแสดงในรูปที่ 6



รูปที่ 6 กลไกหรือปัจจัยที่สนับสนุนการใช้ยาอย่างเหมาะสมในภาคประชาชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้

1. การสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนผู้ใช้ยา

จากผลการทบทวนความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน ทำให้พบว่าสำหรับประชาชนทั่วไปแล้ว สิ่งที่สำคัญสำหรับชีวิตไม่ใช่เรื่องยาหรือเรื่องสุขภาพ หากเปรียบเทียบกับเรื่องการทำมาหากินและความสัมพันธ์กับผู้คนในชุมชน และสำหรับประชาชนแล้วการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีเพียงประเด็นการใช้ยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง แต่ยังไม่มีการตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการใช้ยา ดังนั้นแล้วสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการในเบื้องต้นคือการสร้างความตระหนักให้กับประชาชนถึงผลกระทบต่อชีวิตทั้งบวกและลบ และเพิ่มเติมข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับผู้ใช้ยาต่อไป เพื่อให้เกิดความรู้ ทัศนคติ และทักษะต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่าในการส่งข้อมูลและสื่อการส่งต่อข้อมูลควรจะมีความแตกต่างกัน เพราะเงื่อนไขในชีวิตและทัศนะต่อสุขภาพและยาของกลุ่มคนแต่ละกลุ่มนั้นไม่เหมือนกัน จึงไม่สามารถใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน และนำส่งผ่านสื่อชนิดเดียวกันได้ ในลักษณะนี้จึงต้องการความร่วมมือของแหล่งข้อมูลที่สำคัญของประชาชนในหลายๆระดับ ทั้งระดับมวลชนระดับชุมชน และระดับบุคคลดังนั้นแล้วจึงมีข้อเสนอดังนี้

- จัดระบบข้อมูลสำหรับประชาชน ที่น่าเชื่อถือ และเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้ประชาชน และผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง และได้รับทราบเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

  ควรต้องมีการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายก่อนเช่นในกลุ่มผู้ป่วยที่พื้นฐานประกอบอาชีพเกษตรกร กลุ่มผู้ป่วยที่พื้นฐานเป็นกลุ่มคนทำงาน ลักษณะข้อมูลและการนำเสนอ ช่องทางการนำเสนอควรจะต้องมีความแตกต่างกัน

- ขยายบทบาทของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และการสร้างเสริมศักยภาพ ความรู้ และทักษะของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

  โดยเสริมสร้างบทบาทของประชาชน ให้มีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาและร่วมแก้ไขปัญหา ค้นหากลุ่มเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชน มีเวทีแลกเปลี่ยนในปัญหาต่างๆที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ จัดหาข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่มีในชุมชน รูปแบบการใช้ยาที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพเพื่อการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันกับชุมชน และดำเนินการโดยชุมชนโดยบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการสนับสนุนข้อมูลและการจัดการต่างๆ

- จัดทำสื่อและการสื่อสารเรื่องสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับผู้รับที่มีความหลากหลายทางบริบท และระดับความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy)

  ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการสื่อสารข้อมูลเพื่อการใช้ยาที่เหมาะสมโดยดูแลทั้งในส่วนของการให้ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นไปยังแต่ละส่วน และรับผิดชอบรวมไปถึงการสื่อสารที่เหมาะสมในแง่ของความถี่และรูปแบบเพื่อให้เข้าถึงในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ทั้งสำหรับประชาชนและสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะนำไปสื่อสารกับประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนต่อไป (availability และ accessibility) โดยผลิตข้อมูลที่เหมาะสมกับประชาชนที่มีระดับ health literacy ต่างๆกัน ผ่านสื่อชนิดต่างๆ ที่เหมาะสม เช่นสื่ออินเตอร์เน็ต หรือ โทรทัศน์ สำหรับคนระดับกลาง วัยคนทำงาน อยู่ในเมือง ที่เข้าถึงสื่อต่างๆง่าย และใช้สื่อวิทยุชุมชน หรือเคเบิลทีวีสำหรับแรงงาน หรือเกษตรกร อาศัยในชนบท เพื่อจะช่วยกระตุ้นความตระหนักเรื่องการใช้ยาและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

- สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มกันของผู้ป่วย หรือประชาชนที่มีความสนใจเรื่องสุขภาพในโรงพยาบาล ศูนย์เรียนรู้ชุมชน หรือ จุดอื่นๆในชุมชน

  การรวมกลุ่มกันของคนที่มีความสนใจในเรื่องสุขภาพประเด็นเดียวจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพิ่มความเข้มแข็งในกลุ่มในการช่วยเหลือ สนับสนุนกันและกันที่จะคัดเลือกต่อรอง และแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะต่างๆ ที่คนในกลุ่มต้องการ

2. การสร้างเสริมศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับชุมชนเป็นกลุ่มคนที่มีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการสร้างความตระหนัก และสร้างศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เนื่องจากเป็นผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ให้ความรู้กับประชาชน และให้การดูแลรักษาหากมีคนเจ็บไข้ ดังนั้นแล้วท่าที หรือการตอบสนองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อประเด็นการใช้ยาอย่างเหมาะสมของประชาชนจึงมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อพฤติกรรมและทัศนคติของประชาชนผู้ใช้ยา จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องการสร้างเสริมศักยภาพในการทำงานเชิงรุกเช่นกัน เพื่อให้ตระหนักถึงการเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานเชิงรุกของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการมีทักษะการทำงานเชิงรุกที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างองค์รวม นอกจากนั้นแล้วยังต้องมีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่จะต้องรับฟังข้อมูลบริบทของประชาชนอย่างรอบด้าน อธิบายความได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับแต่ละคน ต่อรอง แลกเปลี่ยน และจูงใจ ผู้ฟังได้ เพื่อให้เกิดความ

