

บทเรียนจากการขยายผลสู่ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

สมหญิง พุ่มทอง*
พัชรี ดวงจันทร์*
กัญญา อุนวงศ์*
นิธิมา สุ่มประดิษฐ์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: สมหญิง พุ่มทอง

บทคัดย่อ

โครงการ Antibiotics Smart Use (ASU) เริ่มในปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีเป้าหมายเพื่อสร้างบรรทัดฐานใหม่ทางสังคมในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประเทศไทย งานวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง จากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 39 คน (จาก 30 โครงการ 18 จังหวัด) ระหว่างวันที่ 21 มกราคม ถึง 28 มีนาคม 2556 (2 เดือน) การคัดเลือกเป็นแบบเจาะจงจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องในการประสานงาน สนับสนุน ส่งเสริมหรือขับเคลื่อนงาน ASU เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเริ่มดำเนินงาน ASU และความยั่งยืนในองค์กร ได้แก่ การสนับสนุนด้านนโยบาย การผนวกเข้ากับงานประจำ การสนับสนุนของผู้บริหาร ความร่วมมือของบุคลากร ภาครัฐเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน และการติดตามและประเมินผลโครงการ ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร ผู้จัดการโครงการและนักประเมินผลในการวางแผนการขับเคลื่อนงาน ASU ให้บรรลุเป้าหมาย

คำสำคัญ: การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ความยั่งยืนของโครงการ

Abstract Lessons Learnt from Scaling up to Sustainability of Antibiotics Smart Use (ASU)

Somying Pumtong[†], Patcharee Duangchan[†], Kunyada Anuwong[†], Nithima Sumpradit[‡]

[†] Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University

[‡] Bureau of Drug Control, Food and Drug Administration

Corresponding author: Somying Pumtong, somying@g.swu.ac.th

Antibiotics Smart Use (ASU) was introduced in 2007 by Thai Food and Drug Administration. Its goal was to create new social norm on rational use of antibiotics in Thailand. Qualitative research was used to investigate factors for sustainability of the ASU. Semi-structured interviews were conducted with 39 key informants (30 projects, 18 provinces) between January 21 and March 28, 2013 (2 months). Content analysis was used. The key informants were purposively selected from health care professionals who experienced the ASU as a coordinator, supporter, promoter and driver at least one year. Results show that key factors that affect the start up of ASU and sustainability in the organizations include policy support, institutionalization, leadership support, staff involvement, partnership, community participation, public behavior on antibiotics use, and program monitoring and evaluation. These findings will be useful for decision makers, program managers and program evaluators for driving the ASU to achieve the goal.

Keywords: Antibiotics Smart Use, rational drug use, program sustainability

* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

† สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ภูมิหลังและเหตุผล

โครงการ Antibiotics Smart Use (ASU) เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป้าหมายเพื่อสร้างบรรทัดฐานใหม่ทางสังคมในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยเริ่มจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นใน 3 โรคที่พบบ่อย คือ โรคติดเชื้อในทางหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออก โครงการ ASU แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 โครงการนำร่อง (ปี 2550-2551) เพื่อสร้างต้นแบบและทดสอบประสิทธิผลของกิจกรรมแทรกแซงที่ใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ดำเนินการใน 1 จังหวัด คือ สระบุรี ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 87 แห่ง ระยะที่ 2 เป็นการศึกษารูปแบบและความเป็นไปได้ในการขยายผล รวมทั้งการสร้างเครือข่าย ดำเนินการใน 4 จังหวัด คือ อุบลราชธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรสงคราม และตรัง อีกทั้งยังมีโรงพยาบาลเอกชนในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีวิชัย (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลวิชัยเวชอินเตอร์เนชั่นแนล) เข้าร่วมโครงการด้วย ครอบคลุมโรงพยาบาล 44 แห่ง และ รพ.สต. 621 แห่ง และระยะที่ 3 การขยายผลแนวปฏิบัติสู่ความยั่งยืน (ปี 2553-ปัจจุบัน) เป็นการขยายแนวปฏิบัติ ASU ไปยัง 15 จังหวัด และต่อมาครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ASU เริ่มดำเนินงานในลักษณะโครงการนำร่องเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) และในระหว่างการดำเนินโครงการมีการประเมินผลและถอดบทเรียนควบคู่กัน การดำเนินงานทำไปที่ละระยะ (phase) โดยนำข้อมูลที่ได้จากผลการประเมินโครงการและการถอดบทเรียนมาพิจารณาร่วมกับสถานการณ์ในขณะนั้น ได้แก่ ทิศทางนโยบาย ความเข้มแข็งของเครือข่าย กระแสสังคม และทรัพยากรที่ต้องใช้ (กำลังคนและงบประมาณ) เพื่อวางแผนงานของโครงการระยะต่อไป ส่วนกลางเปิดโอกาสให้แต่ละพื้นที่ออกแบบการดำเนินงานโครงการ ASU ได้เอง

อย่างอิสระ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละแห่ง โดยใช้โลโก้และข้อความหลักร่วมกัน เครือข่ายส่วนกลางทำหน้าที่สนับสนุนสิ่งต่างๆ เช่น เอกสารให้ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์ ดังนั้นรูปแบบ ลักษณะกิจกรรม ตลอดจนความต่อเนื่องในการทำงานภายในโรงพยาบาลจึงมีความแตกต่างกันด้วย⁽¹⁾ ในแต่ละระยะมีการวิจัยประเมินผลโดยนักวิจัยจากส่วนกลางเพื่อศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมและการขยายผล รูปแบบการทำงาน รวมทั้งการสร้างเครือข่าย⁽²⁻⁴⁾ แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ ASU อย่างต่อเนื่องในระดับบุคคลหรือองค์กร ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนในการดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ASU) โดยให้ความหมายสำหรับ “ความยั่งยืนของโครงการ ASU” ว่า คือการที่โรงพยาบาลหรือพื้นที่ (ตำบล อำเภอ หรือจังหวัด) ปฏิบัติตามแนวคิด ASU อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน (ขณะสัมภาษณ์) ผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาจากการทบทวนบทความวิจัยเกี่ยวกับความยั่งยืนของโครงการจากต่างประเทศ⁽⁵⁻⁷⁾ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทด้านสาธารณสุขของประเทศไทย สรุปปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ ASU มี 8 ปัจจัย ดังนี้ 1. การสนับสนุนด้านนโยบาย 2. การผนวกเข้ากับงานประจำ 3. การสนับสนุนของผู้บริหาร 4. ความร่วมมือของบุคลากรภายใน 5. การมีภาคีเครือข่ายภายนอก 6. การมีส่วนร่วมของชุมชน 7. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน และ 8. การติดตามและประเมินผลโครงการ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อกำหนดมาตรการหรือกลยุทธ์ในการขยายแนวปฏิบัติ ASU ให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังต่อไป นอกจากนี้ยังอาจเป็นบทเรียนในการดำเนินงานสำหรับโครงการที่มีลักษณะคล้ายๆ กันได้อีกด้วย

ระเบียบวิธีศึกษา

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) คือ บุคลากร



ทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินโครงการ ASU จำนวน 39 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องในการประสานงาน สนับสนุน ส่งเสริมหรือขับเคลื่อนงาน ASU เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2. เป็นพื้นที่เครือข่าย ASU และ 3. ยินดีให้สัมภาษณ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ (interview guide) พัฒนามาจากกรอบแนวคิดงานวิจัย จำแนกข้อคำถามเป็น 2 ส่วน คือ ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ตำแหน่ง ชื่อ หน่วยงาน จังหวัด และ ปีที่เริ่มดำเนินงาน ASU) และ ข. การดำเนินงาน ASU ประกอบด้วย คำถามหลัก 10 ประเด็น (บทบาท/หน้าที่ของผู้ให้ข้อมูล การดำเนินโครงการ ASU ในองค์กร กลยุทธ์/รูปแบบการทำงาน การประเมินผลโครงการ การนำผลไปใช้ การได้รับสิ่งสนับสนุน แรงจูงใจในการทำงาน ความร่วมมือ/ศักยภาพของบุคลากร อุปสรรคในการทำงานและแนวทางแก้ไข และพฤติกรรม/บรรทัดฐานทางสังคมในการใช้ยาปฏิชีวนะในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) โดยผู้วิจัยหลัก 1 คนทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 21 มกราคม ถึง 28 มีนาคม 2556 (2 เดือน) เป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 13 คนและแบบเผชิญหน้า (face to face) 26 คน รวม 39 คน ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และการนำผลโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์ เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยวาจา (verbal consent) จากผู้ให้ข้อมูลหลัก พร้อมกับเปิดโอกาสให้ซัก

