

รายงานการวิจัย เรื่อง
โครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use

(ชื่อเดิม: โครงการการศึกษารูปแบบการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use)
(Antibiotics Smart Use ปีที่ 2)

จัดทำโดย

ภญ.ดร. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์¹

คณะผู้วิจัย

ภญ. วีรวรรณ แต่งแก้ว¹

ภก. วินิต อัครกวี¹

ภญ.ดร. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์¹

ผศ.นพ. พิสนธิ์ จงตระกูล²

รศ.ภญ.ดร. กัญญาดา อณรงค์³

ภญ.ดร. สมหญิง พุ่มทอง³

ภญ.เขมวดี ขนาบแก้ว¹

นางสาวณัชชญา นิลพานิชย์¹

¹ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

² คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ในความร่วมมือของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม โรงพยาบาลกันตัง (จังหวัดตรัง) กลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย

กันยายน 2552

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณหน่วยงานและบุคคลดังต่อไปนี้ ซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุน ความร่วมมือ และอนุเคราะห์ในแง่มุมต่างๆ ทำให้โครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้สนับสนุนทุนในการดำเนินโครงการครั้งนี้ และองค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนทุนในครั้งแรกจนสามารถดำเนินการต่อเนื่องมาเป็นโครงการในวันนี้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนการดำเนินการด้านนโยบายให้การใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็นหนึ่งในเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการด้านยา

คณะทำงานและผู้บริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง และกลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัยทั้ง 4 สาขา ที่ให้ความสำคัญและใส่ใจในการดำเนินโครงการจนบรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ ที่สำคัญยังก่อให้เกิดชุดประสบการณ์ในการขับเคลื่อนโครงการของพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะตัวซึ่งมีคุณค่าในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวงกว้าง และเป็นแนวทางให้แก่ผู้ที่สนใจนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ภญ.ดวงรัตน์ โประ และภญ.เขมวดี ขนบแก้ว ผู้ประสานงานโครงการ ที่มีการรับช่วงการประสานงานต่อในระหว่างการดำเนินโครงการได้ดี และทำให้การดำเนินโครงการเป็นไปอย่างเรียบร้อย

ท้ายที่สุด ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน และประชาชนในพื้นที่เจ้าของโครงการทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันทำให้การใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม

คณะผู้วิจัยโครงการ

30 กันยายน 2552

พื้นที่เจ้าของโครงการ

จังหวัดอุบลราชธานี	
นำโดย	
นพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย	สสจ.อุบลราชธานี
ผู้ประสานงาน	
ภญ.กาญจนา มหาพล	สสจ.อุบลราชธานี
ภญ.อาภรณ์ จตุรภัทรวงค์	รพ.วารินชำราบ
ภญ.ปาริชาติ บุตรดีมี	รพ.ม่วงสามสิบ
ทีมงาน	
นางหรรษา ชื่นชุมผล	สสจ.อุบลราชธานี
ภญ.เสาวนีย์ คุณรักษ์	สสจ.อุบลราชธานี
นพ.พิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง	รพ.ทุ่งศรีอุดม
นพ.พิสิษฐ์ เวชกามา	รพ.บุญทริก
ภญ.ศิริรัตน์ บุญจรัส	รพ.เขื่องใน
ภญ.รัญญา พิมพ์แก้ว	รพ.เดชอุดม
นายอุเทน บุญยี่ง	สสอ.เดชอุดม
ภญ.ศิริลักษณ์ นิยกิจ	รพ.50พรรษา
ภญ.พนานันท์ ศรีแสงเมือง	รพ.50พรรษา
นพ. สุธี สุดดี	รพ.วารินชำราบ
ภก.วิชโรดม ศุภลักษณ์	รพ.วารินชำราบ
นพ.สิทธิาคม ผู้สันติ	รพ.ศรีเมืองใหม่
ภก.นคร ไบศรี	รพ.ศรีเมืองใหม่
นางสุกัญญา สาระการ	รพ.ศรีเมืองใหม่
นางน้องนุช สำราญเจริญ	รพ.ศรีเมืองใหม่
ภก.ปริญญา สมจันทร์	รพ.นาจะหลวย
ภญ.นุชกานดา ศรีวงศ์	รพ.เขมราฐ
นางวิศรดา ดาวัลย์	รพ.สิรินธร
ภญ.รัตนภรณ์ ชินพันธ์	รพ.พิบูลมังสาหาร
นายสันติ ฝักทอง	สสอ.พิบูลมังสาหาร
ภก.ศรายุทธ อินทร์แก้ว	รพ.ตระการพืชผล
นายอำพล พิมพ์พรม	สสอ.ตระการพืชผล
ผศ.ดร.แสวง วัชรระชนะกิจ	คณะเภสัชศาสตร์
	ม.อุบลราชธานี
ภญ.ธีราพร ชนะกิจ	คณะเภสัชศาสตร์
	ม.อุบลราชธานี

จังหวัดอุบลราชธานี (ต่อ)	
ภก. ทวีสิทธิ์ วีระวัณชัย	ร้านคลังยา
ภก.ปัญญา เลิศฤาชาชัย	ร้านเยาวภาลัยภัณฑ์
นายอังกูร แก่นกุล	สสอ.เมือง

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	
นำโดย	
นพ.รัตนชัย จุลเนตร	สสจ.พระนครศรีอยุธยา
ผู้ประสานงาน	
ภญ.จุไรรัตน์ คงล้อมญาติ	สสจ.พระนครศรีอยุธยา
ภก.สันติ ไฉมยงค์	สสจ.พระนครศรีอยุธยา
ทีมงาน	
นพ.ปิยมัต เี่ยมโอบาส	รพ.บางไทร
นางสมจิตร เกิดทรัพย์	รพ.บางไทร
นางมะลิวัลย์ ชั่วประดิษฐ์ภัณฑ์	รพ.บางไทร
นางยุพา ฉันทะเรืองรัตน์	รพ.บางไทร
นางสุดา เจริญจันทร์	รพ.บางไทร
นางสุภัทรา คล้ายเขียว	รพ.บางไทร
น.ส.นันทพร จงกลนี้	รพ.บางไทร
ภก.พิสิษฐ์ ชุมสินเรืองชัย	รพ.บางไทร
ภญ.สุชาสินี พานทอง	รพ.บางไทร
นางสุชาดา เรืองเดช	รพ.บางไทร
น.ส.สุชาดา จังจริง	รพ.บางไทร
น.ส.พรพรหม ตริโกคา	รพ.บางไทร
ภญ.พงศิยา รัตนจรรยา	รพ.ลาดบัวหลวง
นางสายพิณ แหวนทองคำ	รพ.ลาดบัวหลวง
นางนาเรรัตน์ ขำเรืองศรี	รพ.ลาดบัวหลวง
นพ.วสันต์ ลิ้มสุริยะกานต์	รพ.ลาดบัวหลวง
นพ.วิวัฒน์ ปองเสงี่ยม	รพ.บางซ้าย
นพ.สุพัฒน์ สกุลไทย	รพ.บางซ้าย
ภญ.กัลยา สกุลไทย	รพ.บางซ้าย
ภก.สิทธิพร สุทธิวิสุข	รพ.บางซ้าย
นางเกื้อกุล มะเขือเทศ	รพ.บางซ้าย
นายกิตติชัย เศรษฐ์ ประเสริฐ	รพ.มหาสาร

พื้นที่เจ้าของโครงการ (ต่อ)

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ต่อ)

นางนภสร เครือแก้ว	รพ.มหาธาตุ
นพ.ณัฐพล สว่างสุนทรเวช	รพ.บางบาล
พญ.ภาษิตา แก้วแหวน	รพ.บางบาล
พญ.วรินทร์ ธีรญาณี	รพ.บางบาล
นางกัญญารัตน์ ธาราพุดิ	รพ.บางบาล
ภญ.กมลธนา โมพิทักษ์ภูมิ	รพ.บางบาล
นพ.ประเสริฐ ตั้งจิตธรรม	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ
นางกรรณิการ์ นิกรเพสย์	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ
นายวันชัย งามสมสุข	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ
นางเสาวนีย์ สาลีอรรณ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ
ภญ.พัชรี สัทธิธรรม	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ
นางอรรณณ ถาวรชาติ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ
น.ส.พรพรรณ เพ็งกระจ่าง	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ
ภก.ยิ่งยศ ภัทรวัฒนาภรณ์	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ
ภญ.เนภาพร เขตตราลี	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ

จังหวัดสมุทรสงคราม

นำโดย	
นพ.วิระชัย ปิตะวรรณ	สสจ.สมุทรสงคราม
ผู้ประสานงาน	
ภก.ภาณุโชติ ทองยัง	สสจ.สมุทรสงคราม
ภญ.นุชรินทร์ ไตมาชา	สสจ.สมุทรสงคราม
ทีมงาน	
นพ.เกรียงศักดิ์ เจียเจริญพงษ์	รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
นพ.เชิดศักดิ์ มาศมหิศศักดิ์	รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
ภญ.กนิษฐา พันท์ศรีนิรมล	รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
นพ.วิรัช ธีระภิญโญ	รพ.นภาลัย

จังหวัดสมุทรสงคราม (ต่อ)

นพ.เดชา มีสุข	รพ.นภาลัย
ภก.รุ่ง มาสิก	รพ.นภาลัย
นพ.วรารักษ์ หวังจิตต์เชียร	รพ.อัมพวา
นพ.สุภกิจ คุณุปการ	รพ.อัมพวา
ภญ.ศศิธร สุขไพบูลย์	รพ.อัมพวา
ภญ.มยุรี กล้าณรงค์	สสจ.สมุทรสงคราม

รพ.กัณฑ์ จังหวัดตรัง

นำโดย	
นพ.ยศกร เนตรแสงทิพย์	ผอ.รพ.กัณฑ์
ผู้ประสานงาน	
ภญ.ปิยนุช สีสุข	เภสัชกร
ทีมงาน	
พญ.สุนิตา กิจปกรณสันติ	แพทย์
นายสุทิน ลำแก้ว	งาน IT

กลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย

นำโดย	
นพ.สุรพล โล่ห์ศิริวัฒน์	ผอ.รพ.ศรีวิชัย 2
ผู้ประสานงาน	
ภญ.ประภาพรรณ เตชชนัน	รพ.ศรีวิชัย 2
ทีมงาน	
พญ.พรเพ็ญ เลิศศรีสถิต	รพ.ศรีวิชัย 1
ภญ.สุวลัย รัตนเสกสรรค์	รพ.ศรีวิชัย 1
นพ.วัชร เชื้อปากน้ำ	รพ.ศรีวิชัย 3
ภก.ชูชัย วิทยาโกศลสุนทร	รพ.ศรีวิชัย 3
ภญ.วรรณิ ศรีอุทัยวัฒนา	รพ.ศรีวิชัย 5

สารบัญ

บทที่		
	กิตติกรรมประกาศ	i
	พื้นที่เจ้าของโครงการ	ii
	สารบัญ	iv
	สารบัญตาราง	vi
	สารบัญรูป	vii
	บทสรุปผู้บริหาร	viii
1	บทนำ	1
2	ทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวความคิด	5
	2.1 ทบทวนวรรณกรรมการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาล	5
	2.2 โครงการควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของกรมควบคุมโรค (Acute Respiratory Infection Control: ARIC)	7
	2.3 บทเรียนรู้จากโครงการนำร่อง Antibiotics Smart Use (โครงการ ASU ปีที่ 1)	7
	2.4 ทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง	9
	2.5 กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการสำหรับการศึกษาเพื่อขยายโครงการ Antibiotics Smart Use สู่วิทยาลัย (โครงการ ASU ปีที่ 2)	14
3	วิธีการดำเนินการ	16
	3.1 หาผู้ร่วมทาง	17
	3.2 เตรียมการร่วมกัน	18
	3.3 พื้นที่เจ้าของโครงการ “ลงมือทำ”	19
	3.4 ส่วนกลาง “ลงมือทำ”	25
4	ผลการดำเนินการและการแปลผล	30
	4.1 ผลการจัดกิจกรรมในพื้นที่และการปรับปัจจัยแวดล้อม	30
	4.2 ผลสัมฤทธิ์ของโครงการในพื้นที่	32
	4.3 การแปลผลเชิงนโยบาย	38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
5	บทสังเคราะห์และเรียนรู้การขยายผลโครงการ	40
	5.1 จุดเด่นและปัจจัยแห่งความสำเร็จในพื้นที่เจ้าของโครงการ	40
	5.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการในภาพรวม	44
	5.3 แนวโน้มและปัจจัยสู่ความยั่งยืน	45
	5.4 ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานโดยภาพรวม	49
	5.5 ข้อเสนอแนะจากพื้นที่โดยภาพรวม	50
	5.6 ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการในอนาคต	51
	5.7 บันทึกส่งท้าย	55
	 เอกสารอ้างอิง	 58
	 ภาคผนวก 1 กิจกรรมการดำเนินโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ดูเล่มภาคผนวก 1	
	ภาคผนวก 2 รายงานการวิจัย โครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use จากพื้นที่เจ้าของโครงการ ดูเล่มภาคผนวก 2	
	ภาคผนวก 3 รายงานการวิจัย การประเมินผลโครงการการศึกษารูปแบบ การขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ดูเล่มภาคผนวก 3	

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาล	6
2	ลักษณะของพื้นที่เจ้าของโครงการ และการดำเนินโครงการในพื้นที่	20
3	การดำเนินการของฝ่ายอำนวยการ	25
4	วิธีการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์	29
5	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการนำสื่ออุปกรณ์ไปใช้ในสถานพยาบาล	31
6	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการจัดกิจกรรมและการปรับปัจจัยแวดล้อม ในสถานพยาบาลของตน	31
7	ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ในแต่ละพื้นที่และในภาพรวม	33
8	สรุปจุดเด่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะของพื้นที่เจ้าของโครงการ	41
9	การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ Antibiotics Smart Use	46

สารบัญรูปภาพ

รูปที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ Antibiotics Smart Use โดยอาศัย precede – proceed planning model	11
2	กรอบแนวคิดในการออกแบบชุดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโครงการ Antibiotics Smart Use โดยอาศัยทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพ	12
3	กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการเพื่อศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use สู่วิทยาลัย (โครงการ ASU ปีที่ 2)	15
4	ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use	16