ไว้วางใจ เชื่อมั่น และศรัทธา ที่จะเป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป แต่อุปสรรคที่สำคัญคือ ภาระงานที่มาก เวลาที่น้อยในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดังนั้นแล้วข้อเสนอคือ

- สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ ทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ใช้ยา

  เพื่อที่จะได้ให้ข้อมูลในการดูแลตนเองเรื่องโรคและยาที่สอดคล้องกับประสบการณ์ และการดำเนินชีวิตประจำวันกับผู้ป่วยเฉพาะราย และเพื่อช่วยพัฒนาทักษะการใช้ยาให้สมเหตุผลกับผู้คนและส่งเสริมระบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นการประสานงานการทำงานของสหสาขาวิชาชีพอย่างครบวงจร โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบ chronic care model หรือ case management เพื่อช่วยสนับสนุนทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย

- ระบบการศึกษาเพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำให้เกิดการพัฒนาทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเข้าใจเข้าถึงบริบทความเป็นจริงของคนไข้

  ในปัจจุบันเน้นการผลิตบุคลากรที่มีความรู้เชิงเนื้อหา และทักษะทางเทคนิค เพื่อให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงทำให้อาจจะละเลยเรื่องของความละเอียดอ่อนของความเป็นมนุษย์ที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง การเข้าใจความคิดประสบการณ์ของผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม ซึ่งสิ่งที่ไม่ได้ถูกกล่าวถึงมากนักในสถาบันการศึกษานี้เองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการทำงานเชิงรุก การพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาอย่างเหมาะสม ดังนั้นแล้วสถาบันการศึกษาควรมีการปรับเพิ่มเนื้อหา หรือจัดชุดประสบการณ์เพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้ทักษะชีวิตเหล่านี้ไปพร้อมกับเนื้อหาเชิงเทคนิค ให้มีโอกาสเรียนรู้ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้วิเคราะห์รูปแบบกระบวนการการใช้ยาที่เกิดขึ้นในชุมชน ได้มีชุดประสบการณ์การทำงานร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพชมชน

- จัดการอบรมหรือฝึกปฏิบัติทักษะการทำงานเชิงรุกโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีมสหสาขาวิชาชีพ

  การเน้นย้ำทักษะในการทำงานในระหว่างการปฏิบัติงานของบุคลากรจะช่วยเติมแนวคิดสร้างการตระหนัก และแนะนำแนวทางการทำงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานเชิงรุกต่อไป นอกจากนั้นแล้วยังสามารถจัดชุดประสบการณ์ จัดพื้นที่หรือโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความตระหนักต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้มีโอกาสสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ พัฒนาความไว้วางใจ และช่วยพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการใช้ยาอย่างเหมาะสมต่อไป

โดยการจัดสถานที่ในสถานบริการ จัดตั้งกลุ่มผู้ป่วย จัดระบบการเยี่ยมบ้าน จัดเวลาการทำงานที่สถานบริการปฐมภูมิ จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ของชุมชน หรือมอบหมายพื้นที่ในชุมชนเพื่อให้บุคลากรได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง

- จัดพื้นที่ในการเรียนรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ให้ได้มีโอกาสก้าวออกจากโรงพยาบาลและก้าวเข้าสู่ชุมชน สู่ครัวเรือนของผู้ใช้ยา

  เพื่อที่จะได้มีโอกาสในการเห็นสิ่งที่ประชาชนคนเจ็บป่วยต้องเผชิญในการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพ และการใช้ยา และบุคลากรทางการแพทย์เหล่านั้นจะได้เข้าใจ เห็นถึงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆในชีวิตของผู้ใช้ยา เพื่อที่จะได้ปรับแนวคิด ท่าที และการปฏิบัติของตนเองขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นที่ชุมชน หรือที่โรงพยาบาล

- จัดเวทีที่ให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มาพบปะกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิด ประสบการณ์การทำงาน และแนวทางการแก้ไขปัญหา

  อาจจะมีโจทย์เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานจริงนี้ได้มีโอกาสเรียนรู้การทำงานร่วมกัน โดยมีทั้งเวทีระดับจังหวัด และระดับชาติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติจริงได้มีโอกาสสะท้อนแนวคิดและแนวทางการทำงานไปสู่ผู้กำหนดนโยบาย

3. ระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการทำงานเชิงรุกอย่างองค์รวมของบุคลากรทางการแพทย์

นอกเหนือจากระบบการศึกษาเพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวไปแล้วข้างต้น ระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานเชิงรุกจะช่วยสนับสนุนให้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และการสร้างความตระหนักของประชาชนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะพัฒนาต่อไปก็ด้วยการสนับสนุนจาก ระบบดังต่อไปนี้

- การผลักดันนโยบายการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างองค์รวมการให้การบริการแบบปฐมภูมิอย่างแท้จริง

  เป็นนโยบายระดับประเทศที่สนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนคนใช้ยาให้ใช้ยาได้อย่างสมเหตุผล ซึ่งการดูแลแบบปฐมภูมินี้เป็นทิศทางการให้การดูแลสุขภาพของประเทศ ซึ่งยังมีพื้นที่สำหรับการพัฒนาอีกมากในทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และ ฟื้นฟูสภาพ ด้วยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์และชุมชนเพื่อชุมชนอย่างแท้จริง

- ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของประชาชนผู้บริโภค (demand side)

ในอดีตที่ผ่านมาผู้กำหนดนโยบายสุขภาพให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการ (supply side) ในการกำหนดกฎเกณฑ์แนวทางการปฏิบัติต่างๆ เพื่อให้เอื้อต่อการดูแลประชาชนเรื่องสุขภาพ แต่ในสภาวการณ์ปัจจุบันที่มีการแข่งขันการตลาดสูง มีการส่งเสริมการขายที่เจาะกลุ่มผู้บริโภค โดยตรงทำให้งานคุ้มครองผู้บริโภค หรือการให้บริการรูปแบบเดิมที่เน้นการดำเนินการของบุคลากรทางการแพทย์อาจจะไม่เพียงพอ สถานการณ์ที่มีการส่งเสริมการขายโดยขาดจริยธรรมนี้ ต้องการผู้บริโภคที่มีความรู้ มีทักษะ และมีศักยภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้

- ระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการทำงานเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรม

การดำเนินงานสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาอย่างเหมาะสมเป็นงานใหม่สำหรับบุคลากรหลายคน ซึ่งยังต้องการการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะใหม่ๆที่ไม่ได้สอนในการเรียนหรือทำงานปกติ ดังนั้นแล้วผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และทุกคนในหน่วยงานต้องเข้าใจ และร่วมกันผลักดันงานเชิงรุกนี้ การดำเนินงานจึงต้องการการสนับสนุนทั้งเรื่องกำลังคน กรอบงาน ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายสำหรับภาระงานในเชิงรับที่หนักในปัจจุบัน การผลักดันตรงนี้จึงต้องการการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ และเป็นรูปธรรมจากผู้กำหนดนโยบายทั้งระดับหน่วยงาน โรงพยาบาล จังหวัด และระดับประเทศ

- นโยบายการดำเนินงานเชิงรุกที่ยืดหยุ่น และเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่

แต่ละพื้นที่จะมีปัญหา ประเด็น และปัจจัยต่อสภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันดังนั้นการสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมก็เช่นกัน จึงต้องการข้อมูลที่เหมาะสมกับประชาชนในแต่ละชุมชน ดังนั้นการกำหนดนโยบายการดำเนินงานเชิงรุกควรจะเป็นโจทย์กว้างๆ และให้โอกาสบุคลากรทางการแพทย์ในชุมชนได้เลือกปรับวิธีการดำเนินงานให้เหมาะกับสภาวะชุมชนของตนเอง ซึ่งวิธีการนี้จะเหมาะสมมากกว่าการกำหนดนโยบาย ประเด็น หรือกระบวนการที่มีรูปแบบเฉพาะที่มาจากส่วนกลาง

- การมีส่วนร่วมของระบบประกันสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยต้องการการขยับทั้งระบบ ระบบที่มีความสำคัญคือระบบการประกันสุขภาพ ที่เดิมมุ่งเน้นการรักษา ดังนั้นค่าตอบแทนการให้บริการในเชิงรุกจึง

ไม่ได้ถูกนำมาพิจารณามากนัก กระบวนการให้ค่าใช้จ่ายตอบแทนจากระบบประกันสุขภาพจะเป็นสิ่งจูงใจให้ระบบการบริการปรับเปลี่ยนแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติงานให้สนับสนุนงานเชิงรุกมากยิ่งขึ้น

4. การสร้างบรรทัดฐานของสังคมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

บรรทัดฐานของสังคมเป็นเหมือนเป้าหมายที่มองไม่เห็นของสมาชิกของสังคม หากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเห็นพ้องกันว่าการดูแลสุขภาพ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับชีวิตที่มีคุณภาพของประชาชน ก็มีความจำเป็นต้องสร้างหรือผลักดันแนวคิดนี้ให้สังคมตระหนักและเห็นชอบจนเป็นบรรทัดฐาน เป็นค่านิยมของการมีสุขภาพที่ดีและการพิจารณาที่จะใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้วยการสร้างการเคลื่อนไหวของสังคม ใช้หลักการของการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) กำหนดเป็นวาระแห่งชาติ หรือประเด็นหลักเรื่องสุขภาพของประเทศ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งระบบต่อไป ซึ่งจะดำเนินได้ก็ด้วยการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของหน่วยงานที่ต้องมีหน้าที่โดยตรงในการผลักดันค่านิยมสุขภาพดีโดยใช้ยาอย่างสมเหตุผลนี้