ถามในประเด็นที่สงสัย กังวลหรือต้องการความชัดเจน หากยินดีให้ข้อมูลจึงเริ่มสัมภาษณ์ตามประเด็นที่เตรียมไว้ และระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลไม่ยินดีให้สัมภาษณ์ต่อ ก็จะต้องยุติการสัมภาษณ์ลงกลางคันในพื้นที่ การสัมภาษณ์มีการบันทึกเทปหากได้รับการยินยอมและใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 25 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ไม่ได้ขอให้มีการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แต่ได้ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยวาจา (verbal consent) โดยผู้วิจัยได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และการนำผลโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ก่อนการขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย พร้อมกับเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่สงสัย กังวลหรือต้องการความชัดเจน หากยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงเริ่มการสัมภาษณ์ และหากต้องการยุติการสัมภาษณ์ก็สามารถแจ้งได้ตลอดเวลา และในกรณีที่มีการยุติการสัมภาษณ์ลงกลางคันนี้ จะไม่นำข้อมูลที่สัมภาษณ์ไปแล้วของผู้ให้ข้อมูลคนนั้นมาใช้ในการวิเคราะห์

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 39 คน เป็นบุคลากรทางการแพทย์มีความเกี่ยวข้องในการประสานงาน สนับสนุน ส่งเสริมหรือขับเคลื่อนงาน ASU ในโรงพยาบาลหรือพื้นที่ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัดและเป็นเครือข่าย ASU ในระยะที่ 1-3 (ปี 2550-2556) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรและทำงานในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ดังตาราง 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก 36 คน (ร้อยละ 92) เป็นผู้ประสานงาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลักแยกตามวิชาชีพและหน่วยงาน (n=39)

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

*หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข หรือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข

หรือแกนนำหลักของโครงการ ASU จำนวน 30 โครงการ จาก รพ.สต. 8 แห่ง รพช. 17 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 2 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 1 แห่ง และ โรงพยาบาล เอกชน 2 แห่ง ใน 18 จังหวัด คือ สระบุรี (ระยะที่ 1) อุบลราชธานี สมุทรสงคราม พระนครศรีอยุธยา ตรัง สมุทรสาคร กรุงเทพฯ (ระยะที่ 2) สุรินทร์ ขอนแก่น มหาสารคาม อุตรดิตถ์ นครพนม ลำปาง เชียงใหม่ เชียงราย สงขลา กระบี่ และนครศรีธรรมราช (ระยะที่ 3)

2. การดำเนินโครงการ ASU

2.1 ลักษณะโครงการ ASU

โครงการ ASU จำนวน 30 โครงการ มีระยะเวลา เริ่มต้นของการดำเนินโครงการไม่พร้อมกัน ขณะสัมภาษณ์ ทุกแห่งยังคงดำเนินงาน ASU ซึ่งสรุปลักษณะของโครงการ ได้เป็น 3 แบบ คือ

1. โครงการมีการดำเนินการต่อเนื่องและมีการ พัฒนาต่อยอดจากระยะเริ่มต้นอย่างชัดเจนจำนวน 2 โครงการ ทั้งสองโครงการมีการขยายทั้งพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น เช่น จากเดิมที่ปีแรกเน้นให้ความรู้และ

พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรทางการแพทย์ใน สถานพยาบาลเป็นหลัก ในปีถัดมาเริ่มมีการปรับรูปแบบ และหากกลยุทธ์ใหม่เพื่อขยายแนวคิด ASU ลงสู่ชุมชนระดับ หมู่บ้าน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาท สำคัญในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับเจ้าหน้าที่ของรัฐและ ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่น เช่น องค์การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน ในการสร้างต้นแบบ (role model)

2. มีการดำเนินการต่อเนื่องในลักษณะคงเดิมหรือ เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย 20 โครงการ ส่วนใหญ่มีลักษณะ คงเดิม นั่นคือ ยังคงดำเนินงาน ASU ในสถานพยาบาล การ ทำกิจกรรมต่างๆ คล้ายเดิมหรือลดลง

3. มีการดำเนินงานที่ลดลงจนแทบจะไม่มีการทำ กิจกรรมใดๆ เลย แต่ยังมีนโยบายในองค์กร 8 โครงการ

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ ASU

ผลจากการสัมภาษณ์ สามารถสรุปปัจจัยหลัก ที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ ASU ได้ 8 ประเด็น ดังนี้



1. การสนับสนุนเชิงนโยบาย (Policy support)
2. การผนวกเข้ากับงานประจำ (Institutionalization)
3. การสนับสนุนของผู้บริหาร (Leadership support)
4. ความร่วมมือของบุคลากรภายใน (Staff involvement)
5. การมีภาคีเครือข่าย (Partnership)
6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)
7. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน (Public behavior on antibiotics use)
8. การติดตามและประเมินผลโครงการ (Program monitoring and evaluation)

1. การสนับสนุนเชิงนโยบาย (Policy support)

สืบเนื่องจาก ในปี 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดให้ ASU เป็นเกณฑ์คุณภาพของระบบยา เพื่อใช้สำหรับพิจารณาการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน (pay for performance: P4P) ทำให้โรงพยาบาลของรัฐจำนวนมากต้องดำเนินโครงการ ASU เนื่องจากเป็นนโยบายระดับประเทศและมีผลประโยชน์ตอบแทน อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางคนให้ความเห็นมาถึงแม้การจ่ายค่าตอบแทนในลักษณะ P4P จะเป็นมาตรการที่สร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลดำเนินโครงการ ASU แต่สำหรับโรงพยาบาลที่มีฐานะทางการเงินดี อาจจะไม่สนใจ จำเป็นต้องมีมาตรการเชิงบังคับและมาตรการจูงใจอื่นๆ ร่วมด้วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ นอกจากเกณฑ์ของ สปสช. แล้ว ในพื้นที่บางแห่งกำหนดให้ ASU เป็นนโยบายระดับอำเภอหรือจังหวัด รวมทั้งกำหนดเป็นตัวชี้วัดด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลายคนโดยเฉพาะจากรพ.สต. เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรกำหนด ASU เป็นตัวชี้วัดในระดับจังหวัดเพื่อเป็นมาตรการเชิงบังคับให้ดำเนินการ น่าจะได้ผลมากกว่าการใช้ค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจในการทำงาน หลายคนเชื่อว่าการกำหนดเป็นตัวชี้วัดน่าจะกระตุ้น

ให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือของแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ด้วย

“(นโยบาย) มีผลมาก คือถ้าเกิดมีนโยบายระดับประเทศ การทำเรื่องนี้เป็นเรื่องเด่นขึ้นมาเป็นจุดสนใจ ทำให้พื้นที่ทำงานง่าย” เกล็ดชกร 1

“หากเป็นนโยบายระดับจังหวัดมันมีความยั่งยืน... คนที่ปฏิบัติก็เห็นความสำคัญมากกว่า เพราะกลัวถูกสุ่มตรวจ ต้องทำให้ผ่าน...คนก็กระตือรือร้นมากขึ้น” เกล็ดชกร 2

2. การผนวกเข้ากับงานประจำ (Institutionalization)

โรงพยาบาลบางแห่งผนวกแนวคิด ASU เข้ากับนโยบายโรงพยาบาล เช่น นโยบายความปลอดภัยด้านยา (medication safety) เพื่อให้กลายเป็นงานประจำหรืองานปกติมีการกำหนดคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อกำกับดูแลโครงการ ASU ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ภายใต้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee: PTC) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับ รพศ. รพท.บางแห่ง มีการดำเนินมาตรการการประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างเคร่งครัดอยู่แล้ว จึงใช้แนวทางการทำงาน DUE สำหรับโครงการ ASU ด้วย