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use (Antibiotics Smart Use ปีที่ 2 หรือ ASU II) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมและผลสัมฤทธิ์ในการขยายโครงการ ASU ผู้ความยั่งยืนในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย คือ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออก โครงการมีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 13 เดือน (กันยายน 2551 – กันยายน 2552) และมีพื้นที่เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย 3 จังหวัด และ 2 เครือข่ายของสถานพยาบาล คือ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสมุทรสงคราม เครือข่ายของโรงพยาบาลกันตัง (จังหวัดตรัง) และกลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนมี 4 สาขาใน กรุงเทพฯ และสมุทรสาคร)

ผลการศึกษารูปแบบของการดำเนินโครงการ พบว่า รูปแบบการดำเนินโครงการประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 ส่วน คือ (1) การอบรมบุคลากรทางการแพทย์ โดยในภาพรวมมีการจัดอบรมมากกว่า 197 ครั้ง ครอบคลุมบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10,000 คน และ (2) การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมใหม่ และจัดกิจกรรมกระตุ้นเตือนหลังการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติและขยายผลสู่วงกว้าง เช่น มีการเพิ่มช่องในใบสั่งยาเพื่อกระตุ้นเตือนให้ไม่สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย มีการจัดทำสื่อเพิ่มเติมเพื่อใช้อธิบายทำความเข้าใจกับคนไข้เมื่อไม่สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ หรือการเผยแพร่สู่ประชาชน โดยรูปแบบและกลวิธีในการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ สรุปได้ดังนี้

จังหวัด	ลักษณะ	รูปแบบ/กลวิธี
อุบลราชธานี	เป็นการทำโครงการในจังหวัดขนาดใหญ่ มี 25 อำเภอ	ใช้นโยบายสั่งการตามสายบังคับบัญชาและเปิดตัวโครงการอย่างเป็นทางการผ่านสื่อมวลชนเพื่อส่งสัญญาณให้รู้ว่าจังหวัดเขาจริงกับโครงการนี้ แบ่งการดำเนินการเป็น 4 โซน แต่ละโซนมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล 4 แห่งนำทีม สร้างวิทยากรในพื้นที่ จัดประกวดผลงานระดับโซน/สถานพยาบาลทำให้เกิดการแข่งขันเชิงบวก
พระนครศรีอยุธยา	เป็นการทำโครงการในจังหวัดขนาดกลาง มี 16 อำเภอ	เน้นความร่วมมือด้วยความสมัครใจใช้วิธี win-win strategy โดยเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลชุมชนสมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลนำร่องซึ่งกลุ่มนำร่องจะได้รับการอบรมทักษะการทำวิจัยเพิ่มเติมเพื่อผลิตผลงานวิจัยจากโครงการได้ (R2R)
สมุทรสงคราม	เป็นการทำโครงการในจังหวัดขนาดเล็ก มี 3 อำเภอ	เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ การบูรณาการกิจกรรมในโครงการ ASU เข้ากับงานประจำ และการสร้างวิทยากรในพื้นที่
รพ.กันตัง (ตรัง)	เป็นการทำโครงการในระดับอำเภอ มี 21 สอ. ในเครือข่าย	เน้นการทำงานร่วมระหว่างองค์กรแพทย์ คณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด (PTC) และกลุ่มงานเภสัชกรรม เป็นนโยบาย รพ. มีวิทยากรในพื้นที่ ประสานงานให้ทำงานทั้งเครือข่าย
กลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย	เป็นการทำโครงการในโรงพยาบาลเอกชน มี 4 สาขา	เน้นนโยบายของผู้นำองค์กร ติดตามโครงการอย่างจริงจัง อบรมแพทย์ให้ครอบคลุม ปรับระบบใบสั่งยาให้สะดวกเก็บข้อมูลและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามนโยบาย

การประเมินผลการดำเนินการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผลสัมฤทธิ์ของโครงการ และผลของแนวโน้มสู่ความยั่งยืน

ผลสัมฤทธิ์ของโครงการ: การประเมินผลตามตัวชี้วัด พบว่า หลังจากการดำเนินโครงการในพื้นที่ต่างๆ

- มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ (4 เดือน: ม.ค. - เม.ย. 2552 เทียบกับช่วงเดียวกันของปี 2551) ลดลง 2,181,738.75 บาท
- คนไข้ในทั้ง 3 โรคเป้าหมายที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.4 –14.6
- คนไข้ในโรคเป้าหมายที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 96–99 หายเป็นปกติหรืออาการดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 80 พึงพอใจต่อการรักษา และมากกว่าร้อยละ 90 จะกลับมารักษาที่นี้อีก
- การอบรมทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในการไม่ใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลของแนวโน้มสู่ความยั่งยืน: ผลการประเมินลักษณะการดำเนินงาน พบว่า โครงการ ASU มี 'แนวโน้ม' ที่ จะมีความยั่งยืนในพื้นที่ เนื่องจากมีคุณสมบัติทั้ง 3 ด้าน คือ

- พื้นที่ที่สามารถดำเนินโครงการแล้วเกิดผลสัมฤทธิ์อันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งการประเมินผล สัมฤทธิ์ข้างต้นแสดงยืนยันผลตามข้อนี้
- การที่พื้นที่ผนวกกิจกรรมของโครงการเข้าเป็นภารกิจหรืองานประจำของหน่วยงาน พบว่าพื้นที่ เจ้าของโครงการส่วนใหญ่มีการผนวกกิจกรรมของโครงการเข้าเป็นภารกิจหรืองานประจำของ หน่วยงาน เพราะการได้รับปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ ประกาศให้การใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็นหนึ่งในเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการด้านยา
- บุคลากรที่ร่วมโครงการหรือชุมชนในโครงการมีการพัฒนาศักยภาพของตน ซึ่งพบว่าผู้ดำเนิน โครงการ ASU มีการเรียนรู้ทั้งในด้านวิชาการทางการแพทย์หรือคลินิก ควบคู่กับการเรียนรู้ในการ บริหารโครงการกระบวนการขับเคลื่อนงาน และการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปพร้อมกัน

การแปลผลเชิงนโยบาย: จากผลการศึกษาข้างต้นสามารถตอบเป็นประเด็นคำถามเชิงนโยบายได้ ดังนี้

- **โครงการ ASU ลดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะได้มากน้อยแค่ไหน คุ่มค่าต้องงบประมาณที่ใช้ไปหรือไม่:** ในช่วง 4 เดือนหลังเริ่มโครงการ มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะลดลงประมาณ 2.2 ล้านบาทจากปีที่แล้ว (คิดเป็น 6.6 ล้านบาท/ปี) โครงการใช้งบดำเนินการใน 1 ปีรวมประมาณ 2.5 ล้านบาท ซึ่งเทียบเฉพาะ เม็ดเงินก็นับว่าคุ้มค่า ซึ่งการคำนวณนี้ยังไม่รวมผลที่ได้จากการลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึง ประสงค์ (Adverse Drug Reaction: ADR) หรือค่าใช้จ่ายในการรักษา ADR เชื้อดื้อยา ผลระยะยาว ต่อการเปลี่ยนแปลงฐานความคิดของผู้ตั้งใช้ยา การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และทรัพยากรมนุษย์
- **ADR ของกลุ่มยาปฏิชีวนะสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ โครงการ ASU ช่วยให้เกิดความเสี่ยง ของการเกิด ADR ได้อย่างไร และได้มากน้อยแค่ไหน:** ในช่วง 4 เดือนหลังเริ่มโครงการ พบว่า จำนวนคนไข้ในโรคเป้าหมายที่ได้รับยาปฏิชีวนะลดลง ข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง (20 แห่ง) ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนเริ่มโครงการ มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรค URI ที่ร้อยละ 50.4

แต่หลังทำโครงการอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรค URI ลดลงอยู่ที่ร้อยละ 37.5 (ลดลงร้อยละ 12.9) หากแปลผลเป็นจำนวนคนไข้ในช่วง 4 เดือน พบว่า มีคนไข้ URI มารับการรักษาทั้งสิ้น 52,400 คน และหากยังจ่ายยาปฏิชีวนะเหมือนเดิมก่อนเริ่มทำโครงการ จะทำให้คนไข้ 26,410 คน ได้รับยาปฏิชีวนะ แต่เนื่องจากทำโครงการ ASU จึงทำให้มีคนไข้เพียง 19,663 คนได้รับยาปฏิชีวนะ แปลว่า โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานีป้องกันคนไข้จำนวน 6,747 คนไม่ให้ได้รับอันตรายจากการได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ตัวเลข 6,747 นี้เป็นเพียงตัวอย่างใน 1 โรค ใน 1 พื้นที่ ในช่วงเวลาเพียง 4 เดือน หากคำนวณโดยคิดเป็น 1 ปี โรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานีจะช่วยป้องกันคนไข้ URI จากการได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น เป็นจำนวนถึง 20,241 คน

- **ผลการรักษาเมื่อคนไข้ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นอย่างไร มั่นใจกับผลที่ได้มากน้อยแค่ไหน:** การติดตามคนไข้โรคเป้าหมายที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะในจังหวัดสมุทรสงคราม (N = 151) และโรงพยาบาลศรีวิชัย (N = 917) พบว่า คนไข้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96 และ 99 ตามลำดับ) หายเป็นปกติหรืออาการดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 80-90 พึงพอใจต่อการรักษาที่ได้รับ และจะกลับมารักษาที่นี้อีก ข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อมูลในโครงการนำร่องที่จังหวัดสระบุรี (N = 1,200) พบว่า คนไข้โรคเป้าหมายที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.1) หายเป็นปกติหรืออาการดีขึ้น กว่าร้อยละ 90 มีความพึงพอใจกับการรักษา และจะกลับมารักษาที่สถานพยาบาลแห่งนี้อีก ข้อมูลจากการติดตามคนไข้ใน 3 แห่งนี้ซึ่งมีทั้งคนไข้ที่เป็นคนในเมืองหลวง คนชานเมือง และคนต่างจังหวัด ล้วนยืนยันผลซึ่งกันและกัน จึงสามารถสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้สั่งใช้ยาและผู้กำหนดนโยบายได้ว่าคนไข้ในโรคเป้าหมายสามารถหายได้เป็นปกติหรือมีอาการดีขึ้นแม้ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

รางวัล: ในปี 2552 โครงการ ASU ได้รับ 3 รางวัล คือ

- มีนาคม 2552: โครงการ Antibiotics Smart Use ได้รับ “รางวัลผลงานวิชาการดีเด่น” ในการประชุมวิชาการประจำปีของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2552
- กรกฎาคม 2552: โครงการ Antibiotics Smart Use ของสถานีนามัยหลังเขา จังหวัดสระบุรี ได้รับ “รางวัลยอดเยี่ยม” ในการประชุม R2R ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- กันยายน 2552: โครงการ Antibiotics Smart Use ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้รับ “รางวัลที่ 1” จากการประกวดโปสเตอร์ ในการประชุมวิชาการประจำปีของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สรุปผล: พื้นที่เจ้าของโครงการแต่ละแห่งสามารถออกแบบกลยุทธ์ในการดำเนินโครงการ ASU ในพื้นที่ของตนได้อย่างเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ อย่างไรก็ตาม การจะทำให้กิจกรรมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโครงการเช่นนี้มีความยั่งยืนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนนโยบายจากส่วนกลาง และมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดแรงกดดันและทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ง่ายขึ้น ดังนั้น การดำเนินโครงการในปีถัดไปจะเน้น 3 ด้าน คือ การขับเคลื่อนให้สิ้นนโยบายจากส่วนกลางเพื่อรองรับการทำงานการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายให้เข้มแข็งเพื่อให้สามารถกระจายและถ่ายทอดหรือเป็นพี่เลี้ยงให้แก่จังหวัดอื่น และการรณรงค์ความรู้ในภาคประชาชน

บทที่ 1

บทนำ

จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลกพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้จ่ายยาเป็นไปอย่างสูญเปล่าไม่สมเหตุผลส่งผลต่อคนไข้ทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษา รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น¹ ปัญหาการใช้จ่ายยาอย่างไม่สมเหตุผลจำนวนมากเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนและเป็นปัญหาของประเทศไทยมานานหลายทศวรรษ²

งานวิจัยหลายชิ้นชี้ชัดว่าประเทศไทยมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลทั้งในกลุ่มประชาชน³ และบุคลากรทางการแพทย์⁴ การสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนทั้งที่ไม่มีอาการ เช่น ใช้ยาปฏิชีวนะในรักษาโรคหวัดและไข้หวัด (ซึ่งเป็นการติดเชื้อไวรัส) ในต่างจังหวัดพบประมาณร้อยละ 40-60 ส่วนในกรุงเทพมหานครพบใช้ร้อยละ 70-80 สาเหตุหลักของการใช้อย่างไม่สมเหตุผลมีหลากหลาย เช่น เป็นการใช้จ่ายตามตามกันมาโดยขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ⁵ ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ก็มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลเช่นกัน แม้แต่ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ยังพบการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในสูงถึงร้อยละ 25-91^{4, 6, 7}

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อโดยไม่จำเป็นนี้ส่งผลให้มูลค่าการผลิตและนำเข้ากลุ่มยาฆ่าเชื้อ (รวมถึงยาปฏิชีวนะ) สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา และในปี 2550 มีมูลค่ารวมประมาณ 2 หมื่นล้านบาท หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของมูลค่ายาทั้งหมดของประเทศ⁸