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์และแนวทางการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชนในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และของประชาชนในเรื่องการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพและการใช้ยา ซึ่งบุคคลทั้งหมดที่เข้าร่วมในการสัมภาษณ์เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในเขตภาคเหนือ ดังนั้นแล้วอาจจะเป็นไปได้ที่บุคลากรในภาคอื่นๆ จะมีประสบการณ์และมุมมองที่จะเพิ่มเติมไปจากผลการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนั้นแล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญการ ซึ่งอาจจะไม่ได้สะท้อนภาพของบุคลากรที่ทำงานในระดับนโยบาย หรือทัศนคติของบุคคล หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Rational use of medicine. 2011 [cited 2011 May 15]; Available from: http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ลือชัย ศรีเงินยวง, วิชิต เปานิล. ยากับชุมชน มิติทางสังคมวัฒนธรรม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
3. Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments: towards a social ecology of health promotion. American Phychologist. 1992;47:6-22.
4. Glanz K, Rimer, B.K,Lewis, FM. Health Behavior and Health Education. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bas; 2002.
5. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. AIDS Care. 2000;12(3):273-8.
6. World Health Organization. The rational use of drugs. Geneva: WHO; 1985.
7. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines. 2002.
8. เครือข่ายวิจัยระบบยา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สู่วิสัยทัศน์การวิจัยระบบยา ประเทศไทย ปี 2560. นนทบุรี: แผนงานวิจัยพัฒนาระบบยา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
9. ปรารถนา ชามพูนท, หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล, พักตร์วิภา สุวรรณพรหม. ยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2554;6(2):105-11.
10. ศิริรัตน์ ตันปิชาติ. โครงการดูแลปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย ครั้งที่ 4 เรื่อง เครือข่ายระบบยาเบาหวาน; 20 กรกฎาคม 2554; อาคารชาแลนเจอร์ อิมแพ็ค เมืองทองธานี2553.
11. ธิดารัตน์ ดำริห์. การสำรวจยาเดิมที่เหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วิกฤติสุขภาพและจุดเปลี่ยน; 15 พฤษภาคม 2552; โรงแรมเมโทรโพลภูเก็ต2552.
12. Payom Wongpoowarak, Usanee Wanakamanee, Khona Panpongtham, Piti Trisdikoon, Wibul Wongpoowarak, Ngorsuraches S. Unused medications at home – reasons and costs. International Journal of Pharmacy Practice. 2004;12:141-8.
13. มัลลิกา จันทรวงศ์, หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล, สุวรรณพรหม พ. รายงานการวิจัยเรื่อง สถานการณ์และผลกระทบของโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีปัญหาตามกฎหมายทางสื่อวิทยุกระจายเสียงชุมชน ต่อผู้บริโภคในจังหวัดเชียงใหม่. แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา, 2554.
14. พอจิตร์ รัตนานุกรณ์, พิริยา ชุลีกาวิทย์. พฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของกลุ่มผู้สูงอายุ ต. ช้างเผือก อ.เมือง จ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
15. Alpay LL, Henkemans OB, Otten W, Rovekamp TA, Dumay AC. E-health applications and services for patient empowerment: directions for best practices in The Netherlands.

Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association. 2010;16(7):787-91.

16. Chatzimarkakis J. Why patients should be more empowered: a European perspective on lessons learned in the management of diabetes. Journal of diabetes science and technology. 2010;4(6):1570-3.
17. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: Myths and misconceptions. Patient Education and Counseling. 2010;79(3):277-82.
18. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP. Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: a qualitative study Journal of the National Medical Association. 2004;96(4):442-9.
19. Barrie J. Patient empowerment and choice in chronic pain management. Nursing standard. 2011;25(31):38-41.
20. Stiles E. Promoting health literacy in patients with diabetes. Nursing Standard. 2011;26(8):35-40.
21. Laugharne R, Priebe S. Trust, choice and power in mental health: A literature review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006;41(11):843-52.
22. Jesson AM, Kara P, Sanal E, Cox L. Coping with Diabetes Project, Hackney Diabetes Centre. Practical Diabetes International. 2006;23(2):62-5.
23. Edelman SV, Britton K. What People with Diabetes Want Their Caregivers to Know: Development of the TCOYD Patient Consensus Statement. Insulin. 2007;2(3):146-7.
24. Sinding C, Hudak P, Wiernikowski J, Aronson J, Miller P, Gould J, et al. " I like to be an informed person but..." negotiating responsibility for treatment decisions in cancer care. Social Science and Medicine. 2010;71(6):1094-101.
25. Skelton AM. Patient education for the millennium: beyond control and emancipation? Patient Educ Couns. 1997;31(2):151-8.
26. Suarez-Almazor ME, Kendall CJ, Dorgan M. Surfing the Net--information on the World Wide Web for persons with arthritis: patient empowerment or patient deceit? J Rheumatol. 2001;28(1):185-91.
27. Rains SA. Perceptions of traditional information sources and use of the world wide web to seek health information: Findings from the health information national trends survey. Journal of Health Communication. 2007;12(7):667-80.
28. Segal JZ. Internet health and the 21st-century patient: A rhetorical view. Written Communication. 2009;26(4):351-69.