“ลักษณะทำงานเมื่อมีโครงการอันหนึ่งก็พยายามทำให้มันไม่ใช่เหมือนเป็นงานใหญ่ งานที่หนักหรือยุ่งยาก คือเอามาทำให้มันเหมือนเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมหรืองานที่ทำอยู่แล้ว ไม่อย่างนั้นมันก็จะเหมือนเป็นภาระงานที่ต้องทำอะไรเพิ่มเติม ส่วนใหญ่จริงๆ แล้ว ถ้าเรารู้หลักการว่าทำยังไงให้เกิด rational use ทำให้คนที่เกี่ยวข้องเข้าใจในหลักการ เน้นให้เห็นความสำคัญที่เราทำเพื่ออะไร ไม่ได้ทำตามคำสั่งหรือนโยบายแต่ทำเพื่อคนไข้ เพื่อองค์กร เพื่อผู้ร่วมงาน เมื่อผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจ เราก็ไม่ต้องทำอะไรมาก คือทุกคนก็จะรู้ว่าวัตถุประสงค์ที่แท้จริงคืออะไร” เกล็ดชกร 3

“ถ้าให้ดำเนินการ ASU เดี่ยวๆ มันไม่ยั่งยืนแน่...แต่ถ้าถูกผนวกเข้ากับเรื่องของโครงการอื่น จะสามารถเดินไปได้อย่างต่อเนื่อง” เกสซ์กร 4

แนวคิด ASU ถูกบูรณาการเข้าไปในแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด จำนวน 2 จังหวัด เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มีการดำเนินโครงการจัดการยาในชุมชนและกำหนดเกณฑ์ยาปฏิชีวนะเป็นตัวชี้วัดในระดับจังหวัดด้วย

3. การสนับสนุนของผู้บริหาร (Leadership support)

การยอมรับแนวคิด ASU ของผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งประธานคณะกรรมการ/คณะทำงาน ในการนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลมีผลทำให้การดำเนินโครงการเป็นไปได้อย่างราบรื่น จากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ พบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีทั้งในด้านบุคลากรและงบประมาณ อย่างไรก็ตาม เกสซ์กรจากโรงพยาบาล 5 แห่ง กล่าวว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญและไม่สนับสนุนเท่าที่ควร จึงทำให้การทำกิจกรรมของโครงการ ASU แผ่วลงไป

“ในโรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในเรื่องของการใช้จ่ายตามแนวทางการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล ... โชคดีที่มีประธานที่อยู่ใน field ด้วย แล้วก็สนใจด้วย ... ชอบสอนชอบถ่ายทอดก็เลยอาจจะเห็นเหตุให้งานมัน run ไปได้เรื่อยๆ เพราะถ้าเราไม่มีประธานหรือแพทย์ที่สนใจเรื่องนี้.. เราก็อาจจะเจออุปสรรคเหมือนกัน” เกสซ์กร 3

“ผู้อำนวยการไม่ค่อยสนับสนุนให้ไปออกกิจกรรมอะไรที่จะต้องไปอยู่ข้างนอก อาจจะให้เรา (เกสซ์กร) ทำงานแค่ตรงนี้ จริงๆ มันมีงานอย่างอื่นอีกที่เกสซ์กรจะต้องได้ออกไป แล้วเราก็อยากออกไปแก้ปัญหาในชุมชน แต่ว่าไม่ค่อยได้รับการสนับสนุน” เกสซ์กร 5

4. ความร่วมมือของบุคลากรภายใน (Staff involvement)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีเจตคติ

เชิงบวกต่อโครงการ เห็นถึงประโยชน์ของการดำเนินโครงการและมีความตั้งใจจะปฏิบัติในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และปฐมนิเทศโครงการ ASU แก่แพทย์ใช้ทุนรุ่นใหม่ที่มาทำงานในโรงพยาบาล เกสซ์กรทำหน้าที่ในการประสานงานและผลักดัน/ขับเคลื่อนโครงการ พยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุขให้ความรู้แก่ประชาชน บุคลากรที่ร่วมดำเนินโครงการโดยเฉพาะผู้ประสานงานหรือแกนนำที่มีความมุ่งมั่นและความสามารถสูงในการทำงานด้านการประสานงาน

“เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีบทบาทกับชุมชนมาก จากการประเมิน 11 อำเภอ ที่ทำ project ..success ทั้ง 11 อำเภอเลย ถ้าเจ้าหน้าที่เข้าใจ concept นี้แล้วสามารถถ่ายทอดหรือประสานงานกับเราได้...โอเคเลย... success” เกสซ์กร 4

จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลเห็นตรงกันว่า การยอมรับและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวคิด ASU ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งที่จะทำให้โครงการดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง การไม่ได้รับความร่วมมือจากแพทย์จะทำให้โครงการล้มเหลวได้อย่างชัดเจน ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนนั้น “แพทย์” นอกจากจะเป็นผู้มีบทบาทในฐานะผู้สั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลแล้ว ยังเป็นต้นแบบการจ่ายยาแก่พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. อีกด้วย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า การไม่ปฏิบัติตามแนวคิด ASU ของแพทย์ในโรงพยาบาล เกิดจากความเชื่อมั่นในตนเองที่มีมากเกินไป การขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องและทันสมัยเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ความไม่ตระหนักถึงอันตรายของเชื้อดื้อยา และมีเจตคติเชิงลบต่อโครงการ ASU จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินโครงการ ASU โดยการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย เพิ่มความมั่นใจในการทำงานและยังเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรตื่นตัวกับการทำงานด้วย

“เราไม่สามารถบังคับหมอบได้ ยิ่งโรงพยาบาลใหญ่

หมอยังมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง..” เกล็ดชกร 6

“จุดสำคัญคือเรื่องแพทย์มากกว่า...ในการที่จะให้ตรงนี้ (ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะ) ลดลง ถ้าแพทย์ไม่ลดมันก็ไม่สำเร็จ...” แพทย์ 1

ผู้ให้ข้อมูลหลายคนให้ความเห็นว่าอาจารย์แพทย์และระบบการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์มีผลต่อการปฏิบัติอย่างมาก เนื่องจากแพทย์ยึดถือแบบแผนการจ่ายยาตามอาจารย์แพทย์เป็นหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลายคนเห็นตรงกันว่าเป็นเรื่องจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องเริ่มแก้ปัญหา ตั้งแต่การเรียนการสอนในหลักสูตรแพทยศาสตร์ และเภสัชศาสตร์ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นที่แตกต่างกันในประเด็นเรื่องแพทย์ใช้ทุนกับการปฏิบัติตามแนวคิด ASU โดยกลุ่มแรก เห็นว่า แพทย์ใช้ทุนมักไม่เห็นความสำคัญและไม่ปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาตาม ASU เนื่องจากมาทำงานในโรงพยาบาลนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ จึงไม่ใส่ใจหรือให้ความสำคัญกับนโยบาย ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งเห็นตรงกันข้ามว่า แพทย์ใช้ทุนเป็นกลุ่มที่พร้อมจะปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล ประกอบกับเพิ่งสำเร็จการศึกษาและอาจได้เรียนเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลจากหลักสูตรในโรงเรียนแพทย์ จึงมีแนวโน้มจะปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว ในขณะที่แพทย์เฉพาะทางแพทย์อายุโส หรือแพทย์ที่จบมานาน มักให้ความร่วมมือน้อยกว่า

ความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินโครงการ ASU ที่เกิดจากบุคลากรภายในองค์กร มีสาเหตุจากการโยกย้ายหรือหมุนเวียนของแพทย์ใช้ทุนและเภสัชกรที่เป็นผู้ประสานงานหลักของโครงการ ภาระงานประจำที่มากขึ้นของผู้ปฏิบัติงาน เจตคติเชิงลบของผู้สั่งใช้ยาและขาดการประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่างๆ ในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลจาก รพช. บางแห่งกล่าวว่า ถึงแม้ PTC จะมีบทบาทในการกำกับดูแลการดำเนินงาน ASU แต่ในความเป็นจริง ยังไม่มีความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพเท่าที่ควร โรงพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหาเรื่องความร่วมมือ ทำให้มีการรักษาโรคโดยการจ่ายยาที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจึง

มีทางเลือกในการเข้ารับบริการจากบุคลากรและช่วงเวลาที่มิมีแนวโน้มจะได้ยาตามที่ร้องขอ นอกจากนี้ ในด้านของโรงพยาบาลเอกชนนั้น ยังต้องคำนึงถึงเรื่องการฟ้องร้องจากผู้ป่วยด้วย ทำให้บางครั้งมีผลต่อการตัดสินใจสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์

“ช่วงนี้ที่โรงพยาบาล กิจกรรมไม่ได้เข้มแข็งเหมือนตอนแรกๆ ถ้ามีการจัดประชุมวิชาการที่นี้อีกก็จะดีมาก อยากให้บุคลากรรุ่นใหม่ ทั้งตัวเภสัชกรเอง แพทย์เอง ทั้งพยาบาลเองได้เข้าไปมีส่วนร่วม ถ้าเขาได้เข้าประชุมจะรู้สึกเป็นงานของเขาเพิ่มมากขึ้น คือถ้ามีการจัด (อบรม) เหมือนชาร์จไฟขึ้นมาใหม่ ก็น่าจะดีขึ้น” เกล็ดชกร 7

5. การมีภาคีเครือข่าย (Partnership)

ตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการนำร่อง ASU ในปี 1 ถึงปัจจุบัน นอกจากเครือข่าย ASU ในส่วนกลาง (เช่น อย.สสช. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา หรือ กพย. และสถาบันการศึกษาบางแห่ง) แล้ว ยังทำให้เกิดเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน ในระดับจังหวัดนั้นมักใช้เครือข่ายที่มีอยู่เดิม เช่น เครือข่ายการพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.) เครือข่ายเภสัชกรโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ประสานงานโครงการส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรเภสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่งมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่กระตุ้นและผลักดันโรงพยาบาลโดยเฉพาะ รพช. ให้ดำเนินโครงการ ASU อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลจากบางจังหวัดกล่าวว่าถึงแม้จะมีเครือข่ายภายในจังหวัด แต่ในทางปฏิบัติไม่มีการดำเนินการหรือทำกิจกรรมใดๆ ร่วมกันเลย ส่วนในระดับอำเภอนั้น รูปแบบของเครือข่ายเป็นไปในลักษณะของ CUP (contracting unit of primary care หมายถึง หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิกับ สสช.) มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่าย และ รพ.สต. เป็นลูกข่าย พื้นที่บางแห่งประสบความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น เช่น อบต. ทำให้เพิ่มภาคีเครือข่ายใน

การทำงานด้านสาธารณสุขและได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยเฉพาะในด้านงบประมาณและความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้การดำเนินโครงการ ASU ในพื้นที่นั้นๆ เป็นไปได้ด้วยดี

“ระดับจังหวัดน่าจะเห็นความสำคัญมากกว่านี้ อย่างที่นี้เองก็เหมือนกับไม่ได้ทำอะไรเท่าไร แทนที่จะมีการสนับสนุน หรือว่ามีการรณรงค์ หรือว่าอบรมให้โรงพยาบาลต่างๆ มาทำ ก็คือในจุดนี้ก็แทบไม่มีเลย ระดับ สสจ. น่าจะมามีส่วนในการขับเคลื่อนมากขึ้น...”
แพทย์ 1

“องค์กรท้องถิ่นซึ่งเป็นตัวจักรสำคัญของการบริหารระบบของโครงการที่ สสจ. มอบเงินมาให้ประชาชน โครงการนี้ (ASU) เข้ามาเหมือนทำให้เขาตระหนักแล้ว รู้ผลว่ามันเป็นอย่างไร แล้วก็หลายๆ ทีมร่วมกันโดยมีกลุ่มของท้องถิ่นช่วยดึงจากเรา เราเป็นเจ้าของที่อ่อนแอ เราที่ตัวคนเดียว จังหวัดเขาไม่ได้มาตามกับเรา แต่ท้องถิ่นดึงให้” เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1

ผู้ให้ข้อมูลหลายคน เห็นตรงกันว่า การดำเนินงานโครงการ ASU จำเป็นต้องมีการสร้างเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการปฏิบัติงานและวิชาการเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ ในการดำเนินงาน เช่น โรงพยาบาลที่เคยมีประสบการณ์ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง (mentor) แก่โรงพยาบาลอื่นๆ และ รพช. ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงด้านวิชาการแก่ รพ.สต. มีข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์ให้มีการจัดตั้งเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรมโดยเฉพาะเครือข่ายที่เป็นองค์กรในระดับเดียวกัน เช่น กลุ่มเครือข่าย ASU ระดับ รพ.สต. รวมทั้งการจัดระบบพี่เลี้ยงเพื่อให้คำแนะนำในการดำเนินโครงการ ASU นอกจากนี้ พื้นที่เสนอว่าต้องการการสนับสนุนงบประมาณ สื่อให้ความรู้และสื่อประชาสัมพันธ์แก่ภาคประชาชน และที่สำคัญคือ การสื่อสารข้อมูลของโครงการ ASU จากส่วนกลางให้เครือข่ายในพื้นที่ที่ได้รับทราบสถานการณ์และข่าวสารที่ทันสมัย

“ASU มันจะมีข้อเสียคือมันจะหยุดนิ่ง มันจะไม่

การพัฒนาแบบต่อเนื่องไป มันไม่เหมือน ADR (Adverse Drug Reaction) ซึ่งมันจะเปลี่ยนกลุ่มยาไปเรื่อยๆ มีความซีเรียสของกลุ่มยา มีการ update ความรู้ทางวิชาการให้คนที่ทำ ADR แล้วจะ happy มาก เขามีการ update ทางวิชาการให้มีเวทีให้นำเสนอผลงานทางวิชาการ ซึ่ง ASU ไม่มีความต่อเนื่องตรงนี้พอ มันไม่มี พอไม่มี เครือข่ายมันไม่สามารถจะดึงใจของคนทำงานตรงนี้ให้มาอยู่กับเราได้ตลอด....ไม่เหมือน ADR” เกสัชกร 4

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)

“ยาปฏิชีวนะ” ถูกบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด ซึ่งกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการปัญหาในชุมชนของพื้นที่ 2 แห่ง คือ การทำความเข้าใจชุมชนและการทำให้ชุมชนเข้าใจปัญหาเรื่องยาปฏิชีวนะที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบ วางแผนและดำเนินโครงการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสมาชิกในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พระ ครู นักเรียนและองค์กรในท้องถิ่น เช่น โรงเรียน วัด อบต. ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

เกสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2 แห่งกล่าวว่า การเข้าถึงและทำงานในชุมชนได้ดีต้องอาศัยประสบการณ์และกลวิธีต่างๆ มาปรับประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้เชื่อมประสานที่ทำให้การทำงานในชุมชนประสบความสำเร็จ เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับชุมชน จึงทำให้เกิดความเชื่อถือและความศรัทธา รวมทั้ง อสม. ซึ่งเป็นผู้ช่วยสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ การสร้างความตระหนักให้กับชุมชนเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม ทั้งในเรื่องการแพ้ยา เชื้อดื้อยา หรือ อาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดย

การใช้ตัวอย่างหรือกรณีศึกษาจากคนในชุมชน เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในหลายๆ พื้นที่ที่ให้ข้อมูลในครั้งนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสมแก่ประชาชนในพื้นที่ทำมาหารูปแบบต่างๆ เช่น การอบรม การจัดกิจกรรมรณรงค์ การปฏิบัติตัวให้เป็นตัวอย่างแก่ชุมชน แต่ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงคือการสื่อสารกับประชาชนต้องใช้ข้อมูลที่ง่ายต่อความเข้าใจและมีรูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชนนั้นๆ

“พอคนสนใจกันเยอะขึ้นแล้ว...ทำให้เกิดกลไกการเฝ้าระวังในชุมชน เวลาใครเจออะไรต่างๆ ก็จะมาบอกและคอยเฝ้าระวังมากขึ้น เลยเห็นว่ามันเกิดการเรียนรู้แล้วก็มันขยายผลได้โดยที่เราไม่ต้องไปสั่ง แล้วมันไปเชื่อมโยงกับงานเภสัชปฐมภูมิได้ด้วย เพราะว่าบางทีเราไม่ได้เจอแค่ร้านชำ ข้อมูลบางอย่างเรารู้จากเภสัชที่ไปเยี่ยมบ้านมาแล้วให้ฟัง สามารถต่อยอดไปได้เยอะ ...”