การศึกษาทั้งในและต่างประเทศยืนยันตรงกันว่ายิ่งมีการใช้ยาปฏิชีวนะมากอัตราการดื้อยาของเชื้อยิ่งมากขึ้นด้วย^{9, 10} ในเดือนเมษายน 2552 ที่ผ่านมากรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้แถลงชัดเจนสู่สาธารณะว่า สถานการณ์เชื้อดื้อยาในประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤต อัตราการของเชื้อดื้อยาเกิดขึ้นสูงมากถึงร้อยละ 25-50 มีการเพิ่มขึ้นของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาเกือบทุกชนิดพร้อมกัน โรคติดเชื้อที่รักษาไม่ได้เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ยาปฏิชีวนะที่เคยใช้ได้ผลกลับใช้ไม่ได้ผลในปัจจุบัน¹¹ ขณะที่ความต้องการยาปฏิชีวนะชนิดใหม่เพื่อต่อสู้กับเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น แต่แรงจูงใจและแนวโน้มในการค้นคิดยาปฏิชีวนะชนิดใหม่กลับลดลง^{12, 13} เนื่องจากไม่มีความคุ้มค่าในการลงทุนเพื่อวิจัยและพัฒนา ยาปฏิชีวนะใหม่ เพราะประสิทธิภาพของยาจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไปจากปัญหาเชื้อดื้อยา จึงทำการตลาดได้ไม่นาน ไม่เหมือนกับยารักษาโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น ยารักษาโรคความดัน หรือเบาหวาน

นอกจากนี้ รายงานอาการไม่พึงประสงค์ประจำปี 2549 ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่ายาปฏิชีวนะเป็นกลุ่มยาที่มีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์สูงสุดเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ คิดเป็นประมาณร้อยละ 54 ของอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากยาทุกชนิดรวมกัน¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากโรงพยาบาลหลายแห่ง^{15, 16} และสอดคล้องกับข้อมูลจากกองควบคุมยาที่ว่ายาในกลุ่มนี้มี

การใช้มากที่สุดด้วยเช่นกัน⁸ นอกจากนี้ ภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตจากการใช้ยาปฏิชีวนะพบบ่อยครั้ง ซึ่งเป็นที่น่าเสียดาย เพราะอาการไม่พึงประสงค์หรือแพ้ยาจำนวนมากที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ป้องกันได้¹⁵

การใช้ยาปฏิชีวนะที่พำเพ็ญนอกจากทำอันตรายต่อตนเองแล้ว ยังทำให้คนรอบข้างและสังคมตกอยู่ในอันตรายและเสี่ยงจากการติดเชื้อดื้อยา¹¹ เพิ่มภาระแก่ผู้ดูแลเมื่อต้องนอนโรงพยาบาลหรือรักษาตัวนานขึ้น^{11, 17} และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาให้แก่คนไข้ สถานพยาบาล และประเทศชาติ¹⁷

ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพำเพ็ญโดยไม่จำเป็นหรือใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลนั้นเป็นปัญหาเชิงระบบของประเทศ ในอดีตมีการแก้ปัญหาโดยการจัดทำเป็นยุทธศาสตร์หรือนโยบายด้านยาปฏิชีวนะของประเทศ แต่ยุทธศาสตร์หรือนโยบายดังกล่าวไม่ได้ถูกนำไปใช้ สาเหตุประการหนึ่งอาจเนื่องจากขาดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมและจริงจัง

นอกจากนี้ ระบบการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศไทยเอื้ออำนวยให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไป¹⁸ เช่น

- การที่มียาปฏิชีวนะจำหน่ายหรือกระจายอยู่ทั้งในโรงพยาบาล คลินิก และร้านขายยาโดยไม่มีมาตรการควบคุมชนิดของยาและการใช้ที่เหมาะสม²
- การที่ระบบใบสั่งยาและการจ่ายยาไม่แยกจากกันทำให้มีแนวโน้มในการสั่งใช้ยามากเกินไปหรือข้ามขั้นตอน¹⁸
- การที่สถานพยาบาลต่างๆ มีการแข่งขันเชิงธุรกิจและต้องการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของคนไข้ผู้ให้บริการ
- การที่ไม่มีมาตรการที่เข้มงวดหรือมาตรการต่างหากในการควบคุมการส่งเสริมการขายยาปฏิชีวนะต่างๆ ที่เป็นกลุ่มยาที่ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งเป็ภัยคุกคามต่อสังคม (ซึ่งไม่เกิดขึ้นกับยากุ่มอื่นๆ)
- การที่ประชาชนมีค่านิยมในการพึ่งพาเป็นด่านแรกของความเจ็บป่วย จนเกิดเป็นความเคยชินในการซื้อยา (ปฏิชีวนะ) รักษาตนเอง การแบ่งปันยาระหว่างกัน หรือการกินยาไม่ครบระยะเวลาตามที่กำหนด^{3, 5}
- ระบบการศึกษาทั้งของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนที่ไม่ได้เน้นเรื่องของการรับผิดชอบต่อสังคมและเชื่อมโยงให้เกิดความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมในการใช้ยาปฏิชีวนะ

ด้วยปัญหาเชิงระบบที่สั่งสมมาเป็นระยะเวลายาวนาน การจะแก้ปัญหาในเชิงระบบใหญ่โดยไม่มีทรัพยากรกำลังคนหรือแนวร่วมที่เข้มแข็งพอ หรือไม่มีชุดประสบการณ์ร่วมกันระหว่างส่วนกลาง (ผู้ออกนโยบาย) และพื้นที่ (ผู้ใช้นโยบาย) ที่มากพอทำให้การแก้ปัญหายาปฏิชีวนะเป็นไปได้ยากหรืออาจเป็นไปได้เลย

ด้วยความตระหนักถึงปัญหาและบริบททั้งหมดเหล่านี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้เริ่มทำการแก้ไขปัญหายาปฏิชีวนะอย่างเป็นรูปธรรม โดยเริ่มทำเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ที่มีการนำความรู้ด้านงานวิจัยเชิงเภสัชสังคมศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์มาผนวกเข้ากับความรู้ด้านเภสัชกรรมคลินิก

และการแพทย์ ภายใต้ชื่อโครงการการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use: ASU) โดยได้รับเงินสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก และจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการสร้างต้นแบบ (model) ของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับจังหวัด (ซึ่งมีสระบุรีเป็นจังหวัดนำร่อง) โดยมีเป้าหมายหลัก คือ ลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย (ซึ่งเป็นโรคที่หายได้เองและไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ) คือ โรคของระบบทางเดินหายใจส่วนบน (เช่น หวัด-เจ็บคอ) โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลสะเก็ด ในโรงพยาบาลชุมชนและสถานเอนามัย โดยใช้กลยุทธ์ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการประเมินผลโครงการควบคู่กันไป¹⁹

การดำเนินโครงการนำร่องประสบผลสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เช่น ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง ความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มมากขึ้น และคนไข้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะมีความพึงพอใจต่อผลการรักษา (รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการนำร่องศึกษาได้จากรายงานการประเมินผลโครงการนำร่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use ในจังหวัดสระบุรี²⁰) นอกจากนี้ การดำเนินโครงการ ASU ปีที่ 1 นี้ได้สร้างชุดประสบการณ์หรือบทเรียนรู้ในเรื่องของการแก้ไขปัญหายาปฏิชีวนะให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการและผู้ดำเนินโครงการ

ความสำเร็จจากโครงการนำร่อง ASU (โครงการ ASU ปีที่ 1: สิงหาคม 2550 – สิงหาคม 2551) นำไปสู่โครงการ ASU ปีที่ 2 (กันยายน 2551 – กันยายน 2552) ภายใต้ชื่อโครงการการศึกษารูปแบบการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use (ซึ่งต่อมาถูกเปลี่ยนชื่อเป็น “โครงการการศึกษารูปแบบการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use” เพื่อให้สอดคล้องตามมติของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์) โดยได้รับการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)¹⁹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการขยายผลในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งไม่เพียงแต่จะได้ประโยชน์โดยตรง คือ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์หรือประชาชนที่เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และลดปัญหาเชื้อดื้อยาเป็นวงกว้างขึ้น แต่ยังเป็นการสร้างแนวร่วมหรือภาคีเครือข่ายที่เข้าใจและรู้สึกถึงปัญหาร่วมกันมีความเข้มแข็งมากขึ้น และมีการต่อยอดชุดประสบการณ์หรือบทเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

เป้าหมาย

เพื่อศึกษาผลและวิธีการการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use อย่างยั่งยืน ในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย คือ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลสะเก็ด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินโครงการในพื้นที่ บัณฑิตสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และสังเคราะห์เป็นบทเรียนรู้

2. เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการ ตามตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัด 1 ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาล

ตัวชี้วัด 2 กระบวนการดำเนินโครงการ ซึ่งมี 2 ตัวชี้วัดย่อย คือ

ตัวชี้วัด 2.1 การจัดกิจกรรมการรณรงค์

ตัวชี้วัด 2.2 ผลการอบรมต่อความรู้ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อมั่นต่อการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ
ของบุคลากรทางการแพทย์

ตัวชี้วัด 3 สุขภาพและความพึงพอใจของคนไข้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

ตัวชี้วัด 4 ร้อยละของคนไข้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย

ทั้งนี้โครงการกำหนดให้ตัวชี้วัดที่ 1 และ 2 เป็นตัวชี้วัดจำเป็น (Vital indicators) ที่ผู้เข้าร่วมโครงการฯ (พื้นที่เจ้าของโครงการ) ต้องส่งให้กับส่วนกลาง ส่วนตัวชี้วัดที่ 3 และ 4 เป็นตัวชี้วัดทางเลือกหรือตัวชี้วัดเสริม (Optional indicators) สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องการข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวความคิด

บทนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการใช้จ่ายปฏิชีวนะในประเทศไทย และทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนากรอบแนวคิดของโครงการศึกษานี้ เนื้อหาประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

1. ทบทวนวรรณกรรมการควบคุมการใช้จ่ายปฏิชีวนะในสถานพยาบาล
2. โครงการควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของกรมควบคุมโรค (Acute Respiratory Infection Control: ARIC)
3. บทเรียนจากโครงการนำร่อง Antibiotics Smart Use (โครงการ ASU ปีที่ 1)
4. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการสำหรับการศึกษาเพื่อขยายโครงการ Antibiotics Smart Use สู่วิทยาลัย (โครงการ ASU ปีที่ 2)

2.1 ทบทวนวรรณกรรมการควบคุมการใช้จ่ายปฏิชีวนะในสถานพยาบาล

การควบคุมการใช้จ่ายปฏิชีวนะโดยมากมักดำเนินการโดยสถานพยาบาลที่ตระหนักถึงปัญหาความรุนแรง และต้องการแก้ปัญหาที่ตรงจุด โดยทั่วไปมักใช้ 2 มาตรการหลัก คือ การจำกัดการใช้จ่ายปฏิชีวนะให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ และการดำเนินงานด้านควบคุมการติดเชื้ออย่างเข้มงวด¹⁸ ส่วนมากมักดำเนินการโดยสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ^{4, 6, 7, 21-25} เน้นที่ยาปฏิชีวนะชนิดใหม่หรือราคาแพง^{21, 22} มาตรการที่ใช้ เช่น การอบรมหรือให้ความรู้^{6, 22, 24} การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา²⁶ การให้ข้อมูลเพื่อ feedback การสั่งจ่าย²⁴ การจัดทำ Antibiotic order form เพื่อควบคุมการสั่งจ่าย²¹⁻²³ การจัดทำ restricted antibiotics formularies²² บางส่วนที่ใช้มาตรการหลายด้านพร้อมกัน^{6, 24} ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่พบว่ามาตรการที่ใช้ได้ผลทำให้มีการสั่งจ่ายปฏิชีวนะน้อยลง (ดูข้อมูลเพิ่มเติมใน ตารางที่ 1)

งานวิจัยในโรงพยาบาลศิริราชของ Thamlikitkul et al.²⁶ ในการควบคุมการสั่งจ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Tract Infection: URI) โดยให้ผู้สั่งจ่ายปฏิบัติตามแนวทางการรักษาสำหรับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน สามารถลดการใช้จ่ายปฏิชีวนะได้ถึงร้อยละ 29.9 (จากเดิมร้อยละ 74 เป็น 44.1; $p < 0.001$) โดยใบสั่งยา amoxicillin, roxithromycin, co-trimoxazole และ doxycycline ลดลง ขณะที่ใบสั่งยา penicillin V มีจำนวนเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) ซึ่งผลที่ได้นี้สอดคล้องกับผลของโครงการ ASU ปีที่ 1 (นำร่องที่จังหวัดสระบุรี) ซึ่งพบว่า หลังจากดำเนินการ ซึ่งผู้สั่งใช้ในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยปฏิบัติตามหนังสือแนวทางการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล²⁷ ผลการศึกษา พบว่าร้อยละของคนไข้ที่ป่วยด้วยโรค URI ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.8 (จากเดิมร้อยละ 44.7 เป็น 75.5; $p < 0.001$)²⁰

ตารางที่ 1 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาล

Reference	Intervention	Pre-Post intervention Antibiotic prescription rates	Pre-Post intervention Inappropriate antibiotic use
Sirinavin et al., 1998 at Ramathibodi hospital ²¹	Using an antimicrobial order form to assist rational usage of expensive antimicrobial agents: imipenem, vancomycin, injectable ciprofloxacin (in 1992), netilmicin and ceftazidime (1995)	The adjusted expenditures per year of the first 3 restricted antibiotics were 1.41-1.87 million baht less (22-29%) in 1992-1994 than the pre-intervention year	NA
Thamlikitkul et al., 1998 at Siriraj hospital ²⁴	Educational comprising information feedback and providing guidelines	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalence of antibiotic use and the cost of antibiotics during post-intervention period was significantly decreased by 20 % - The use of antibiotic prophylaxis for obstetrics and patients undergoing cataract surgery decreased significantly - There was a shift from 2nd or 3rd generation cephalosporins to ceftazidime - Mortality, median length of hospital stay, and nosocomial infection rate among the patients who received antibiotics during the post-intervention period were not significantly different. 	<ul style="list-style-type: none"> - The duration of perioperative antibiotic prophylaxis was reduced to < 2 days - There was a shift from netilmicin or amikacin to gentamicin for the treatment of community acquired infection
Ayuthya et al., 2003 at Ramathibodi hospital ²²	Use of an antibiotic order form (AOF), restricted antibiotic formularies and provision of education.		<ul style="list-style-type: none"> - No data of pre-intervention - Post-intervention inappropriate antibiotic use was 26%
Thamlikitkul et al., 2004 at Siriraj hospital ²⁶	Implementing clinical practice guidelines (CPG) on adults with upper respiratory infection (URI)	<ul style="list-style-type: none"> - Antibiotic use fell from 74.0% to 44.1% ($P<0.001$) - Fewer prescriptions for amoxicillin, roxithromycin, co-trimoxazole and doxycycline, and more for penicillin V ($P<0.05$) 	
Apisarntharak et al., 2006 at Thammasart university hospital ⁶	Education and an antibiotic-control program on inpatient antibiotic prescriptions	<ul style="list-style-type: none"> - 24% reduction in the rate of antibiotic prescription (640 vs. 400 prescriptions/1000 admissions; $P<0.001$) - Reduction in prescription for 3rd generation cephalosporins and more for ceftazidime and fluorquinolones 	Incidence of inappropriate antibiotic use was significantly reduced (42% vs. 20%; $P<0.001$)

คัดมาจาก: Watcharee Chokejindachai. *Current situation of the Antimicrobial resistance in Thailand: a review*. Health System Research Institute. 2007.