29. Alpay LL, Overberg RI, Zwetsloot-Schonk BJHM. Empowering citizens in assessing health-related websites: A driving factor for healthcare governance. International Journal of Healthcare Technology and Management. 2007;8(1-2):141-60.
30. Akerkar SM, Bichile LS. Health information on the internet: Patient empowerment or patient deceit? Indian Journal of Medical Sciences. 2004;58(8):321-6.
31. Dumitru RC, Bsฬrkle T, Potapov S, Lausen B, Wiese B, Prokosch HU. Use and perception of Internet for health related purposes in Germany: Results of a national survey. International Journal of Public Health. 2007;52(5):275-85.
32. National Network of Libraries of Medicine. Health Literacy. 2012 [cited 2012 May 1]; Available from: http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html.
33. Roter DL, Stashefsky-Margalit R, Rudd R. Current perspectives on patient education in the US. Patient Educ Couns. 2001;44(1):79-86.
34. อิศริยาภรณ์ อิงศิโรรัตน์, กลวัชร วะเท, ธนภรณ์ มาลิกุล. การประเมินผลการให้คำแนะนำการจัดการปัญหาจากยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้าน ณ บ้านหัวริน ตำบลทุ่งสะโตก อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ [กระบวนวิชาปัญาพิเศษ]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
35. สุภนัย ประเสริฐสุข, วิบูลย์ วัฒนนามกุล. การใช้ยาในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนเขตเมือง. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2554;7(1):52-61.
36. สุภัทจรีย์ ดิเรกศรี, กรแก้ว จันทรภาษา. แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในมุมมองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2555;8(1):72-6.
37. อังกูร ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์, กนกพร นิวัฒนนันท์, วรรณดี แต้โสติกุล, สุรเกียรติ อาชานุภาพ, อริศรา จันทร์ศรีสุริยวงศ์, et al. การบูรณาการแบบจำลองการอธิบายโรคสำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยเภสัชกรคลินิก. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2552;19(1):28-42.
38. Ouschan R, Sweeney J, Johnson L. Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. European Journal of Marketing. 2006;40(9-10):1068-86.
39. Van Beljouw I, Verhaak P, Prins M, Cuijpers P, Penninx B, Bensing J. Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. Psychiatric Services. 2010;61(3):250-7.
40. Robinson A, Thomson R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. Qual Health Care. 2001;10 Suppl 1:i34-8.
41. Healthcare Obstacles; Survey of women heart patients reveals widespread dissatisfaction. Heart Disease Weekly. 2003(15316408):50-.
42. Green CA, Polen MR, Janoff SL, Castleton DK, Wisdom JP, Vuckovic N, et al. Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect

recovery from serious mental illness: STARS study results. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2008;32(1):9-22.

43. Bhattacharyya OK, Estey EA, Rasooly IR, Harris S, Zwarenstein M, Barnsley J. Providers' perceptions of barriers to the management of type 2 diabetes in remote Aboriginal settings. International Journal of Circumpolar Health. 2011;70(5):552-63.
44. Wotton K, Borbasi S, Redden M. When all else has failed: Nurses' perception of factors influencing palliative care for patients with end-stage heart failure. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2005;20(1):18-25.
45. Linder D, Dall'Olio E, Gisondi P, Berardesca E, Gennaro ED, Pennella AR, et al. Perception of Disease and Doctor-Patient Relationship Experienced by Patients with Psoriasis. American Journal of Clinical Dermatology. 2009;10(5):325-30.
46. Piper S. Patient empowerment: Emancipatory or technological practice? Patient Education and Counseling. 2010;79(2):173-7.
47. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: Reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. Patient Education and Counseling. 2005;57(2):153-7.
48. Lewis L. Patient perspective on the diagnosis, treatment, and management of bipolar disorder. Bipolar Disorders, Supplement. 2005;7(1):33-7.
49. Frenkel M. Consensual medicine and the therapeutic partnership: Reducing the costs of defensive medicine and litigation. Journal of Medical Practice Management. 2009;25(2):78-9.
50. Tritter JQ, McCallum A. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. Health Policy. 2006;76(2):156-68.
51. Ianculescu M, Parvan M. Enhancing patient empowerment in an aging society through opportunities brought by ICT. Journal on Information Technology in Healthcare. 2008;6(5):367-73.
52. Browning S, Waite R. The Gift of Listening: JUST Listening Strategies. Nursing Forum. 2010;45(3):150-8.
53. Burford B, Greco M, Bedi A, Kergon C, Morrow G, Livingston M, et al. Does questionnaire-based patient feedback reflect the important qualities of clinical consultations? Context, benefits and risks. Patient Education and Counseling.84(2):e28-e36.
54. Winblad U. Do physicians care about patient choice? Social Science and Medicine. 2008;67(10):1502-11.
55. Beagan B, Ells C. Values that matter, barriers that interfere: The struggle of Canadian nurses to enact their values. Canadian Journal of Nursing Research. 2007;39(4):36-57.

56. Alpay LL, Henkemans OB, Otten W, Rovekamp TA, Dumay AC. E-health applications and services for patient empowerment: Directions for best practices in the Netherlands. Telemedicine and e-Health. 2010;16(7):787-91.
57. ณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, นภวรรณ เจียรพีรพงษ์, ดิลกธรสกุล ป. การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็น และการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555.
58. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. บริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; 2548.
59. พักตร์วิภา สุวรรณพรหม, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์. การให้การบริการในระดับปฐมภูมิของเภสัชกร. กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา, 2554.
60. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. Jama. 2001;286(20):2578-85.
61. Segal L. The importance of patient empowerment in health system reform. Health Policy. 1998;44(1):31-44.
62. Mola E, De Bonis JA, Giancane R. Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine. European Journal of General Practice. 2008;14(2):89-94.
63. McCarley P. Patient empowerment and motivational interviewing: engaging patients to self-manage their own care. Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association. 2009;36(4):409-13.
64. Marcolongo R, Rossato E, Pavan V, Laveder F, Bonadiman L, Rigoli AM. Current perspectives of therapeutic patient education in Italy. Patient Educ Couns. 2001;44(1):59-63.
65. Hagiwara E, Futawatari T. Trends and issues related to studies on cancer patient empowerment. Kitakanto Medical Journal. 2011;61(3):367-75.
66. Doyal L, Agard A, Hermeren G, Herlitz J. Good clinical practice and informed consent are inseparable / Commentary. Heart. 2002;87(2):103-6.
67. Adolfsson ET, Walker-Engstrรถm ML, Smide B, Wikblad K. Patient education in type 2 diabetes-A randomized controlled 1-year follow-up study. Diabetes Research and Clinical Practice. 2007;76(3):341-50.
68. Naik AD, Teal CR, Rodriguez E, Haidet P. Knowing the ABCs: A comparative effectiveness study of two methods of diabetes education. Patient Education and Counseling. 2011;85(3):383-9.
69. Tomes N. Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. Lancet. 2007;369(9562):698-700.