เภสัชกร 5

7. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน (Public behavior on antibiotics use)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เห็นตรงกันว่า คนไทยตระหนักถึงอันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะและซื้อตัวยาน้อย จากการดำเนินโครงการ ASU ที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนจำนวนมาก มีความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ประชาชนยังคงร้องขอยาปฏิชีวนะจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงแม้ว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากเป็นการติดเชื้อไวรัส และหากไม่ได้รับยาปฏิชีวนะจากโรงพยาบาลก็อาจจะไปซื้อที่ร้านยา คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน ในบางแห่งพบพฤติกรรม antibiotic shopping ด้วย นอกจากนี้ เภสัชกร 3 คน กล่าวถึงประเด็นการโฆษณาขายยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจผิด อีกทั้ง ในพื้นที่ส่วนใหญ่ ประชาชนสามารถหาซื้อยาปฏิชีวนะได้ง่าย เช่น ร้านชำในหมู่บ้าน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของสังคมไทย จึงมีข้อเสนอแนะให้ อย. พิจารณาประเด็นที่เป็นปัญหาเรื่องโฆษณาและแหล่งกระจายยาปฏิชีวนะเพื่อหามาตรการ

แก้ไขอย่างจริงจัง

ผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. หลายคนเชื่อว่า การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนืองเมื่อไม่ได้รับยาปฏิชีวนะจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับในที่สุด ถึงแม้จะใช้เวลานาน เจ้าหน้าที่คนหนึ่งเข้าร่วมโครงการ ASU และทำกิจกรรมรณรงค์ต่างๆ ภายใต้แนวคิด ASU ในชุมชนมาเป็นเวลานานกว่า 6 ปี พบความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของคนในชุมชนในทางที่ดีขึ้น

“ชาวบ้านเขาบอกหมอให้ยา (ปฏิชีวนะ) มา ไม่ได้เจ็บคอ แต่โอบามากทำไมเขายังให้” เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1

“หมอบอกว่าเหนื่อยใจมากจริงๆ มีคนมาว่าหมอเหมือนไม่ตั้งใจรักษา เลี่ยงใช้ ถ้าเราแก้ปัญหาที่คนไข้ได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากมาก การที่คนไข้มาโรงพยาบาล แล้วจะยอมรับได้เนี่ย ต้องใช้ความน่าเชื่อถือ ต้องพูดเยอะมาก ในแต่ละโรค ซึ่งเราไม่มีเวลาอธิบายขนาดนั้น ตอนนี้ด้วยปริมาณคนไข้ เราจะอธิบายได้แค่สั้นๆ ถ้าจะทำให้คนไข้เข้าใจนั้นต้องใช้ความพยายามมาก ต้องมีบอร์ด ต้องชี้ให้ดู ต้องขนาดนั้นเลย...ปัญหาจริงๆ อยู่ที่คนไข้ด้วย บางทีหมอก็ตัดความรำคาญ เพราะคนไข้รอตรวจเยอะมาก ถ้าไม่ได้ก็ไม่ยอม มาที่เภสัช เภสัชอธิบายไม่เชื่อ ก็ต้องย้อนกลับไปหาคุณหมอ ถ้าเกิดเหตุการณ์นี้บ่อยๆ คุณหมอบางคนก็ตัดความรำคาญอยากได้ก็เอาไปเถอะ”

เภสัชกร 8

“ปัญหาคือทัศนคติชาวบ้านและการแปลข้อมูลวิชาการมาเป็นข้อมูลที่ชาวบ้านเข้าถึงได้เป็นปัญหาอุปสรรคที่ค่อนข้างยาก หลายพื้นที่ๆ ทำได้ยาก”

เภสัชกร 5

8. การติดตามและประเมินผลโครงการ (Program monitoring and evaluation)

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผลงานการดำเนินงาน ASU ของโรงพยาบาลหรือพื้นที่ทำใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรกเป็นการทำตามเกณฑ์ของ สปสช. ส่วนอีกลักษณะหนึ่ง โรงพยาบาล หรือ สนง.สสจ.

ออกแบบและดำเนินการประเมินผลเอง ดังเช่นโรงพยาบาล 6 แห่ง มีการทำวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลโครงการ ASU ตามตัวชี้วัดโครงการ ASU คือ ปริมาณการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ สุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วย และความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยทำการเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) จึงเป็นการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ โรงพยาบาล 3 แห่ง มีระบบการตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายยาของผู้สั่งจ่าย จากนั้นมีการทบทวนและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่แพทย์ผู้สั่งจ่ายด้วย (audit-feedback system) ซึ่งพบว่า เป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับจากแพทย์ในโรงพยาบาล ส่วน สนง.สสจ. ใช้วิธีการถอดบทเรียนในชุมชน

“...พวกเราจัด event เยอะ ไปให้ความรู้ แต่เรารู้สึกไม่เกิด movement เราเคลียร์กันตรงนี้ทุกคนจะรู้ว่าจัด event ได้ ..แต่ event ของเราต้องนำไปสู่ movement และในแต่ละปีพอเราทำอันนี้เสร็จเราก็เห็นว่ามันยังไม่สุดมันต้องมีต่อ ถ้ามีต่อ..ยุทธศาสตร์จะมาจากไหน ก็มาจากพวกเราที่ทำแล้วเห็นปัญหา ก็ถอดบทเรียนทำเพิ่มเติมอันนี้ อันนี้ก็ได้ประโยชน์ มันก็เลยต่อเนื่องมาเรื่อยๆ เพียงแต่ว่าก่อนที่จะทำอะไรต้องมานั่งคุยกัน อย่างไม่เป็นทางการกัน” เกล็ดขกร 5

ผู้ให้ข้อมูลหลายคนแสดงความเห็นต่อเกณฑ์ สปสช. ว่า ในระยะแรก โรงพยาบาลจำนวนมากไม่เห็นด้วยกับเกณฑ์ P4P เนื่องจากการประเมินผลใช้วิธีการประเมินกระบวนการ (process evaluation) โดยให้โรงพยาบาลประเมินตนเอง (self-assessment) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลายคนเห็นว่าผลการประเมินอาจไม่สะท้อนความเป็นจริงทั้งหมด เนื่องจากพบปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน เช่น การลงรหัสโรค ICD-10 ไม่ตรงกับการวินิจฉัยของแพทย์ โรงพยาบาลบางแห่งให้นักเวชระเบียนเป็นผู้ลงรหัสโรคแทนแพทย์ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ในปีงบประมาณ 2556 สปสช. เปลี่ยนวิธีการประเมินจากการประเมินกระบวนการเป็นการประเมินผลลัพธ์ (outcome evaluation) ผู้ให้

ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่ามีเหมาะสมและเชื่อว่าสามารถสะท้อนผลลัพธ์ที่แท้จริงได้ดีกว่าเดิม

“...มีการ shift diagnosis ไปเป็นตัวที่สามารถลง ICD10 ที่สามารถสั่งใช้ antibiotic ได้” เกล็ดขกร 9

ส่วนใหญ่ ผลของการประเมินโครงการถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อปรับปรุงการดำเนินโครงการ โดยในโรงพยาบาลนั้น ผู้ประสานงานหรือเลขาฯ ของโครงการจะนำเสนอผล เช่น อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ มูลค่ายาปฏิชีวนะต่อผู้บริหาร คณะกรรมการ/คณะทำงานภายในโรงพยาบาล เพื่อใช้วางแผนการทำงานในปีต่อไป ในขณะที่ข้อมูลจากการถอดบทเรียนในพื้นที่โดย สนง.สสจ. นั้น ถูกนำไปใช้เพื่อขยายแนวคิด ASU สู่ชุมชนเพื่อสร้างความร่วมมือในการทำงานกับภาคส่วนต่างๆ ในระดับท้องถิ่น