2.2 โครงการควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของกรมควบคุมโรค (Acute Respiratory Infection Control: ARIC)

ประเด็นเรื่องของการใช้ยาปฏิชีวนะได้เป็นส่วนหนึ่งในงานควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute Respiratory Infection Control: ARIC) ซึ่งดำเนินการโดยกรมควบคุมโรคตั้งแต่ปี 2530 เป็นต้นมา จุดเริ่มต้นของงาน ARIC มาจากนโยบายขององค์การอนามัยโลกเรื่องการควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่ส่งผ่านประเทศสมาชิกต่างๆ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รับนโยบายดังกล่าวมาเป็นนโยบายของประเทศโดยมีกรมควบคุมโรคเป็นผู้รับผิดชอบ งาน ARIC เน้นการป้องกันและความคุ้มครองโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวสูง และมีการใช้ “ร้อยละของคนไข้โรคหวัดได้รับยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น” เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายของงาน การดำเนินงาน ARIC เป็นลักษณะของ Top-down policy ผ่านสายงานบังคับบัญชาจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานและกระจายสู่ชุมชน โดยใช้โครงสร้างขององค์กรที่มีอยู่แล้ว (เช่น สำนักงานควบคุมโรคติดต่อระดับเขต 12 เขต) ในการขับเคลื่อนงาน การดำเนินการใช้งบประมาณของรัฐตั้งแต่ปี 2530 การดำเนินการมี 4 ระยะ สรุปได้ดังนี้

- ระยะที่ 1 (พ.ศ.2532 – 2536): งาน ARIC สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศได้ภายใน 5 ปี โดยเริ่มในจังหวัดแม่ข่าย 19 จังหวัด ๗ ละ อำเภอ จนสามารถขยายงานได้ทั่วประเทศได้ในปี 2536
- ระยะที่ 2 (พ.ศ.2537 – 2542) กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อเป็นผู้บริหารจัดการงาน ARIC และได้มีการให้จังหวัดทุกจังหวัดได้ผนวกงาน ARIC เข้ากับงานของตนเอง และในแต่ละจังหวัดมีผู้รับผิดชอบงาน ARIC ที่ทำงานประสานงานร่วมกับสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต และกรมควบคุมโรคในส่วนกลาง พร้อมขยายงานลงสู่คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
- ระยะที่ 3 (พ.ศ.2543 – 2545) ขยายงานสู่ตำบลและชุมชนซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยทางส่วนกลาง (กองวัณโรค) สนับสนุนงบประมาณ สื่อ และการติดตามประเมินผล และทำการศึกษาวิจัย
- ระยะที่ 4 (พ.ศ.2546 - ปัจจุบัน) กลุ่มงาน ARIC ย้ายมาสังกัดกับสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค โดยทำงานเชิงสนับสนุน การจัดเวทีแลกเปลี่ยน และนิเทศติดตามการดำเนินงาน

2.3 บทเรียนรู้จากโครงการนำร่อง Antibiotics Smart Use (โครงการ ASU ปีที่ 1)

โครงการ ASU เหมือนกับโครงการ ARIC ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มจากส่วนกลาง และดำเนินงานในระบบเครือข่าย แต่แตกต่างกันที่ปรัชญาในการดำเนินงาน โดยโครงการ ARIC เป็นเรื่องของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Policy to practice) ส่วนโครงการ ASU เป็นการดำเนินงานเชิงรุกจากระดับปฏิบัติผ่านกระบวนการวิจัยเพื่อผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายของประเทศ (Routine to Research to Policy: R2R2P)

โครงการ ASU ปีที่ 1 ที่นำร่องในจังหวัดสระบุรี หรือเรียกว่า “สระบุรีโมเดล” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสร้างต้นแบบของการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย คือ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออก โดยอาศัยสมมุติฐาน คือ

1. การเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องมีความเฉพาะเจาะจงว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมใด ในคนกลุ่มใด
2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องกระทำในระดับจังหวัด นั่นคือในสำหรับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งและสถานีอนามัยในสังกัดทุกแห่ง เพื่อป้องกันการถดถอยของวิธีการศึกษา เพื่อเสริมพลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกันและกัน และเพื่อป้องกันประชาชนแสวงหายาปฏิชีวนะจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยใกล้เคียง
3. เมื่อการเปลี่ยนแปลงกระทำทั้งจังหวัด ดังนั้นวิธีการจึงต้องใช้การส่งผ่านสายบังคับบัญชาหรือมอบหมายงานจากผู้บังคับบัญชาสู่ผู้ปฏิบัติงาน ควบคู่กับวิธีการให้ความรู้และปรับฐานความคิดที่ผ่านกระบวนการโดยสมัครใจ

จุดแข็งของโครงการ ASU ปีที่ 1 (สระบุรีโมเดล) ที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ คือ

1. ภาวะผู้นำของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่สนับสนุนโครงการอย่างเข้มแข็ง
2. ความตั้งใจจริงของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าสถานีอนามัยบางแห่ง) ที่เห็นถึงความสำคัญของปัญหา และมีใจที่จะร่วมกันแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม
3. ศักยภาพและความพยายามของทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากส่วนกลางที่เข้มแข็งที่ติดตามแก้ปัญหา และวางแผนในการขับเคลื่อนโครงการในบรรลุผลที่วางไว้

ข้อจำกัดหรือสิ่งท้าทายของ “สระบุรีโมเดล” คือ

1. ความไม่ยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อส่วนกลางยุติการดำเนินการในพื้นที่ เนื่องจากการทำงานที่ไม่สามารถสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรด้วยปัจจัยหลายประการ ทำให้การดำเนินงานของส่วนกลางเป็นเชิงรุกส่วนในระดับพื้นที่จะหนักไปทางเชิงรับ ดังนั้น ผู้ร่วมโครงการในพื้นที่อาจไม่รู้ลึกถึงการมีส่วนร่วมหรือรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของโครงการอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม มีสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งที่ยังคงสานต่อโครงการในชุมชนของตน เช่น โรงพยาบาลดอนพุด และสถานีอนามัยหลังเขา เป็นต้น
2. การที่โครงการ ASU นี้เป็นโครงการวิจัยที่มีแผนดำเนินการเพียง 1 ปี และในขณะที่ดำเนินโครงการนำร่องนี้ ไม่มีใครสามารถยืนยันทิศทางในอนาคตของโครงการต่อไปได้ เพราะต้องขึ้นอยู่กับผลการดำเนินโครงการในปีแรกนี้ว่าจะสัมฤทธิ์ผลและคุ้มค่าในการขยายผลต่อหรือไม่ ในสถานะเช่นนี้ อาจทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการในพื้นที่ไม่มั่นใจว่าควรทุ่มเทให้กับการดำเนินโครงการมากน้อยแค่ไหน กรอบกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของพื้นที่ ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการในพื้นที่คิดว่าโครงการ ASU คงเหมือนโครงการอื่นๆ ที่มาจากส่วนกลางที่มักเป็นโครงการระยะสั้นที่ผ่านมาแล้วผ่านไป

2.4 ทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินโครงการ ASU ปีที่ 1 เป็นการนำร่องเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโครงการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ยาปฏิชีวนะ ใช้ Precede-proceed planning model²⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการดำเนินงานในการ

สำหรับการดำเนินโครงการ ASU ในปีที่ 2 เป็นการศึกษาผลและรูปแบบการขยายโครงการที่เหมาะสม จึงได้นำ Precede-proceed planning model ผสมเข้ากับแนวคิดเรื่อง Health program sustainability ที่เสนอโดย Shediac-Rizkallah และ Bone²⁹ ดังนั้น โครงการ ASU ในปีที่ 2 จึงมีทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กรอบแนวความคิดในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ Precede-proceed planning model²⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ Theory of Planned Behavior, Social Cognitive Theory และ Health Belief Model³⁰ ในการออกแบบชุดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Interventions targeted behavioral change)
2. กรอบแนวความคิดในการวางแผนการขยายโครงการ ใช้แนวคิดเรื่อง Project sustainability (ความยั่งยืนของโครงการ)²⁹ และเครือข่าย (Network) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการขยายโครงการสู่ความยั่งยืน

2.4.1 กรอบแนวคิดในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Conceptual framework for changing prescribing behavior)

- (1) กรอบแนวคิดในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ (Conceptual framework for program planning and evaluation)

โครงการ ASU ได้ประยุกต์ใช้ Precede-proceed planning model ที่เสนอโดย Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนงานและการติดตามประเมินผล เนื่องจากเป็นโมเดลที่มีความละเอียดและความกว้างสูง

Precede-proceed planning model มีการดำเนินการประกอบด้วย 9 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 – 5 เป็นขั้นตอนของ precede model ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการในการค้นหาปัจจัยหรือสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพ พร้อมทั้งออกแบบและวางแผนเกี่ยวกับมาตรการในการแก้ปัญหา ส่วนขั้นตอนที่ 6 – 9 เป็นขั้นตอนของ proceed model ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการลงมือปฏิบัติตามมาตรการ การประเมินผลเชิงกระบวนการ เชิงผลกระทบต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม และเชิงผลลัพธ์ต่อสุขภาพ แต่ละขั้นตอนสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม: เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและชุมชน ในบริบทของโครงการนี้ คือ ปัญหาการแพ้ยาและเชื้อดื้อยาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและชุมชนเป็นวงกว้างอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางวิทยาการระบาด: เป็นการวิเคราะห์เพื่อช่วยในการค้นหาปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ ในบริบทของโครงการนี้ คือ การวิเคราะห์ขนาดและความรุนแรงของปัญหาเชื้อดื้อยา และสุขภาพของประชาชนที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น ผลการรักษา การแพ้ยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม: เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ (ของที่ระบุในขั้นที่ 2) กับปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ในบริบทของโครงการนี้ คือ พฤติกรรมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของบุคลากรทางการแพทย์และปัจจัยแวดล้อมในสถานพยาบาล (เช่น ความทันสมัย และความเพียงพอของเครื่องมือทางการแพทย์) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนหรือคนไข้ที่มารับการรักษา

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม: เป็นการค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (ของที่ระบุในขั้นที่ 3) สาเหตุหรือปัจจัยนี้แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

- ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลให้ทำหรือไม่ทำพฤติกรรม เช่น ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น
- ปัจจัยเอื้อ (enabling Factors) เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยในการทำให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมนั้นๆ เช่น ทักษะการวินิจฉัยโรค อุปกรณ์ทางการแพทย์ รายการยาที่มีใช้ในสถานพยาบาล เป็นต้น
- ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยกระตุ้นหรือจูงใจในการทำให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมนั้นๆ เช่น การได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน แรงกดดันจากคนไข้ในการเรียกหา

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล ล้วนเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ประเภทนี้ ดังนั้นในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องใดก็ตาม จะต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวร่วมกันเสมอ ไม่ใช่คำนึงถึงเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ทางการบริหาร: เป็นการวิเคราะห์ความเพียงพอและศักยภาพองค์กรด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนออกแบบมาตรการหรือวิธีการเพื่อแก้ไขปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (ของที่ระบุในขั้นที่ 4)