70. Roberts KJ. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. Health Expect. 1999;2(2):82-92.
71. Turton P, Cooke H. Meeting the needs of people with cancer for support and self-management. Complement Ther Nurs Midwifery. 2000;6(3):130-7.
72. Rantanen M, Johansson K, Honkala E, Leino-Kilpi H, Saarinen M, Salantera S. Dental patient education: a survey from the perspective of dental hygienists. International Journal of Dental Hygiene. 2010;8(2):121-7.
73. Kavin M, Anel-Tiangco RM, Mauger DT, Gabbay RA. Development and pilot of a low-literacy diabetes education book using social marketing techniques. Diabetes Therapy. 2010;1(2):93-102.
74. Boegner C, Fontbonne A, Gras Vidal MF, Mouls P, Monnier L. Evaluation of a structured educational programme for type 2 diabetes patients seen in private practice. Diabetes and Metabolism. 2008;34(3):243-9.
75. Pare G, Moqadem K, Pineau G, St-Hilaire C. Impacts of telemonitoring in the context of diabetes. Médecine des Maladies Métaboliques.4(3):257-62.
76. Szymborska-Kajanek A, Psurek A, Hese R, Strojek K. Self-monitoring of blood glucose in treatment of type 2 diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice. 2009;86(SUPLL.1):S49-S52.
77. Hoerbst A, Kohl CD, Knaup P, Ammenwerth E. Attitudes and behaviors related to the introduction of electronic health records among Austrian and German citizens. International Journal of Medical Informatics. 2010;79(2):81-9.
78. Ueckert FK, Prokosch HU. Implementing security and access control mechanisms for an electronic healthcare record. Proc AMIA Symp. 2002:825-9.
79. D'Alessandro DM, Dosa NP. Empowering children and families with information technology. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001;155(10):1131-6.
80. Eaton CBMDMS, Parker DRS, Craft J, McMurray J, Roberts MBMS, Borkan J, et al. Using E-health to Improve Cholesterol Management in Primary Care Practice. The Journal of Medical Practice Management : MPM. 2009;24(4):224-30.
81. Keers JC, Bouma J, Links TP, Ter Maaten JC, Gans ROB, Wolffenbuttel BHR, et al. One-year follow-up effects of diabetes rehabilitation for patients with prolonged self-management difficulties. Patient Education and Counseling. 2006;60(1):16-23.
82. Edward H. Wagner, Brian T. Austin, Connie Davis, Mike Hindmarsh, Judith Schaefer, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs. 2001;20(6):64-78.

83. Musacchio N, Lovagnini Scher A, Giancaterini A, Pessina L, Salis G, Schivalocchi F, et al. Impact of a chronic care model based on patient empowerment on the management of Type2 diabetes: Effects of the SINERGIA programme. Diabetic Medicine. 2011;28(6):724-30.

84. Musacchio N, Giancaterini A, Lovagnini Scher A, Errichelli C, Pessina L, Salis G, et al. Impact of a chronic care model based on patient empowerment on the management of type 2 diabetes: Effects of the SINERGIA program. Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo 2010;30(2):49-55.

85. Ciccone MM, Aquilino A, Cortese F, Scicchitano P, Sassara M, Mola E, et al. Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). Vascular Health and Risk Management. 2010;6(1):297-305.

86. Gunathilake W, Idampitiya CA, Siriwardana A, Lenora D, Thomson GA, Fernando DJS. An international partnership to implement innovative systems of health care delivery for diabetes in a developing country. Practical Diabetes International. 2009;26(4):145-7.

87. Stafford RS, Berra K. Critical factors in case management: Practical lessons from a cardiac case management program. Disease Management. 2007;10(4):197-207.

88. Shearer NBC, Cisar N, Greenberg EA. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care. 2007;36(3):159-69.

89. Pimouguet C, Le Goff M, Thiebaut R, Dartigues J, Helmer C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. Canadian Medical Association Journal. 2011;183(2):E115-27.

90. Funnell MM, Weiss MA. Patient empowerment: The LIFE approach. European Diabetes Nursing. 2008;5(2):75-8.

91. Chen MF, Ruey-Hsia W, Tang SM. The application and effectiveness of an empowerment intervention among diabetes patients: A systematic review. Taiwan Journal of Public Health.30(2):93-109.

92. Murray A. The implementation of a self-administration of medication programmes within Older Persons Mental Health. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2011;18(2):113-21.

93. Badcott D. The expert patient: Valid recognition or false hope? Medicine, Healthcare and Philosophy. 2005;8(2):173-8.

94. Arnold MS, Butler PM, Anderson RM, Funnell MM, Feste C. Guidelines for facilitating a patient empowerment program. Diabetes Educ. 1995;21(4):308-12.