“เวลาโรงพยาบาลถูกเปรียบเทียบให้เห็นข้อมูล มันเป็นอีกความรู้สึกหนึ่ง ที่จะทำให้รู้สึกเล็กๆ ว่า ฉันอยู่ในระดับไหน เหมือนมีคนมาขีดเส้นให้” เกล็ดขกร 10

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าหน่วยงานส่วนกลางไม่มีการติดตามประเมินผลและกำกับดูแลอย่างจริงจัง ทำให้ขาดความต่อเนื่องและความชัดเจนทั้งที่เป็นนโยบายระดับประเทศ จึงเสนอให้มีเจ้าภาพหรือผู้รับผิดชอบเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการ ควรมีการวิเคราะห์และประมวลผลการดำเนินงาน จากนั้นส่งข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ให้แก่โรงพยาบาลหรือจังหวัด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทราบผลของโครงการรวมถึงสถานการณ์ต่างๆ ทั้งระดับโรงพยาบาล จังหวัดและภาพรวมประเทศ เพื่อใช้ในการปรับปรุงการดำเนินโครงการแต่หากไม่มีผู้รับผิดชอบก็ควรสร้างกลไกในการกำกับดูแลและติดตามที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้รับผิดชอบส่วนกลางอาจเป็น อย. สปสช. หรือ สนง.สสจ.

“ความต่อเนื่องของโครงการไม่มีอะไรต่อร้อยในแต่ละปี ถึงแม้จะมีการวางแผนว่าในแต่ละปีจะมีอะไรจริง แต่ว่าเรื่องเก่าเหมือนถูกทิ้งไป ไม่มีการตาม ไม่มีระบบ monitor เรื่องเก่าหรือที่ทำอยู่เดิม มันก็เหมือนนโยบายอื่นๆ ของกระทรวง ซึ่งมาปีหนึ่งแล้วก็หายไป

พอปีหน้าคุณนโยบายอื่นขึ้นมาแล้วก็หายไป... เราอยากทำต่อแต่เราทำไม่ไหวด้วยภาระของงานที่ในแต่ละปีกระทรวงจะคิด project ใหม่ๆ มาตลอดเวลาเพื่อที่จะให้เราทำ....” เกสัชกร 4

แพทย์และเภสัชกรหลายคนเชื่อว่าหากมีหลักฐานทางวิชาการของประเทศไทย (local evidence) เช่น ผลการรักษาโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรค อัตราเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจากนักวิชาการหรือองค์กรที่น่าเชื่อถือ ก็จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการตัดสินใจการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะตามแนวทาง ASU ได้ จึงมีข้อเสนอให้หน่วยงานส่วนกลางจัดทำหลักฐานทางวิชาการเพื่อสนับสนุนข้อมูลด้านการจ่ายยาปฏิชีวนะในบริบทของประเทศไทย

วิจารณ์

ASU เริ่มดำเนินการ ปี พ.ศ. 2550 ในลักษณะโครงการนำร่อง ต่อมา ในปี พ.ศ. 2553 สปสช. กำหนดให้การจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ASU) เป็นตัวชี้วัดหนึ่งเพื่อใช้ในการพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลหรือที่เรียกว่านโยบาย Pay-for-performance (P4P) ถือเป็นนโยบายระดับประเทศ การที่ ASU ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของ สปสช. ถือเป็นแรงจูงใจสำคัญที่สุดในขณะนั้นที่ทำให้ผู้บริหารในโรงพยาบาลภาครัฐจำนวนมากให้ความสนใจและเริ่มดำเนินโครงการ⁽¹⁾ ดังจะเห็นได้จากจำนวนสถานพยาบาลภาครัฐที่ดำเนินโครงการ ASU เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 ในปี 2551 เป็น ร้อยละ 17, 25 และ 27 ใน ปี 2553, 2554 และ 2555 ตามลำดับ⁽⁸⁾ นโยบาย P4P ถือว่ามีความสำคัญต่องานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างมาก เพราะเริ่มทำให้แนวปฏิบัติการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมีการขยายผลเชิงปฏิบัติในโรงพยาบาลอย่างกว้างขวาง นอกจากนโยบาย P4P ของ สปสช. แล้ว แนวคิดเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล หรือ Antibiotics Smart Use ยังมีการเชื่อมโยงเข้ากับนโยบายอื่นๆ ดังนี้ ปีงบประมาณ 2557 มาตรการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขของ

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และเกณฑ์การประเมินการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ. องค์การมหาชน)⁽⁸⁾ ในปีงบประมาณ 2558-2560 เป็นตัวชี้วัดภายใต้แผนบูรณาการของกระทรวงสาธารณสุข งานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาด้านการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน⁽⁸⁻⁹⁾ และ ในปีงบประมาณ 2560 มีการบูรณาการเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลในสาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (Service Plan: Rational Drug Use) เพื่อให้นโยบายพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้รับการแปลงไปสู่การปฏิบัติได้จริง ทั้งในระดับโรงพยาบาล จังหวัดและเขตสุขภาพ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้เรื่องเชื้อดื้อยาและการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลได้ถูกกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ดังปรากฏในนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559⁽¹¹⁾ ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย พ.ศ.2560-2564⁽¹²⁾ จะเห็นได้ว่าการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลนั้นเป็นนโยบายระดับประเทศ ดังนั้น ในปัจจุบัน การปฏิบัติตามแนวคิด ASU จึงเกิดขึ้นในสถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่ง

จากการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ 625 แห่ง⁽⁸⁾ พบว่า จุดเริ่มต้นของการดำเนินงาน ASU ในโรงพยาบาลนั้น จำแนกได้เป็น 3 แบบ คือ แบบแรก เริ่มจากความสนใจของผู้ริเริ่ม คือ ผู้อำนวยการ แพทย์และเภสัชกร แบบที่สอง ดำเนินการเนื่องจากเป็นนโยบาย และแบบที่สาม คือ เป็นการรับช่วงต่อผู้ประสานงานคนเดิมจึงไม่ทราบจุดเริ่มต้นของ ASU ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อแนวคิด ASU ถูกกำหนดเป็นนโยบายจึงเป็นจุดเริ่มต้นให้มีการดำเนินโครงการในสถานพยาบาลและถ้าผู้บริหารให้ความสำคัญและสามารถผนวก ASU เข้ากับนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อให้ ASU กลายเป็นงานประจำและสื่อสารให้บุคลากร

ภายในองค์กรตระหนักถึงความสำคัญ ยอมรับและปฏิบัติตาม จนกลายเป็นวัฒนธรรมการทำงาน ย่อมทำให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติงานในองค์กรได้ จากการศึกษานี้ พบว่า โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งได้ผนวกแนวคิด ASU เข้ากับนโยบายขององค์กร เพื่อให้เป็นงานปกติไม่ใช่ลักษณะงานโครงการชั่วคราว ทำให้บุคลากรไม่รู้สึกว่ามีการเพิ่ม แต่เป็นงานประจำที่ต้องปฏิบัติ เจตคติที่ดีและความร่วมมือของบุคลากรภายในองค์กรถือเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการขับเคลื่อนโครงการให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ในบางพื้นที่มีการเชื่อมงาน ASU เข้ากับนโยบายท้องถิ่น เช่น รพ.สต. หลังเขา อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ได้เชื่อมงาน ASU เข้ากับนโยบายสาธารณสุขของ อบต. มวกเหล็ก และชุมชนชนเผ่า อำเภอสองครุ จังหวัดสงขลา มีการเชื่อมงาน ASU เข้าสู่ธรรมนูญสุขภาพตำบล⁽⁸⁾