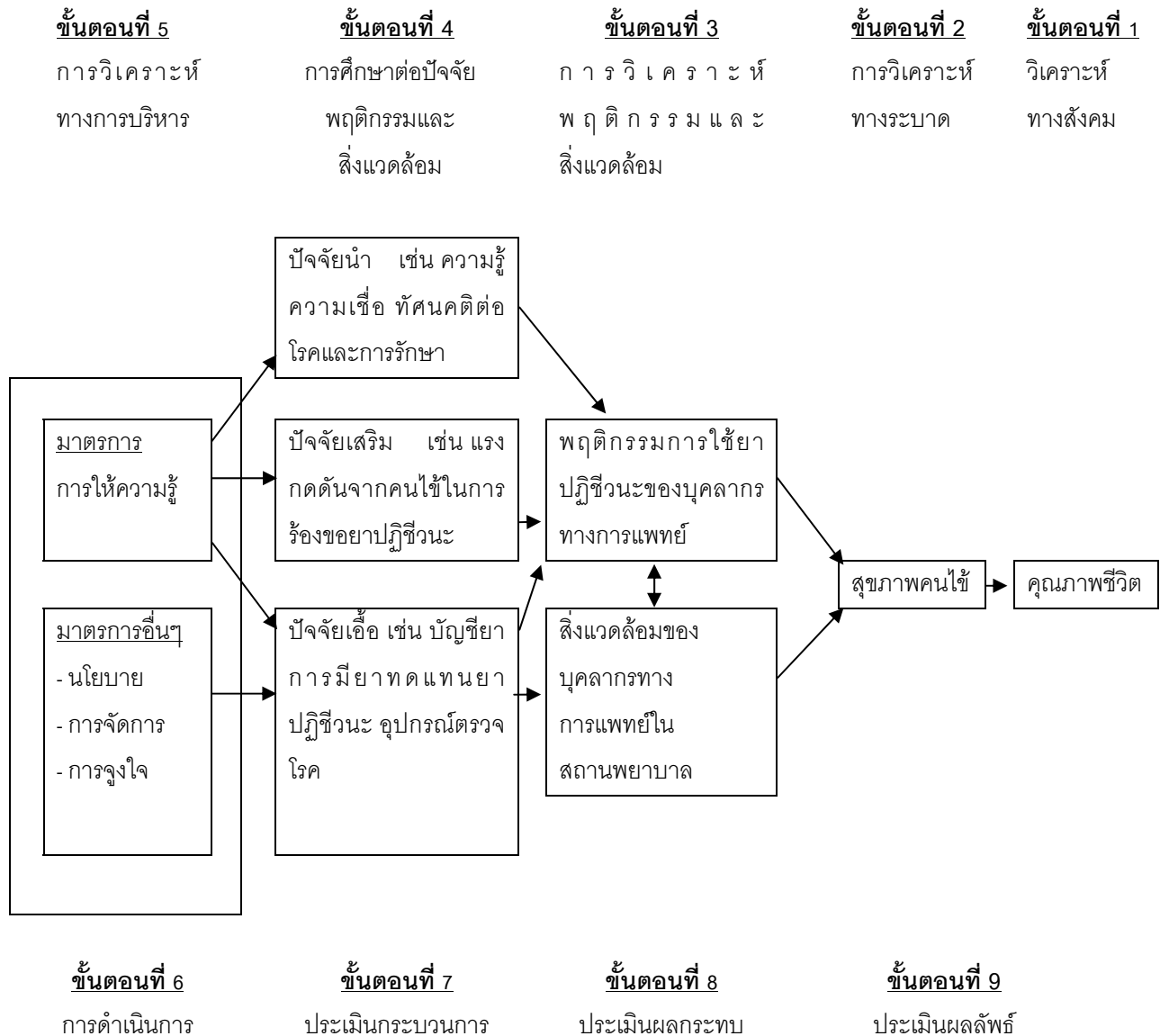
ขั้นตอนที่ 6 การดำเนินการ: เป็นการปฏิบัติตามมาตรการหรือวิธีการที่วางไว้ในขั้นที่ 5 เพื่อแก้ไขปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมนั้น

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process Evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการเกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผนที่วางเอาไว้ว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด และเพื่อหาข้อผิดพลาดและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลกระทบต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Impact Evaluation) เป็นการประเมินถึงประสิทธิผลและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ปัจจุบัน และปัจจุบันเสริม

ขั้นตอนที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation) เป็นการประเมินถึงผลที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายของโครงการ

กรอบแนวคิดในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ ASU แสดงในรูปที่ 1

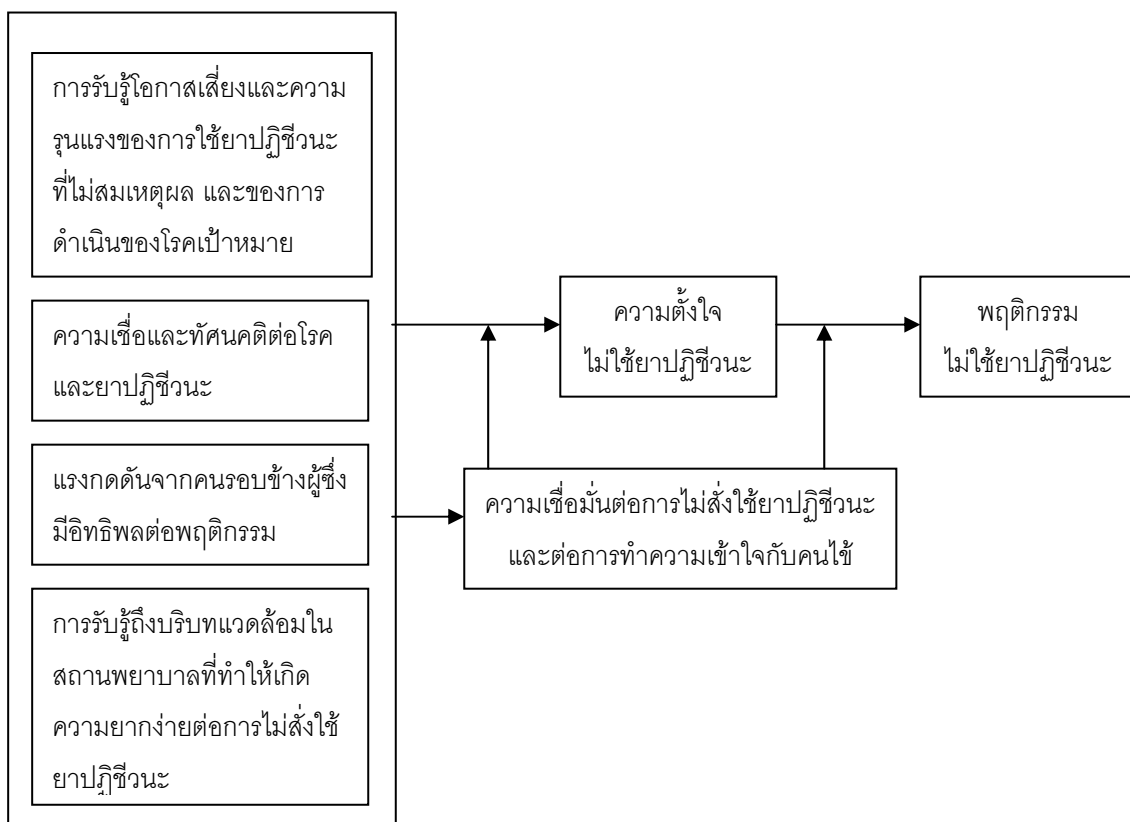


รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ Antibiotics Smart Use โดยอาศัย precede-proceed planning model

(2) กรอบแนวคิดในการออกแบบชุดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Conceptual framework for interventions targeted behavioral change): โครงการได้คัดเลือก constructs จากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ 3 ทฤษฎีมาใช้ ดังนี้

- Theory of Planned Behavior ได้คัดเลือกเอา ความเชื่อและทัศนคติต่อโรคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ความตั้งใจไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ แรงกดดันจากคนรอบข้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และบริบทในสถานพยาบาลที่ทำให้เกิดความยากง่ายต่อการไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ มาใช้
- Social Cognitive Theory ได้คัดเลือกเอา self-efficacy มาใช้ นั่นคือ ความเชื่อมั่นต่อการไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ และต่อการทำความเข้าใจกับคนไข้
- Health Belief Model ได้คัดเลือกเอา การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง และการดำเนินของโรคสำหรับโรคเป้าหมาย มาใช้

รูปแบบของความสัมพันธ์ของแต่ละ Construct แสดงในรูปที่ 2 อธิบายโดยย่อได้ดังนี้ พฤติกรรมไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยที่ผสมผสานระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติต่อโรคและการใช้ยาปฏิชีวนะ แรงกดดันจากคนรอบข้าง บริบทแวดล้อมในสถานพยาบาล และการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการดำเนินของโรคเป้าหมาย โดยมีปัจจัยด้านความเชื่อมั่นต่อการไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะและต่อการทำความเข้าใจกับคนไข้ เป็น moderating factor ของความตั้งใจและพฤติกรรมดังกล่าว



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดในการออกแบบชุดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโครงการ Antibiotics Smart Use โดยอาศัยทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพ

2.4.2 กรอบแนวคิดในการวางแผนการขยายโครงการด้านสุขภาพสู่ความยั่งยืน (Conceptual framework for health program sustainability)

การศึกษาปัจจัยและรูปแบบการขยายผลโครงการได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่อง Community-based health program sustainability ที่เสนอโดย Shediac-Rizkallah และ Bone²⁹ เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาคั้งนี้ โดยเสนอว่าโครงการที่ยั่งยืนมีต้องลักษณะ 3 ประการ คือ

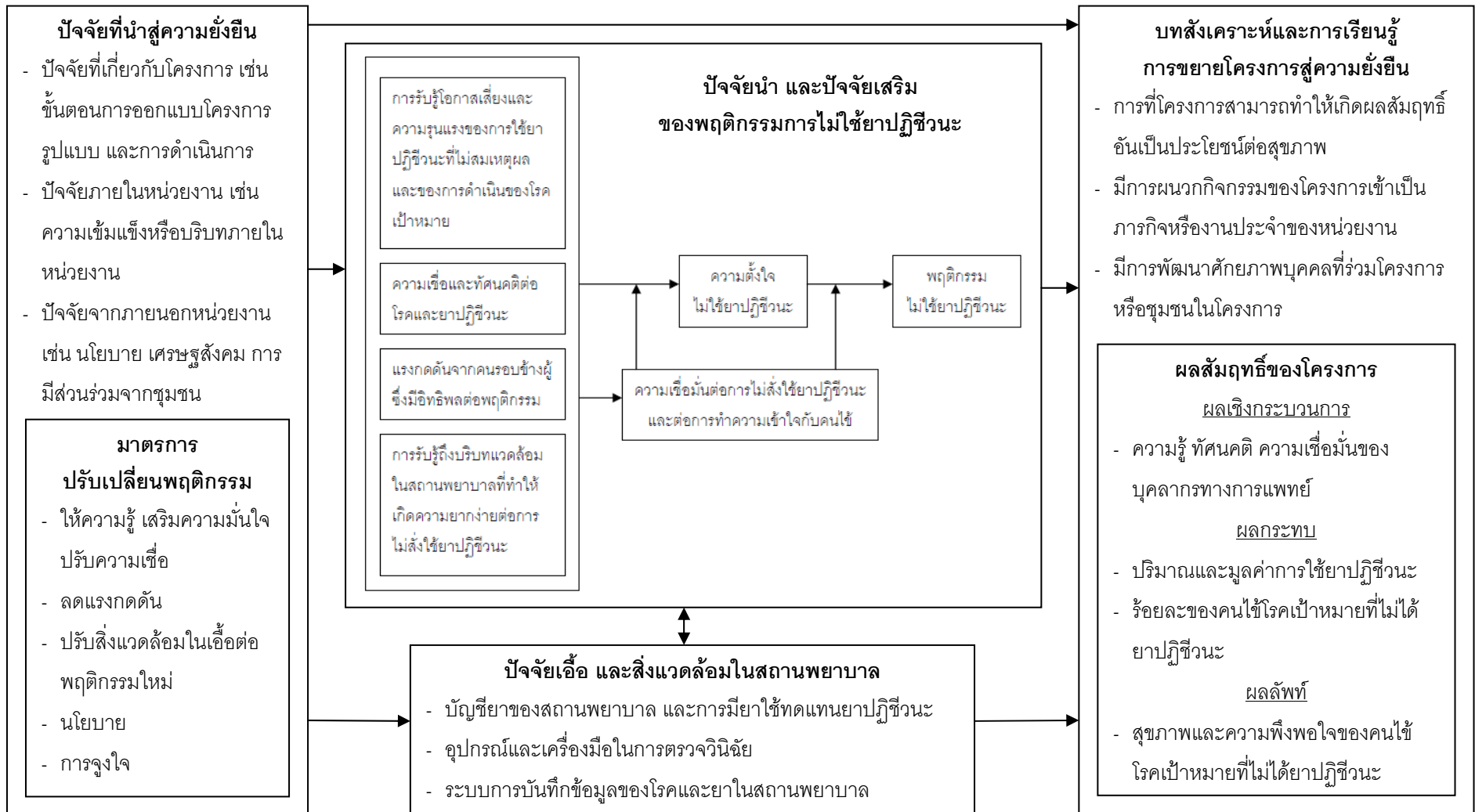
1. เน้นที่ผลสัมฤทธิ์ของโครงการ คือ การที่โครงการสามารถทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์อื่นเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Maintenance of health benefits from a program) เนื่องจากพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นยังไม่ถาวรมีโอกาสที่จะล้มเหลวและกลับมาทำพฤติกรรมเดิมๆ จำเป็นต้องมีการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมใหม่ มีการถ่ายทอดแนวคิดของพฤติกรรมใหม่สู่เจ้าหน้าที่ใหม่ที่เข้ามาทำงานในองค์กร และมีการติดตามผลของโครงการ
2. เน้นที่องค์กร คือ การที่มีการผนวกกิจกรรมของโครงการเข้าเป็นภารกิจหรืองานประจำของหน่วยงานของตน (Institutionalization of a program within an organization) โดยอาจทำใน 2 ระนาบ คือ ทำในแนวกว้าง เช่น การผนวกเข้ากับการทำงานในระบบย่อยๆ ของหน่วยงาน หรือทำในแนวลึก เช่น จัดสรรงบประมาณประจำในการดำเนินการ และทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. เน้นที่บุคคลและชุมชน คือ การที่มีการพัฒนาศักยภาพบุคคลที่ร่วมดำเนินโครงการหรือชุมชนในโครงการ (Capacity building in the recipient community) โดยสุดท้ายต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของสังคมในระดับชุมชนแบบองค์รวมซึ่งจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากกระบวนการมีส่วนร่วม (participation ซึ่งเกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่อง involvement และ empowerment) ซึ่งจะเพิ่มความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ (sense of ownership) และเมื่อรู้สึกว่าเป็นเจ้าของจะนำไปสู่การเพิ่มพูนศักยภาพและความสามารถของตนหรือชุมชนนั้น (Capacity หรือ competence)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของโครงการประกอบด้วย

1. ปัจจัยเกี่ยวกับวางแผน ออกแบบ และดำเนินโครงการ (Project design and implementation factors) เช่น การเจรจาต่อรองวางแผนเป้าหมายและแผนงาน ประสิทธิภาพของโครงการ ระยะเวลาของโครงการ ทุนสนับสนุน ชนิดของโครงการ และการฝึกอบรม
2. ปัจจัยภายในองค์กรหรือหน่วยงาน (Factors within the organizational setting) เช่น ความเข้มแข็งของหน่วยงาน การผนวกเข้ากับงานหรือกิจกรรมที่มีอยู่เดิม การสนับสนุนและนำพาโครงการ
3. ปัจจัยของชุมชนแวดล้อม (Factors in the broader community environment) เช่น การพิจารณาปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม และการบ้านการเมือง การมีส่วนร่วมจากชุมชน