95. Gravis G, Protiere C, Eisinger F, Boher JM, Tarpin C, Coso D, et al. Full access to medical records does not modify anxiety in cancer patients: Results of a randomized study. Cancer. 2011;117(20):4796-804.
96. Forsyth R, Maddock CA, Iedema RAM, Lassere M. Patient perceptions of carrying their own health information: Approaches towards responsibility and playing an active role in their own health-implications for a patient-held health file. Health Expectations. 2010;13(4):416-26.
97. Wahlin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care-An interview study. Intensive and Critical Care Nursing. 2006;22(6):370-7.
98. Corser W, Jones G, Brooks G. Health Behavior Goals of Cardiac Patients After Hospitalization. American Journal of Health Behavior. 2006;30(4):387-99.
99. Anderson AS, Klemm P. The internet: Friend or foe when providing patient education? Clinical Journal of Oncology Nursing. 2008;12(1):55-63.
100. Broom A, Tovey P. The role of the Internet in cancer patients' engagement with complementary and alternative treatments. Health. 2008;12(2):139-55.
101. Tammaru M, Polluste K, Lember M. The sources of disease-related information for Estonia's rheumatoid arthritis patients: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing. 2010;19(9-10):1343-51.
102. Sadan B. Patient empowerment and the asymmetry of knowledge. Stud Health Technol Inform. 2002;90:514-8.
103. Oh HJ, Lee B. The Effect of Computer-Mediated Social Support in Online Communities on Patient Empowerment and Doctor-Patient Communication. Health Communication. 2012;27(1):30-41.
104. Bartlett YK, Coulson NS. An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. Patient Education and Counseling. 2011;83(1):113-9.
105. Plougmann S, Hejlesen OK, Cavan DA. DiasNet--a diabetes advisory system for communication and education via the internet. Int J Med Inform. 2001;64(2-3):319-30.
106. Goldberg HS, Morales A, Gottlieb L, Meador L, Safran C. Reinventing patient-centered computing for the twenty-first century. Stud Health Technol Inform. 2001;84(Pt 2):1455-8.
107. Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. Supporting Cardiac Recovery Through eHealth Technology. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2004;19(3):200-8.

108. Hoffmann T, Russell T, McKenna K. Producing computer-generated tailored written information for stroke patients and their carers: System development and preliminary evaluation. International Journal of Medical Informatics. 2004;73(11-12):751-8.
109. Sicotte C, Pare G, Morin S, Potvin J, Moreault MP. Effects of home telemonitoring to support improved care for chronic obstructive pulmonary diseases. Telemedicine and e-Health. 2011;17(2):95-103.
110. Paget T, Jones C, Davies M, Evered C, Lewis C. Using home telehealth to empower patients to monitor and manage long term conditions. Nursing times. 2010;106(45):17-9.
111. Hartvigsen G, Arsand E, Botsis T, van Vuurden K, Johansen M, Bellika JG. Reusing patient data to enhance patient empowerment and electronic disease surveillance. Journal on Information Technology in Healthcare. 2009;7(1):4-12.
112. Dale J, Caramlau I, Sturt J, Friede T, Walker R. Telephone peer-delivered intervention for diabetes motivation and support: The telecare exploratory RCT. Patient Education and Counseling. 2009;75(1):91-8.
113. Scritchfield R. A new age network: The future of communication in long-term care. Long-Term Living. 2007;56(1):32-4.
114. Economos CD, Irish-Hauser S. Community Interventions: A Brief Overview and Their Application to the Obesity Epidemic. The Journal of Law, Medicine & Ethics. 2007;35(1):131-7.
115. Raballo M, Trevisan M, Trinetta AFB, Charrier L, Cavallo F, Porta M, et al. A Study of Patients' Perceptions of Diabetes Care Delivery and Diabetes: Prepositional analysis in people with type 1 and 2 diabetes managed by group or usual care. Diabetes Care.35(2):242-7.
116. Tweet MSMD, Gulati R, Aase LABS, Hayes SNMD. Spontaneous Coronary Artery Dissection: A Disease-Specific, Social Networking Community-Initiated Study. Mayo Clinic Proceedings. 2011;86(9):845-50.
117. Trotter K, Frazier A, Hendricks CK, Scarsella H. Innovation in survivor care: Group visits. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2011;15(2):E24-E33.
118. Walton L, Childs C, Egeland M, Brooks MK, Zipperer L. Empowering patient safety outreach through interprofessional partnerships: Educating our communities. Journal of Hospital Librarianship. 2010;10(3):224-34.
119. Bawden R, Lindsay E. Patient empowerment: a general practice perspective. British journal of community nursing. 2007;12(6):S28-30.
120. Lindsay E. Compliance with science: benefits of developing community leg clubs. Br J Nurs. 2001;10(22 Suppl):S66-8, S70, S2 Passim.

121. Safran C. The collaborative edge: patient empowerment for vulnerable populations. Int J Med Inform. 2003;69(2-3):185-90.
122. Clough A. Community care policy and end-of-life care: one patient's story. Br J Community Nurs. 2002;7(3):153-7.
123. Adamson G. Patient empowerment in cancer management healing the whole person. Complement Ther Nurs Midwifery. 2003;9(3):109-13.
124. Beyea SC. Are You "Just a Nurse"? Association of Operating Room Nurses AORN Journal. 2008;87(2):441-4.
125. Funnell MM. Patient Empowerment. Critical Care Nursing Quarterly. 2004;27(2):201-4.
126. Furler J, Young D. Prevention and socioeconomic disadvantage. Australian Family Physician. 2005;34(10):821-4.
127. Greenfield B, Keough E, Linn S, Little D, Portela C. The meaning of caring from the perspectives of patients undergoing physical therapy: A pilot study. Journal of Allied Health. 2010;39(2):e43-e7.
128. Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: patient empowerment. Nurs Stand. 2004;18(22):33-7.
129. Sahlsten MJ, Larsson I, Sjostrom B, Plos KA. An Analysis of the Concept of Patient Participation. Nursing Forum. 2008;43(1):2-11.
130. Croom A, Wiebe DJ, Berg CA, Lindsay R, Donaldson D, Foster C, et al. Adolescent and parent perceptions of patient-centered communication while managing type 1 diabetes. Journal of Pediatric Psychology. 2011;36(2):206-15.
131. Davies SJ, Hayes C, Quintner JL. System Plasticity and Integrated Care: Informed Consumers Guide Clinical Reorientation and System Reorganization. Pain Medicine. 2011;12(1):4-8.
132. McGinty K, Worthington R, Dennison W. Patient and Family Advocacy: Working with Individuals with Comorbid Mental Illness and Developmental Disabilities and their Families. Psychiatric Quarterly. 2008;79(3):193-203.
133. Spence Laschinger HK, Gilbert S, Smith LM, Leslie K. Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: Applying Kanter's empowerment theory to patient care. Journal of Nursing Management. 2010;18(1):4-13.
134. Piccoli GB. Patient-based continuum of care in nephrology: Why read Thomas Addis' "Glomerular Nephritis" in 2010? Journal of Nephrology. 2010;23(2):164-7.
135. Loukanova S, Molnar R, Bridges JFP. Promoting patient empowerment in the healthcare system: Highlighting the need for patient-centered drug policy. Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2007;7(3):281-9.