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีเจตคติเชิงบวกต่อแนวคิด ASU เพราะเห็นถึงประโยชน์และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในส่วนที่ตนเองเกี่ยวข้อง ถึงแม้จะมีอุปสรรคต่างๆ บ้างก็ตาม สอดคล้องกับผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินโครงการ ASU ปี 2557⁽⁸⁾ ซึ่งสรุปเหตุผลของการตัดสินใจดำเนินงาน ASU ในโรงพยาบาล 3 ลำดับแรก คือ เพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสม ทำในสิ่งที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และเป็นการพัฒนาคุณภาพการรักษาของโรงพยาบาล (4.24 ± 0.75 , 4.13 ± 0.73 และ 4.10 ± 0.77 ตามลำดับ คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 1-5) แสดงให้เห็นความตั้งใจหรือเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงานในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่จะให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย การดำเนินโครงการหรือสานต่อโครงการ ASU ให้ยั่งยืนต้องอาศัยความร่วมมือของสหวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ เพื่อช่วยกันขับเคลื่อนงาน จากการสัมภาษณ์ พบว่า ความร่วมมือของแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดประการหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงาน สอดคล้องกับผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินโครงการ ASU⁽⁸⁾ ซึ่ง

สรุปว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ แพทย์หมุ่นเวียนบ่อย แพทย์ไม่ให้ความร่วมมือ และ ความร่วมมือของบุคลากรอื่นๆ นอกเหนือจากแพทย์ (4.08 ± 1.00 , 3.56 ± 1.07 , 3.29 ± 1.04 ตามลำดับ คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 1-5) ดังนั้นจึงควรหากลยุทธ์ในการสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามแนวคิด ASU ตลอดจนการสร้างเจตคติในเชิงบวกแก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะที่น่าสนใจว่า ควรมีการจัดทำหลักฐานทางวิชาการในบริบทของประเทศไทย (local evidence) เช่น ผลการรักษาโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรค (โรคติดเชื้อในทางหายใจส่วนบน ท้องเสีย และบาดแผลสดสะอาด) อัตราเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการใช้ยาปฏิชีวนะให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ที่ผ่านมามีงานวิจัยที่ศึกษาผลการรักษาของการใช้และไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในโรงเรียนแพทย์ ดังตัวอย่างงานวิจัยของรุจิภาสและคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการปนเปื้อนของแบคทีเรียที่บาดแผลสดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช จากผู้ป่วย 330 คน พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในขณะที่พบการปนเปื้อนของแบคทีเรียที่อาจก่อโรคในบาดแผลสดน้อยกว่าร้อยละ 10 และมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อที่แผลต่ำ งานวิจัยของอิรัฐและวิษณุ⁽¹⁴⁾ พบว่า ผลการรักษาในวันที่ 3 หลังตรวจรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและอูจจาระร่วงเฉียบพลันมากกว่าร้อยละ 97 ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับยาต้านจุลชีพหายหรืออาการดีขึ้น และงานวิจัยของวารุณีและคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลการรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอาการของการติดเชื้อในทางหายใจส่วนต้นและท้องเสียเฉียบพลัน จำนวน 409 คน ซึ่งสรุปว่า ไม่พบหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาเด็กก่อนวัยเรียนสุขภาพดีที่เจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อในทางหายใจส่วนต้นและท้องเสียเฉียบพลัน นอกจากนี้ การศึกษาผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยจาก 3 โรคเป้าหมายและไม่ได้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาล



จากผู้ป่วยกว่า 4,600 ราย ได้ข้อสรุปว่า ร้อยละ 90-99 หายจากโรคและมีอาการดีขึ้นภายใน 3-10 วัน⁽⁸⁾ ผลการศึกษาจากงานวิจัยซึ่งเก็บข้อมูลในประเทศไทยน่าจะมีส่วนช่วยในการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติตามแนวทาง ASU

จากรายงานการวิจัยประเมินผลโครงการ ASU ระหว่างปี 2550-2554⁽²⁻⁴⁾ พบว่า ปริมาณการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาล ภายหลังจากดำเนินโครงการ ASU มีค่าลดลงเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ สอดคล้องกับการรายงานข้อมูลโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาจำนวน 892 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2557 จาก สปสช.⁽⁸⁾ ที่พบว่า อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อในทางหายใจส่วนบน ลดลงจากร้อยละ 50-60 เป็น 40-50 และโรคท้องร่วงเฉียบพลันลดลงจากร้อยละ 50 เป็น 30-40 ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า ในภาพรวมของประเทศนั้น อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยนอกของบุคลากรทางการแพทย์ลดลงหลังจากมีการดำเนินโครงการ ASU ทั้งนี้ พบว่า ในระยะแรกของการดำเนินโครงการ ASU ในโรงพยาบาลนั้น มีข้อจำกัดด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ทำให้เป็นอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อหาอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาล แต่ต่อมา สปสช. ได้พัฒนาโปรแกรมการประเมินผล (e-tool) ซึ่งมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽¹⁾ นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลจากแฟ้มมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลตัวชี้วัดและรายงานมาตรฐานต่างๆ รวมทั้งข้อมูลอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะด้วย ดังนั้น ในปัจจุบัน โรงพยาบาลจึงสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ทั้งในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตสุขภาพ และ ในภาพรวมระดับประเทศ จากเว็บไซต์ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้

โครงการ ASU มีการบริหารจัดการเครือข่ายแบบกระจายอำนาจหรือเครือข่ายปลาตัว (Starfish network

model) คือ ส่วนกลางเปิดโอกาสให้แต่ละพื้นที่/โรงพยาบาลออกแบบโครงการได้อย่างอิสระ ใช้ทรัพยากรในชุมชนที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการเติบโตอย่างยั่งยืนผ่านการสร้างการมีส่วนร่วมที่มีความภาคภูมิใจ และให้พื้นที่รู้สึกว่าเป็นเจ้าของงาน (sense of ownership) ความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายถือเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ดำเนินงาน ASU มาได้อย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในแต่ละปีนั้น เกิดเครือข่ายความร่วมมือที่ขยายวงกว้างขึ้นในระดับต่างๆ องค์กรภาครัฐ ได้แก่ ออย. สปสช. และ สรพ. เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบาย รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนโครงการ บุคลากรจากองค์กรภาคการศึกษา (เช่น โรงเรียนแพทย์ คณะเภสัชศาสตร์) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเครือข่ายที่สนับสนุนงานด้านวิชาการ องค์ความรู้ สำหรับ กพย. มีบทบาทสำคัญในการสร้างเครือข่ายภาคประชาชนและเครือข่าย ASU ในพื้นที่⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้เครือข่ายส่วนกลางป้อนข้อมูลย้อนกลับให้แก่พื้นที่เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบข้อมูลและสถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ สำหรับเครือข่ายในระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการใช้เครือข่ายเดิมที่มีอยู่แล้ว เช่น เครือข่ายเภสัชกรของโรงพยาบาล ในขณะที่บางพื้นที่เกิดเครือข่ายภายในชุมชน เช่น ตำบลหลังเขา อำเภอฉวาง เหล็ก จังหวัดสระบุรี และ ตำบลชะแล้ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลาและจังหวัดสมุทรสงคราม เกิดความร่วมมือในการดำเนินงาน ASU ร่วมกับองค์กรท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่ ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาจากการใช้ยาปฏิชีวนะของชุมชนนั้นๆ และทำให้เกิดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพประชาชนในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะให้เป็นอย่างดี ผลจากการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เห็นตรงกันว่า ประชาชน มีความรู้และความเชื่อที่ผิดอีกจำนวนมาก ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การรับฟังโฆษณาสรรพคุณเกินจริงผ่านช่องทางต่างๆ ทำให้เกิดพฤติกรรม

การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งยังมีการร้องขอยาปฏิชีวนะจากบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยประเมินผลโครงการ ASU ในระยะที่ 1-3 ซึ่งศึกษาความรู้เรื่องการใช้อาปฏิชีวนะของผู้ป่วยและประชาชนมากกว่า 3,000 คน⁽²⁻⁴⁾ ที่พบว่า ประชาชนจำนวนมากยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้อาปฏิชีวนะรวมทั้งการรักษา 3 โรคคือ หวัดเจ็บคอ ท้องเสีย และแผลสะอาด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคนไทยจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องการใช้อายาเพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล นวัตกรรมที่น่าสนใจ คือ การสอนให้ผู้ป่วยส่องคอเมื่อเจ็บคอโดยมีอุปกรณ์คือกระจกส่องคอพร้อมไฟฉายแสงขาวเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นลักษณะคอแดงและตุ่มหนองจากกระจก เพื่อให้สามารถแยกแยะอาการเจ็บคอจากการติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและประชาชน นวัตกรรมนี้มีการนำไปใช้กันในร้านยาและ รพ.สต. จำนวนมาก⁽⁸⁾ ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคได้รับการบรรจุในกรอบยุทธศาสตร์ การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 เป้าประสงค์ ข้อ 4 คือ ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น⁽¹²⁾

การริเริ่มดำเนินโครงการ ASU และการทำให้คงอยู่หรือมีความต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือพื้นที่ นอกจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อส่งเสริมหรือสนับสนุนแล้ว สิ่งที่สำคัญคือบุคลากรทางการแพทย์ต้องเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากสองส่วนคือปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกและปัจจัยทางด้านจิตวิทยาซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงควรคำนึงถึงปัจจัยทั้งสองด้าน จากการศึกษาครั้งนี้ จะพบว่าเมื่อมีการปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อองค์กรจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นโยบายหรือผู้บริหาร ตามกรอบแนวคิดงานวิจัยที่สร้างขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะ

ยังไม่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเท่าที่ควร ดังนั้น จึงควรปรับเปลี่ยนปัจจัยทางด้านจิตวิทยาไปพร้อมกัน ซึ่งตามกรอบแนวคิดการดำเนินโครงการ ASU ในประเทศไทย⁽¹⁾ ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์ คือ เจตนาในการสั่งใช้ยา (intention) ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก 3 ตัวแปรหลัก คือ เจตคติต่อการสั่งใช้ยา (attitude towards behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการสั่งใช้ยา (subjective norm) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ยา (perceived behavioral control) นอกจากนี้ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ยา ยังมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์ด้วย ดังนั้น หากปัจจัยทางจิตวิทยาดังกล่าวนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น พฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์ก็จะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยครั้งนี้ ยังไม่ได้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว ผู้สนใจอาจศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์ใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกจากองค์กรและจังหวัดที่เป็นเครือข่าย ASU โดยพยายามให้มีการกระจายขององค์กรจากทุกระยะ (ระยะที่ 1-3) และทุกภาค เพื่อให้มีความหลากหลาย อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเภสัชกร ทั้งนี้เพราะผู้ประสานงานโครงการมักเป็นเภสัชกร จึงทำให้ขาดความคิดเห็นของบุคลากรกลุ่มอื่นโดยเฉพาะแพทย์ และข้อมูลส่วนใหญ่มาจากบริบทของ รพช. นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ อาจเกิดความเอนเอียงในการให้ข้อมูลที่คาดว่าเป็นไปตามกระแสสังคมหรือต้องการให้สังคมยอมรับ (social desirability bias) ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของงานนี้ ดังนั้น จึงควรระมัดระวังในการนำผลการวิจัยไปขยายต่อ

ข้อยุติ

เพื่อให้แนวปฏิบัติการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

(Antibiotics Smart Use) คงอยู่อย่างยั่งยืนในพื้นที่หรือโรงพยาบาล จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ต่างๆ ที่หลากหลายร่วมกัน เพื่อให้ผู้สั่งใช้ยาามีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมนั้นได้รับอิทธิพลมาจากสองส่วนคือปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (ปัจจัยภายนอก) และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (ปัจจัยภายในตัวบุคคล) การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงปัจจัยหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ ASU เกิดขึ้นและคงอยู่ได้ในองค์กร ปัจจัยสำคัญ คือ การสนับสนุนด้านนโยบาย การสนับสนุนของผู้บริหาร การผนวกเข้ากับงานประจำ ความร่วมมือของบุคลากร ภาควิชาหรือหน่วยงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน และการติดตามและประเมินผลโครงการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

สร้างเครือข่าย ASU อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนพัฒนาบุคลากรที่มีศักยภาพในการเป็นแกนนำเพื่อขับเคลื่อนงานส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

รวบรวมและจัดทำหลักฐานทางวิชาการในบริบทของประเทศไทย เช่น ผลลัพธ์ของการรักษา 3 โรคเป้าหมาย โดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ

พัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำปัจจัยที่ได้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ไปศึกษาต่อในเชิงปริมาณเพื่อยืนยันกรอบแนวคิดในงานวิจัยและจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยที่สำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือขับเคลื่อนงานส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ศึกษาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้สั่งใช้ยาเพื่อศึกษาพฤติกรรมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะตลอดจนกลยุทธ์ที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ของผู้สั่งใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์และเครือข่าย ASU ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

References

1. Sumpradit N, Chongtrakul P, Anuwong K, Pumtong S, Kong-somboon K, Butdeemee P, et al. Antibiotics Smart Use: a workable model for promoting the rational use of medicines in Thailand. *Bull World Health Organ* 2012;90(12):905-13.
2. Anuwong K, Pumtong S, Chiamcharatchok P. Evaluation of Antibiotics Smart Use in Saraburi province. Nakhonnayok: The Thai Food and Drug Administration and the World Health Organization; 2008. (in Thai)
3. Anuwong K, Pumtong S, Chiamcharatchok P, Wongbusayarat R. Evaluation of feasibility of expansion of Antibiotics Smart Use project. Nakhonnayok: The Health Systems Research Institute; 2009. (in Thai)
4. Anuwong K, Pumtong S, Duangchan P. Outcomes of Antibiotics Smart Use project through participatory networking. Nakhonnayok: The Drug System Monitoring and Development Center; 2011. (in Thai)
5. Shediak-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res* 1998;13(1):87-108.
6. Mancini JA, Marek LI. Sustaining community-based programs for families: conceptualization and measurement. *Fam Relat* 2004;53(4):339-47.
7. Stirman SW, Kimberly J, Cook N, Calloway A, Castro F, Charns M. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci* 2012; 7: 17.
8. Sumpradit N, Pumtong S, Suttajit S, Tantaweewong A, Sridala Y. A comprehensive study of the model for promoting the rational use of antibiotics: 7 years journey of Antibiotics Smart Use (ASU). Bangkok: National Health Security Office and Drug System Monitoring and Development Center; 2015. (in Thai)



9. The Thai Food and Drug Administration. Indicators, activities, data sets, report and budget for rural consumer health products protection, 2017. (in Thai)
10. Junkunapas P. editor. Service Plan: Rational Drug Use. Nonthaburi: Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2016. [Cited 2017 December 5]. Available from:http://www.lphn.go.th/drug/file/Manual_Service%20Plan%20RDU_Sept2016.pdf. (in Thai)
11. Sumpradit N, Suttajit S, Poonpolsup S, Chuanchen R, Prakongsai P. Landscape of antimicrobial resistance situation and action in Thailand. Bangkok: Aksorn and Graphic Design; 2015. [Cited 2017 December 5]. Available from: <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/AMR/06.pdf>. – in Thai
12. Thailand's National Strategy Plan on Antimicrobial Resistance year 2017-2021. [Internet]. [Cited 2017 December 5]. Available from: <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/AMR/04.pdf>.
13. Sirijatuphat R, Siritongtaworn P, Sripojtham V, Boonyasiri A, Thamlikitkul V. Bacterial contamination of fresh traumatic wounds at Trauma Center, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2014;97 Suppl 3:S20-5.
14. Boonyasiri A, Thamlikitkul V. Effectiveness of multifaceted interventions on rational use of antibiotics for patients with upper respiratory tract infections and acute diarrhea. *J Med Assoc Thai* 2014;97 Suppl 3:S13-9.
15. Vandepitte WP, Ponthong R, Srisarang S., Treatment outcomes of the uncomplicated upper respiratory tract infection and acute diarrhea in preschool children comparing those with and without antibiotic prescription. *J Med Assoc Thai* 2015;98(10):974-84.