2.5 กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการสำหรับการศึกษาเพื่อขยาย โครงการ Antibiotics Smart Use สู่อำเภอ (โครงการ ASU ปีที่ 2)

การศึกษากายขยายผลโครงการ Antibiotics Smart Use ใช้กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการ (Integrated conceptual framework) ที่พัฒนาจากการนำทฤษฎีและกรอบแนวคิดต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นมาบูรณาการเข้าด้วยกัน จึงทำให้เห็นภาพของแนวทางการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล จนถึงระดับองค์กรและชุมชน โดยการดำเนินงานจะอยู่บนหลักของการทำงานอย่างมีส่วนร่วมระหว่าง ส่วนกลางกับพื้นที่เจ้าของโครงการ จังหวัดหรือสถานพยาบาลซึ่งเป็นพื้นที่เจ้าของโครงการจะมีความเป็นอิสระ ในการปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับบริบทของตน โดยส่วนกลางจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนจากทั้งทางด้านวิชาการ สื่ออุปกรณ์ และการส่งเสริมหรืออำนวยความสะดวกในการทำงานในรูปแบบต่างๆ จากนั้นจะมีการรวบรวม การดำเนินงานทั้งของส่วนกลางและพื้นที่เจ้าของโครงการ ทำการประเมินผลสัมฤทธิ์และสังเคราะห์ข้อมูลเป็น บทเรียนรู้ของการขยายโครงการสู่อำเภอต่อไป กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการเพื่อศึกษากายขยายโครงการ Antibiotics Smart Use สู่อำเภอ แสดงในรูปที่ 3

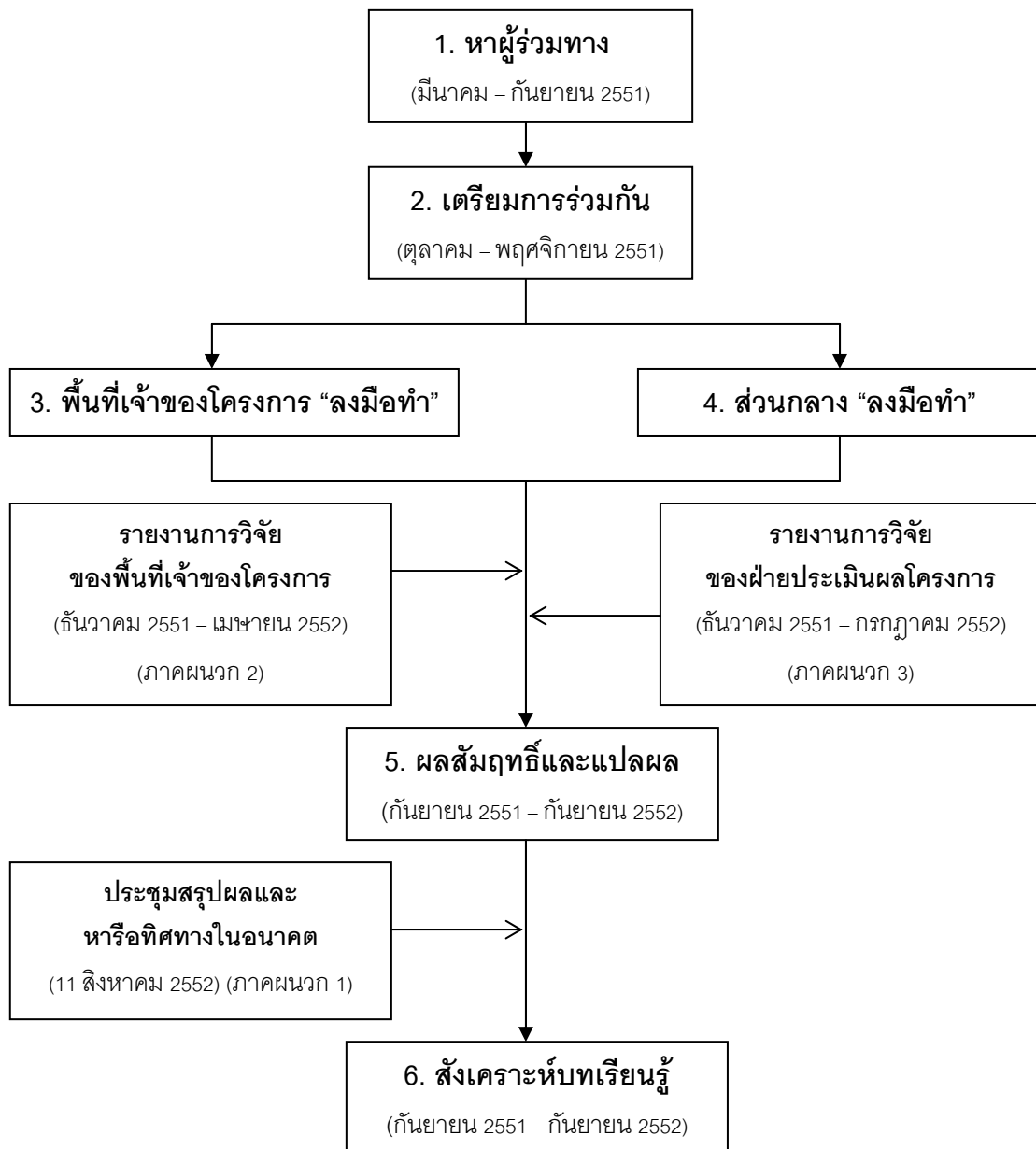


รูปที่ 3 กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการเพื่อศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use สู่ความยั่งยืน (โครงการ ASU ปีที่ 2)

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการ

โครงการ Antibiotics Smart Use ปีที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นพื้นที่เจ้าของโครงการเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหา และยินดีจัดสรรทรัพยากรบางส่วนเพื่อมาดำเนินโครงการในพื้นที่ของตน ทีมจากส่วนกลางจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการในด้านต่างๆ ที่ทางพื้นที่ต้องการ

ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังแสดงใน รูปที่ 4 คือ



รูปที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use

3.1 หาผู้ร่วมทาง

การขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ปีที่ 2 นี้ ทำใน 2 ลักษณะ คือ การขยายโครงการในระดับจังหวัด (Province-based expansion) คือ มีการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัดโดยมีสถานพยาบาลระดับชุมชนทุกแห่งในจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้าร่วมโครงการ และการขยายโครงการในระดับหน่วยงาน (Facility-based expansion) คือ มีการดำเนินงานในภาพรวมของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลตามความสมัครใจ ทั้งนี้เนื่องจากมีสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ต้องการทำโครงการ แต่อาจไม่พร้อมที่จะดำเนินการในภาพรวมของจังหวัด และบางแห่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน

การสรรหา “ผู้ร่วมทาง” ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ช่วงเดือนมีนาคม 2551 ก่อนที่โครงการ ASU ปีที่ 2 จะเริ่มต้น (ช่วงการเตรียมแบบโครงการวิจัย (proposal development) เนื่องจากข้อมูลนี้จำเป็นต่อการทำโครงการวิจัย) แนวทางการสรรหา “ผู้ร่วมทาง” มี ดังนี้

1. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากตระหนักว่าการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาในสถานพยาบาลหรือจังหวัดของตน และคิดว่าโครงการ ASU จะช่วยแก้ปัญหาได้
2. มีความพร้อมในการดำเนินโครงการ นั่นคือ ผู้บริหารให้การสนับสนุนหรือไม่ขัดข้อง
3. สามารถจัดสรรทรัพยากรบางส่วนเพื่อใช้ดำเนินโครงการ
4. มีทีมงานที่เข้มแข็งสามารถประสานกับทีมส่วนกลาง เพื่อขับเคลื่อนโครงการในพื้นที่ของตน
5. สามารถจัดกิจกรรมรณรงค์หรือให้ความรู้ และส่งรายละเอียดและภาพกิจกรรมให้กับโครงการฯ
6. สามารถติดตามและจัดส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการประเมินผลให้กับโครงการฯ

กระบวนการสรรหาและคัดเลือก “ผู้ร่วมทาง” ใช้วิธีเจรจาแลกเปลี่ยนข้อมูล และ ในการดำเนินโครงการร่วมกัน โดยมีขั้นตอนของการดำเนิน คือ

1. สืบค้นรายชื่อของจังหวัดหรือสถานพยาบาลที่อาจเข้าข่ายตามแนวทางข้างต้น โดยใช้วิธีการสอบถามข้อมูลจากผู้รู้ในสวนภูมิภาคหรือผู้ที่ทำงานร่วมกับสวนภูมิภาค รวมทั้งศึกษาข้อมูลจากรายชื่อของผู้ที่ลงชื่อไว้กับบัญชีของโครงการ Antibiotics Smart Use ว่าสนใจในโครงการ เมื่อครั้งที่ไปแสดงนิทรรศการในงานประชุม Hospital Accreditation National Forum ประจำปี 2551
2. ติดต่อผู้ประสานงานหลักในพื้นที่นั้นทางโทรศัพท์ ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ลักษณะของการดำเนินการโครงการ ASU และตอบข้อซักถามเบื้องต้น เพื่อให้มีข้อมูลเบื้องต้นไปนำเสนอหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัด
3. ประชุมกับผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมโครงการเพื่อหารือในรายละเอียด แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น รวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินโครงการในพื้นที่จากส่วนกลาง รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในโครงการ ที่ประชุมได้หารือจนได้ข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอในการให้จังหวัดหรือสถานพยาบาลต้นสังกัดตัดสินใจ สรุปการประชุมวันที่ 25 เมษายน 2551 แสดงใน ภาคผนวก 1-3

จากแนวทางและกระบวนการคัดเลือกดังกล่าว ผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย 3 จังหวัด และ 2 เครือข่ายของสถานพยาบาล ได้แก่

1. อุบลราชธานี – เป็นรูปแบบของการทำโครงการ ASU ในจังหวัดขนาดใหญ่ซึ่งมี 25 อำเภอ
2. พระนครศรีอยุธยา – เป็นรูปแบบของการทำโครงการ ASU ในจังหวัดขนาดกลางซึ่งมี 16 อำเภอ
3. สมุทรสงคราม – เป็นรูปแบบของการทำโครงการ ASU ในจังหวัดขนาดเล็กซึ่งมี 3 อำเภอ
4. โรงพยาบาลกันตัง (จังหวัดตรัง) – เป็นรูปแบบของการทำโครงการ ASU ในระดับอำเภอที่มีโรงพยาบาลกันตังและสถานีอนามัยในเครือข่ายรวมทั้งสิ้น 22 แห่ง เข้าร่วมโครงการ โดยเป็นการดำเนินการด้วยตนเองไม่ผ่านทาง สสจ.
5. กลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย – เป็นรูปแบบของการทำโครงการ ASU ในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมี 4 สาขา ตั้งอยู่กรุงเทพฯ และจังหวัดสมุทรสาคร

พื้นที่เจ้าของโครงการแต่ละแห่งจะจัดทำโครงร่างแบบเสนอโครงการ ASU ในพื้นที่ของตน เพื่อใช้ในขั้นตอนต่อไป

3.2 เตรียมการร่วมกัน

ทีมงาน ASU ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้ประชุมหารือและเตรียมการร่วมกัน ดังนี้

การประชุมวันที่ 16 ตุลาคม 2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงภาพรวมของโครงการ ASU แลกเปลี่ยนความเห็นในการดำเนินโครงการ การคัดเลือกตัวชี้วัด บทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย การเก็บข้อมูลและการประเมินผล ผู้เข้าร่วมประชุมของแต่ละจังหวัดหรือสถานพยาบาลประกอบด้วย เกษัชกร และเจ้าหน้าที่ด้านสารสนเทศที่รับผิดชอบฐานข้อมูลของจังหวัดหรือหน่วยงานนั้น ที่สำคัญการประชุมนี้ถือว่าการรู้จักกันครั้งแรกของทีมงาน ASU ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (สรุปการประชุมแสดงในภาคผนวก 1-3)

การประชุมวันที่ 7 พฤศจิกายน 2552 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พื้นที่เจ้าของโครงการ ASU นำเสนอโครงร่างงานวิจัยของโครงการ ASU ของตน ร่วมแลกเปลี่ยนความเห็น และรับฟังการชี้แจงเกี่ยวกับการบริหารจัดการและเบิกจ่ายงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการ (สรุปการประชุมแสดงในภาคผนวก 1-3)

หลังจากการประชุม ทีมงาน ASU ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้เตรียมกระบวนการต่างๆ ดังนี้

คู่มือการดำเนินโครงการ ASU

“คู่มือการดำเนินโครงการ ASU” เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก เพราะเป็นเสมือนแผนที่หรือแนวทางดำเนินโครงการ ASU ให้ผู้ทำโครงการสามารถทำงานได้อย่างมีจุดหมาย เป็นระบบ และทำงานแบบเป็นกระบวนการ เพื่อสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คู่มือการดำเนินโครงการ ASU ได้ถูกร่างขึ้นโดยกลุ่มอำนวยการของทีมส่วนกลางซึ่งประสานความร่วมมือกับทีมประเมินผลในการนำเสนอวิธีการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล คู่มือนี้มีการปรับปรุงรวม 4 ครั้งใน 3 เดือน และสามารถเสร็จสิ้นได้ทันก่อนพื้นที่เริ่มโครงการ การปรับปรุงข้อมูลแต่ละครั้งทำให้เกิดการอธิบายความที่ชัดเจนขึ้นเป็นลำดับจากการที่ได้หารือร่วมกับผู้ร่วมโครงการ (คู่มือการดำเนินโครงการ ASU แสดงในภาคผนวก 1-4)

แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

การยอมรับในแนวทางการรักษาและการใช้ยาเป็นหนึ่งในหัวใจที่สำคัญของการนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติ ดังนั้น ในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2552 จึงได้มีการประชุมร่วมกันของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลซึ่งเป็นผู้แทนของจังหวัดและสถานพยาบาลแต่ละแห่งกับทีมจากส่วนกลาง (ฝ่ายการแพทย์ และฝ่ายอำนวยการ) โดยได้เชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อร่วมให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะด้วย การหารือตั้งอยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางการแพทย์ (Evidence-based medicines) ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การประชุมครั้งนี้ทำให้มีการปรับปรุงเนื้อหาของหนังสือแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เมื่อหลังแก้ไขแล้ว ได้มีการส่งให้ผู้เข้าร่วมแต่ละท่านตรวจสอบและแก้ไข แล้วจึงส่งพิมพ์เป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์ (สรุปการประชุมแสดงในภาคผนวก 1-3)