136. Maizes V, Rakel D, Niemiec C. Integrative Medicine and Patient-Centered Care. Explore: The Journal of Science and Healing. 2009;5(5):277-89.
137. Yeoh PL. Understanding health, culture, and empowerment in a disability context. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. 2009;3(2):96-117.
138. Anderson RM, Funnell MM, Barr PA, Dedrick RF, Davis WK. Learning to empower patients. Results of professional education program for diabetes educators. Diabetes Care. 1991;14(7):584-90.
139. Avrahami E, Reis S. Narrative medicine. Israel Medical Association Journal. 2009;11(6):335-8.
140. Rapport FL, Jerzembek GS, Doel MA, Jones A, Cella M, Lloyd KR. Narrating uncertainties about treatment of mental health conditions. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2010;45(3):371-9.
141. Piccoli GB, Consiglio V, Deagostini MC, Manente E, Scarpa RM. Starting together: A focus group for the organization of a CKD outpatient care unit. Journal of Nephrology. 2010;23(6):699-704.
142. Loukanova SN, Bridges JFP. Empowerment in medicine: An analysis of publication trends 1980-2005. Central European Journal of Medicine. 2008;3(1):105-10.
143. Griswold K, Zayas LE, Kernan JB, Wagner CM. Cultural awareness through medical student and refugee patient encounters. Journal of Immigrant and Minority Health. 2007;9(1):55-60.
144. Park CM. Diversity, the individual, and proof of efficacy: Complementary and alternative medicine in medical education. American Journal of Public Health. 2002;92(10):1568-72.
145. Yeheskel A, Biderman A, Borkan JM, Herman J. A course for teaching patient-centered medicine to family medicine residents. Acad Med. 2000;75(5):494-7.
146. Pooley CG, Gerrard C, Hollis S, Morton S, Astbury J. 'Oh it's a wonderful practice... you can talk to them': a qualitative study of patients' and health professionals' views on the management of type 2 diabetes. Health Soc Care Community. 2001;9(5):318-26.
147. Friedman B, Wamsley BR, Liebel DV, Saad ZB, Eggert GM. Patient satisfaction, empowerment, and health and disability status effects of a disease management-health promotion nurse intervention among medicare beneficiaries with disabilities. Gerontologist. 2009;49(6):778-92.
148. Eygen Luk V, Patricia S, Luc F, Liesbeth B, Jan DM. Priorities for diabetes primary care in Europe. Primary Care Diabetes. 2008;2(1):3-8.

149. Stock S, Drabik A, Bascher G, Graf C, Ullrich W, Gerber A, et al. German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. Health Affairs. 2010;29(12):2197-205.
150. van den Berg M, Donyai P. How was patient empowerment portrayed in information leaflets describing the community pharmacy Medicines Use Review service in the UK? Patient Education and Counseling. 2010;80(2):274-6.
151. Vrangbaek K, Ostergren K. Patient empowerment and the introduction of hospital choice in Denmark and Norway. Health economics, policy, and law. 2006;1(Pt 4):371-94.
152. Balcazar H, Rosenthal ELP, Brownstein JNP, Rush CHMRP, Matos S, Hernandez L. Community Health Workers Can Be a Public Health Force for Change in the United States: Three Actions for a New Paradigm. American Journal of Public Health. 2011;101(12):2199-203.
153. Asimakopoulou K, Newton P, Sinclair AJ, Scambler S. Health care professionals' understanding and day-to-day practice of patient empowerment in diabetes; time to pause for thought? Diabetes Research and Clinical Practice. 2012;95(2):224-9.
154. Powers TL, Bendall D. Improving health outcomes through patient empowerment. Journal of Hospital Marketing and Public Relations. 2003;15(1):45-59.
155. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. Diabetes Care. 1995;18(7):943-9.
156. Fleming G, McKenna M, Murchison V, Wood Y. Using self-efficacy as a client-centred outcome measure. Nursing Standard. 2003;17(34):33-6.
157. Bann CM, Sirois FM, Walsh EG. Provider support in complementary and alternative medicine: Exploring the role of patient empowerment. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2010;16(7):745-52.
158. Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. Diabetes Care. 2000;23:739–43.
159. Kim SC, Boren D, Solem SL. The Kim Alliance Scale: development and preliminary testing. Clin Nurs Res. 2001;10(3):314-31.
160. Faulkner M. A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people. J Adv Nurs. 2001;34(5):676-86.