การจัดทำทำเนียบทีมงาน ASU

การจัดทำทำเนียบทีมงานเป็นการจัดกระบวนการของคนในทีม โดยมีจุดประสงค์หลัก 2 ประการ คือ (1) เพื่อให้การดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพ โดยมีการระบุหน้าที่หลักของผู้ทำงานอย่างชัดเจน (2) เพื่อเป็นการเตรียมการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อให้พึ่งพาตนเองและเป็นพี่เลี้ยงให้จังหวัดอื่นได้ (แบบสำรวจทีมงานแสดงในภาคผนวก 1-5) ทีมงานของโครงการ ASU ส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย 3 ฝ่าย คือ

1. ฝ่ายอำนวยการ ทำหน้าที่กำหนดเป้าหมาย คัดเลือกตัวชี้วัด ออกแบบกลยุทธ์ จัดทำแผนงานการดำเนินการในพื้นที่ ร่วมมือกับฝ่ายการแพทย์ ฝ่ายประเมิน ประสานงานกับสื่อมวลชนในพื้นที่ ส่งข่าวสารความเคลื่อนไหวของโครงการให้กับทีมส่วนกลางเพื่อช่วยประชาสัมพันธ์ให้กับสถานพยาบาล/จังหวัด ติดตามและกำกับกับการดำเนินโครงการ สรุปผลการดำเนินการโครงการ และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานในอนาคต
2. ฝ่ายการแพทย์ ทำหน้าที่ให้การอบรมหรือบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 โรคเป้าหมาย จัดทำเนื้อหาหรือเอกสารเพื่อเผยแพร่ความรู้ในสื่อต่างๆ โดยประสานความร่วมมือกับกลุ่มอำนวยการ
3. ฝ่ายประเมินผล ทำหน้าที่เก็บและบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด และประสานความร่วมมือกับกลุ่มอำนวยการ

3.3 พื้นที่เจ้าของโครงการ “ลงมือทำ”

จังหวัดและสถานพยาบาลจะดำเนินโครงการตามที่ตนกำหนดไว้ในแผนงานของตนเอง รายละเอียดของลักษณะของพื้นที่เจ้าของโครงการ และการดำเนินโครงการในพื้นที่แสดงในตารางที่ 2 ซึ่งสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากภาคผนวก 3

ตารางที่ 2 ลักษณะของพื้นที่เจ้าของโครงการ และการดำเนินโครงการในพื้นที่

พื้นที่เจ้าของโครงการ	เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์หลัก	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการดำเนินการ
<p>อุบลราชธานี</p> <p><u>พื้นที่ / ประชากร</u></p> <p>- 1.6 หมื่นตร.กม.</p> <p>- 1.8 ล้านคน</p> <p><u>การปกครอง</u></p> <p>- 25 อำเภอ</p> <p>- 219 ตำบล</p> <p>- 2,469 หมู่บ้าน</p> <p><u>สถานพยาบาล</u></p> <p>- 1 รพศ.</p> <p>- 20 รพช.</p> <p>- 346 สอ./ศูนย์สุขภาพชุมชน</p> <p><u>สื่อสารมวลชนในท้องถิ่น:</u> มี แต่ไม่มี ทีวี อ มู ล ในรายละเอียด</p>	<p><u>เป้าหมาย:</u> ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง</p> <p><u>ยุทธศาสตร์หลัก:</u> เป็นจังหวัดขนาดใหญ่จึงต้องมีบริหารจัดการที่เป็นระบบ มีความชัดเจนในการแบ่งความรับผิดชอบเป็นเขตของพื้นที่ตามสายบังคับบัญชา</p> <p>- การใช้นโยบายสั่งการตามสายบังคับบัญชา (Top-down policy) และแถลงนโยบายต่อผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกระดับอย่างชัดเจน</p> <p>- การแบ่งการดำเนินการเป็นโซน (zoning) 4 โซนโดยแต่ละโซนมีผู้นำในการดำเนินการเป็นแพทย์ที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 4 แห่ง) และสร้างวิทยากรในพื้นที่</p> <p>- การประกวดระดับโซนและสถานพยาบาลทำให้เกิดการแข่งขันเชิงบวก</p> <p>- มีการเปิดตัวโครงการอย่างเป็นทางการผ่านสื่อมวลชนเพื่อส่งสัญญาณให้รู้ว่าจังหวัดเอาจริงกับโครงการนี้</p>	<p>- ผู้สั่งใช้ยาและบุคลากรสาธารณสุขอื่นของของโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง และ สถานีอนามัยในสังกัด 346 แห่ง</p> <p>- อาสาสมัครสาธารณสุข</p> <p>- คนไข้</p> <p>- ประชาชนทั่วไป</p> <p>- เยาวชนและ อย.น้อย</p> <p>หมายเหตุ: การขยายโครงการสู่โรงพยาบาลระดับ ตติ ย ภู มิ และโรงพยาบาลนอกสังกัด สธ. ไม่สามารถดำเนินการได้ในเวลานี้ เนื่องจากมีความซับซ้อนของปัจจัยเชิงระบบและวัฒนธรรมองค์กรที่ต้องการการจัดการที่มากกว่าโมเดลในปัจจุบัน</p>	<p><u>นโยบาย:</u> ดำเนินการภายใต้ นโยบายด้านความปลอดภัยของคนไข้ระดับชาติ (Patient safety)</p> <p>- แต่งตั้ง “คณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2552” ภายใต้ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>- กำหนด “ตัวชี้วัดในโครงการ ASU” เป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัด</p> <p>- ประกาศเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลเป็นนโยบายระดับจังหวัด</p> <p><u>การให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์:</u> ใช้ที่มหาวิทยาลัยจากส่วนกลางเฉพาะในการอบรมเปิดตัวโครงการเท่านั้น หลังจากนั้นจังหวัดได้สร้างที่วิทยากรในพื้นที่ของตนเอง (แพทย์ และเภสัชกร) และจัดการอบรมแบบแบ่งเขต (4 เขต) โดยเป็นการอบรมหลัก 11 ครั้ง (มีการเก็บข้อมูลความเห็นก่อนและหลังของผู้รับการอบรม) และอบรมย่อยขยายผลอีกอย่างน้อย 117 ครั้ง</p> <p><u>การให้ความรู้ในกลุ่มประชาชน:</u></p> <p>- รณรงค์ผ่านทางเครือข่ายสื่อมวลชนท้องถิ่น เช่น การเผยแพร่ผ่านสื่อโทรทัศน์และวิทยุในท้องถิ่น</p> <p>- มีการจัดกิจกรรม (events) ต่างๆ เช่น การเดินพาเหรดรณรงค์ในงานกีฬาสาธารณสุขของจังหวัด การจัดงานในสัปดาห์เภสัชกรรม การจัดค่ายเยาวชนในโรงเรียน เป็นต้น</p> <p><u>การสร้างสื่อที่เป็นนวัตกรรมของตนเอง:</u> แผ่นพลิกตั้งโต๊ะ แผ่นโปสเตอร์ roll up ให้ความรู้ประชาชน</p> <p><u>การสร้างแรงจูงใจ:</u> ให้รางวัลผ่านการจัดประกวดระดับจังหวัด (แบ่งเป็นระดับโรงพยาบาล และระดับ PCU) แก่หน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานเป็นแบบอย่างที่ดี และประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัด</p> <p><u>การบริหารจัดการ:</u> ประสานความร่วมมือของเครือข่ายในจังหวัด (เช่น เครือข่ายเภสัชกรจังหวัดอุบลราชธานี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี) เพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการ</p> <p><u>การกำกับติดตาม:</u> มีนโยบายรองรับและมีการกำหนดอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม เป็นลำดับขั้น โดยอาศัยโครงสร้างองค์กร/การบริหารจัดการที่มีอยู่แล้ว และให้มีการติดตามผล และรายงานความก้าวหน้าตามตัวชี้วัดให้จังหวัดทราบทุก 3 เดือน</p>

ตารางที่ 2 ลักษณะของพื้นที่เจ้าของโครงการ และการดำเนินโครงการในพื้นที่ (ต่อ)

พื้นที่เจ้าของโครงการ	เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์หลัก	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการดำเนินการ
<p>พระนครศรีอยุธยา</p> <p>พื้นที่ / ประชากร</p> <p>- 2.5 พัน ตร.กม.</p> <p>- 7.6 แสนคน</p> <p><u>การปกครอง</u></p> <p>- 16 อำเภอ</p> <p>- 209 ตำบล</p> <p>- 1,468 หมู่บ้าน</p> <p><u>สถานพยาบาล</u></p> <p>- 1 รพศ.</p> <p>- 1 รพท.</p> <p>- 14 รพช.</p> <p>- 214 สอ./ศูนย์แพทย์ชุมชน</p> <p><u>สื่อสารมวลชนในท้องถิ่น:</u> มี แต่ไม่มีข้อมูลในรายละเอียด</p>	<p>เป้าหมาย: ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง</p> <p>ยุทธศาสตร์หลัก: มีการดำเนินงานทั้งในส่วนบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปที่เป็นอิสระต่อกันแต่เชื่อมโยงกัน</p> <p>- บุคลากรทางการแพทย์: มีการแบ่งสถานพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สมัครใจทำ R2R (รพช. 7 แห่ง) จะได้รับการฝึกทักษะด้านการวิจัยเพิ่มเติม และกลุ่มที่ไม่พร้อมทำ R2R เป็นการดำเนินโครงการตามนโยบายตามปกติ</p> <p>- ประชาชนทั่วไป: มีการผสมผสานรูปแบบการรณรงค์ทั้งที่เป็นรูปแบบปกติและรูปแบบทางเลือกหลายชนิดเข้าด้วยกัน</p>	<p>- ผู้สั่ง ใช้ ยา และ บุ ค ล า กร สาธารณสุขอื่นของโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง สถานีอนามัย 207 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปรวม 2 แห่ง</p> <p>- อาสาสมัครสาธารณสุข และ อสย.</p> <p>- คนใช้</p> <p>- ประชาชนทั่วไป (ผ่านเครือข่ายร้านยาด้วย)</p> <p>- เยาวชนและ อย.น้อย</p> <p><u>หมายเหตุ:</u> การขยายโครงการสู่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปยังไม่สามารถทำได้ในเวลานี้ เนื่องจากมีความซับซ้อนของปัจจัยเชิงระบบและวัฒนธรรมองค์กรที่ต้องการการจัดการที่มากกว่าโมเดลในปัจจุบัน</p>	<p><u>นโยบาย:</u> มีนโยบายดำเนินโครงการในภาพรวมของจังหวัด</p> <p>- แต่งตั้งคณะทำงานประสานงานโครงการ Antibiotics Smart Use จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีองค์ประกอบเป็นเภสัชกรจากโรงพยาบาลต่างๆ</p> <p><u>การให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์:</u> ใช้ทีมวิทยากรจากส่วนกลางในครั้งแรกของการอบรม หลังจากนั้นโรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดอบรมให้บุคลากรในหน่วยงานโดยวิทยากรระดับอำเภอ เป็นการอบรมหลัก 13 ครั้ง (มีการเก็บข้อมูลความเห็นก่อนและหลังของผู้รับการอบรม) และอบรมย่อยขยายผลอีกอย่างน้อย 3 ครั้ง สำหรับโรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยามีการจัดประชุมทีมแพทย์พร้อมการรับประทานอาหารกลางวัน บรรยายโดยใช้วิทยากรจากส่วนกลาง</p> <p><u>การอบรม R2R:</u> จัดอบรม 2 ครั้ง ให้แก่สถานพยาบาลนำร่อง บรรยายโดยวิทยากรจากส่วนกลาง</p> <p><u>การให้ความรู้รณรงค์ในกลุ่มประชาชน:</u></p> <p>- อบรมกลุ่มอาสาสมัครและแกนนำคุ้มครองผู้บริโภครวม 100 คน</p> <p>- สื่อสาธารณะ: วิทยุชุมชน เคเบิลทีวี นิตยสาร เว็บไซต์และจดหมายข่าวกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภครวม</p> <p>- นิทรรศการ: เน้นการจัดรณรงค์ร่วมไปกับงานของจังหวัด, โรงเรียน, และมหาวิทยาลัย</p> <p>- กิจกรรมในโรงเรียนเรื่องภูมิคุ้มกันการใช้ยาปฏิชีวนะ มีนักเรียนเป็นตัวกลางนำความรู้สู่ผู้ปกครอง</p> <p>- กิจกรรมทางเลือก: เล่นละคร (Street play) ในมหกรรม JK AYUTTHAYA summer party 2009 ณ ศูนย์การค้าอยุธยาพาร์ค กิจกรรม Day-camp ประกวดร้องและเต้นเพลง Antibiotics Smart Use</p> <p><u>การสร้างสื่อที่เป็นนวัตกรรมของตนเอง:</u> สื่อโครงการ ปากกา สื่ออุปกรณ์ในการรณรงค์ภาคประชาชน</p> <p><u>การสร้างแรงจูงใจ:</u> R2R Strategy โดยเภสัชกรในสถานพยาบาลที่สมัครใจนำร่องจะได้รับการสนับสนุนให้มีผลงานทางวิชาการเพื่อต่อยอดโครงการเป็นงานวิจัยของตนเอง</p> <p><u>การบริหารจัดการ:</u> มีการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่</p> <p><u>การกำกับติดตาม:</u> ใช้ระบบที่มีอยู่เดิมเพื่อติดตามข้อมูลการใช้ยา</p>

ตารางที่ 2 ลักษณะของพื้นที่เจ้าของโครงการ และการดำเนินโครงการในพื้นที่ (ต่อ)

พื้นที่เจ้าของโครงการ	เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์หลัก	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการดำเนินการ
<p>สมุทรสงคราม</p> <p>พื้นที่ / ประชากร</p> <p>- 417 ตร.กม.</p> <p>- 1.9 แสนคน</p> <p><u>การปกครอง</u></p> <p>- 3 อำเภอ</p> <p>- 33 ตำบล</p> <p>- 2,469 หมู่บ้าน</p> <p><u>สถานพยาบาล</u></p> <p>- 1 รพท.</p> <p>- 2 รพช.</p> <p>- 54 สอ./ศูนย์สุขภาพชุมชน</p> <p>- 30 ร้านขายยา</p> <p><u>สื่อสารมวลชนในท้องถิ่น:</u> มี แต่ไม่มีข้อมูลในรายละเอียด</p>	<p>เป้าหมาย: ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง</p> <p>ยุทธศาสตร์หลัก: เน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมและการทำงานแบบเครือข่าย เน้นบทบาทของเภสัชกรโดยบูรณาการเข้ากับงานประจำด้านการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction: ADR)</p>	<p>- บุคลากรทางการแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ของโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง</p> <p>สถานีอนามัย 47 แห่ง</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง</p> <p>- ผู้ประกอบการร้านขายยา 22 แห่ง</p> <p>- อาสาสมัครสาธารณสุข 260 คน</p> <p>- คนไข้</p> <p>- ประชาชนทั่วไป</p>	<p>นโยบาย: บูรณาการเข้ากับงานประจำด้านการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR)</p> <p>- แต่งตั้ง “คณะทำงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use”</p> <p><u>การให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์:</u> ทีมวิทยากรในพื้นที่ (แพทย์ และเภสัชกร) เป็นผู้อบรมโดยเปิดตัวการอบรมในกลุ่มผู้ประกอบการร้านขายยาโดยเภสัชกรจาก สสจ. จากนั้นมีการจัดการอบรมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทั้งสามแห่งในแต่ละอำเภอ และมีการอบรมย่อยขยายผลอีกอย่างน้อย 39 ครั้ง การอบรมแต่ละครั้งมักมีการนำเสนอประเด็นเรื่องการใช้อาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลร่วมกับประเด็นด้านอื่นๆ โดยประเด็นเรื่องการใช้อาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็นหัวข้อหนึ่งในการอบรม ซึ่งส่วนมากมักไปพร้อมกับหัวข้อของการเฝ้าระวังและส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p><u>การให้ความรู้ในกลุ่มประชาชน:</u></p> <p>- จัดกิจกรรมรณรงค์เรื่อง “3 โรคที่ไม่ต้องพึ่งยาปฏิชีวนะ” ในงานนิทรรศการ “ผู้บริโภคู้ทัน ผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย”</p> <p>- อบรมเจ้าหน้าที่ อสม. เพื่อเป็นสื่อบุคคลในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน</p> <p><u>การสร้างสื่อที่เป็นนวัตกรรมของตนเอง:</u> ไปสเตอร์เพื่อให้ความรู้ประชาชนในการจัดนิทรรศการ</p> <p><u>การสร้างแรงจูงใจ:</u> ใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันเป็นสิ่งจูงใจ โดยมีเภสัชกรจาก สสจ. เป็นผู้จัดกระบวนการ</p> <p><u>การบริหารจัดการ</u></p> <p>- มีการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่</p> <p>- มีการบูรณาการและบริหารจัดการงบประมาณให้สามารถเข้าร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่สอดคล้องกัน</p> <p>การกำกับติดตาม: สสจ. เป็นผู้ประสานข้อมูลตามตัวชี้วัดที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้</p>

ตารางที่ 2 ลักษณะของพื้นที่เจ้าของโครงการ และการดำเนินโครงการในพื้นที่ (ต่อ)

พื้นที่เจ้าของโครงการ	เป้าหมาย และยุทธศาสตร์หลัก	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการดำเนินการ
โรงพยาบาลกันตัง (จ. ตรัง) <u>พื้นที่ประชากรของอำเภอกันตัง</u> - 613 ตร.กม. - 8.4 หมื่นคน <u>การปกครอง</u> - 14 ตำบล - 83 หมู่บ้าน <u>สถานพยาบาล</u> - 1 รพช. - 13 สอ. - 6 PCU - 2 ศูนย์แพทย์ชุมชน <u>สื่อสารมวลชนในท้องถิ่น:</u> - 76 หอกระจายข่าวหมู่บ้าน - 1 วิทยุชุมชน	<u>เป้าหมาย:</u> ปริมาณการใช้ยา ปฏิชีวนะลดลง (ตัวชี้วัด 1) <u>ยุทธศาสตร์หลัก:</u> การทำงาน ร่วมกันระหว่างองค์กรแพทย์ คณะกรรมการ PTC และกลุ่มงาน เภสัชกรรมในโรงพยาบาล	- ผู้ตั้งใช้ยาและบุคลากร สาธารณสุขอื่นของ โรงพยาบาลกันตัง และ เครือข่ายบริการสุขภาพ ของอำเภอกันตัง รวม 21 แห่ง - คนไข้ - ประชาชนทั่วไป	<u>นโยบาย:</u> มีนโยบายดำเนินโครงการในภาพรวมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง - แต่งตั้ง “คณะทำงาน Antibiotics Smart Use ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง” <u>การให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์:</u> ทีมวิทยากรในพื้นที่ (แพทย์ และเภสัชกร) เป็นผู้ อบรม และมีการอบรมผ่านสื่อ DVD เป็นการอบรมใหญ่ 1 ครั้ง และอบรมย่อยขยายผลอีก อย่างน้อย 6 ครั้ง <u>การให้ความรู้ในกลุ่มประชาชน:</u> - เปิดเสียงตามสายในสถานพยาบาลเพื่อให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ - เปิดเสียงตามสายในวิทยุชุมชนของเทศบาลเมืองกันตังเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป <u>การสร้างสื่อที่เป็นนวัตกรรมของตนเอง:</u> ไม่มี <u>การสร้างแรงจูงใจ:</u> ประกวาด สอ. ASU <u>การบริหารจัดการ:</u> มีการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ <u>การกำกับติดตาม:</u> กำหนดผู้เก็บข้อมูลและติดตามภายในหน่วยงาน และมีการกำหนดให้ ต้องทำนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และให้เป็นวาระการประชุมประจำเดือนของ คณะกรรมการ PTC

ตารางที่ 2 ลักษณะของพื้นที่เจ้าของโครงการ และการดำเนินโครงการในพื้นที่ (ต่อ)

พื้นที่เจ้าของโครงการ	เป้าหมาย และยุทธศาสตร์หลัก	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการดำเนินการ
<p>กลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย</p> <p><u>ลักษณะและบริบท</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัยมี 4 สาขา รพ.ศรีวิชัย 1 และ 2 อยู่ในกรุงเทพฯ และรพ.ศรีวิชัย 3 และ 5 อยู่ในสมุทรสาคร - คนไข้ที่มารับการรักษามีลักษณะเป็นคนไข้ในเมือง และยิ่งมารักษาในโรงพยาบาลเอกชนยังมีความคาดหวังที่สูงต่อผลการรักษา - ยาปฏิชีวนะมีมูลค่าการใช้สูงถึงประมาณร้อยละ 20 ของยาทั้งหมด 	<p><u>เป้าหมาย:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง (ตัวชี้วัด 1) - คนไข้โรคเป้าหมายที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะมีผลการรักษา ความพึงพอใจต่อการรักษา และความรู้เกี่ยวกับโรคและยาในเกณฑ์ดี (ตัวชี้วัด 3) <p><u>ยุทธศาสตร์หลัก:</u> Top-down policy จากผู้บริหารโรงพยาบาลโดยเน้นการอบรมทำความเข้าใจกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สั่งใช้ยาและบุคลากรสาธารณสุขอื่นของโรงพยาบาลทั้ง 4 สาขา - คนไข้ 	<p><u>นโยบาย:</u> ดำเนินโครงการภายใต้นโยบายของกลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - แต่งตั้ง “คณะทำงาน Antibiotics Smart Use ของกลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย” <p><u>การให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์:</u> เน้นที่แพทย์ผู้สั่งใช้ยาเป็นหลัก และมีบุคลากรสาธารณสุขอื่นของโรงพยาบาลร่วมด้วย ใช้วิทยากรจากส่วนกลางอบรม 4 ครั้ง โดยแยกตามสาขา ครอบคลุมผู้รับการอบรมทั้งหมด 71 คน คิดเป็นแพทย์ร้อยละ 52.1</p> <p><u>การให้ความรู้ในกลุ่มประชาชน:</u> ใช้สื่อของโครงการฯ เผยแพร่ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ</p> <p><u>การสร้างสื่อที่เป็นนวัตกรรมของตนเอง:</u> โรงพยาบาลศรีวิชัย 2 มีการปรับเปลี่ยนใบสั่งยาโดยเพิ่มหัวข้อ ASU และมีช่องให้แพทย์ทำเครื่องหมายว่าคนไข้เป็นโรคใดใน 3 โรคเป้าหมาย พร้อมช่องว่าให้บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ของคนไข้เพื่อการสัมภาษณ์ติดตามอาการหลังจากการรักษา</p> <p><u>การสร้างแรงจูงใจ:</u> การประชุมเพื่อรับทราบผลการดำเนินการกลางปี</p> <p><u>การบริหารจัดการ:</u> ประสานความร่วมมือระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนโครงการ</p> <p><u>การกำกับติดตาม:</u> กำหนดผู้เก็บข้อมูลและติดตามภายในหน่วยงาน</p>

3.4 ส่วนกลาง “ลงมือทำ”

ในขณะที่พื้นที่แต่ละแห่งดำเนินโครงการ ASU ของตนเองนั้น ทีม ASU ส่วนกลางได้ลงมือดำเนินการไปพร้อมกัน โดยเน้นกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนการทำงานของพื้นที่เจ้าของโครงการให้สะดวกขึ้น ทีมงาน ASU ส่วนกลาง ซึ่งประกอบด้วย ฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ และฝ่ายประเมินผล สามารถสรุปได้ ดังนี้

3.4.1 ฝ่ายอำนวยการ

ฝ่ายอำนวยการมีสำนักงานตั้งอยู่ที่กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีผู้ดำเนินการหลัก คือ ญ.ดร.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ ญ.ดร.ดวงรัตน์ โพธิ์ และคุณณัฏฐยา นิลพานิชย์ โดยฝ่ายอำนวยการจะทำการศึกษาข้อมูลจากงานวิจัยและทฤษฎี จัดทำกรอบแนวความคิด วางแผนการดำเนินงาน และกิจกรรม การประเมินผล รวมทั้งการบริหารจัดการโครงการโดยภาพรวม และมีการประสานหารือกับฝ่ายการแพทย์ และฝ่ายประเมินผล นอกจากนี้ ในการทำงานร่วมกับส่วนภูมิภาค ฝ่ายอำนวยการยึดแนวคิดของการเป็นกัลยาณมิตรที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ปัญหา อำนวยความสะดวก ประชาสัมพันธ์ ความดี ให้กำลังใจ และส่งเสริมบรรยากาศสนุกในการทำโครงการร่วมกัน สรุปกิจกรรมของฝ่ายอำนวยการแสดงในตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การดำเนินการของฝ่ายอำนวยการ

กิจกรรม	รายละเอียด	ข้อมูลเพิ่มเติม
1. สนับสนุนการดำเนินงาน		
1. ขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์	โครงการวิจัยนี้มีส่วนที่เกี่ยวกับการสัมภาษณ์คนไข้เพื่อติดตามผลการรักษาและความพึงพอใจต่อการรักษา จึงได้ขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาวิธีการวิจัยในภาพรวมทั้งหมดของโครงการ และมีมติให้ปรับปรุงเนื้อหาบางส่วน และเปลี่ยนชื่อโครงการ โครงการจึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น “โครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use”	แบบเสนอโครงการ การวิจัย และหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมาฯ แสดงในภาคผนวก 1-1 และ 1-2 ตามลำดับ
2. จัดทำและกระจายสื่ออุปกรณ์ในโครงการสู่พื้นที่เจ้าของโครงการ	สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้แบ่งเป็น 2 ประเภท 1. สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อปรับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเสริมสร้างความมั่นใจในการรักษาโรคเป้าหมายและการอธิบายทำความเข้าใจโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ 2. สำหรับคนไข้/ประชาชน เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการทำความเข้าใจกับคนไข้ต่อการไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ 3. โรคเป้าหมาย และลดแรงกดดันจากคนไข้ในการร้องขอยาปฏิชีวนะ	สื่ออุปกรณ์ และคำชี้แจงการใช้สื่ออุปกรณ์แสดงในภาคผนวก 1-6
3. เว็บไซต์โครงการ	วัตถุประสงค์ คือ เพื่อดาวน์โหลดสื่ออุปกรณ์ เผยแพร่ข่าวและกิจกรรมประชาสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลของโครงการและการดำเนินโครงการของพื้นที่เจ้าของโครงการ รวมทั้งรายชื่อทีมงานของส่วนกลางและพื้นที่เจ้าของโครงการ	ตัวอย่างหน้าเว็บไซต์ แสดงในภาคผนวก 1-8

ตารางที่ 3 การดำเนินการของฝ่ายอำนวยการ (ต่อ)

กิจกรรม	รายละเอียด	ข้อมูลเพิ่มเติม
2. พัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของเครือข่ายและพื้นที่เจ้าของโครงการ และการมีส่วนร่วม		
4. การประชุมร่วมกัน	วัตถุประสงค์ คือ เป็นเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนและรับฟังความคิดเห็นระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่เจ้าของโครงการ เพื่อปรับปรุงการดำเนินการให้สะดวกและเหมาะสมมากขึ้น โดยมีการประชุมร่วมกันรวมทั้งหมด 8 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งมีประเด็นของการประชุมที่แตกต่างกันไป	สรุปการประชุม แสดงในภาคผนวก 1-3
5. จดหมายข่าวของโครงการ	วัตถุประสงค์ คือ เพื่อประชาสัมพันธ์ข่าวกิจกรรมระหว่างส่วนกลางและพื้นที่เจ้าของโครงการ แนะนำเพื่อนใหม่ เสริมสร้างขวัญกำลังใจ ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และทำให้ผู้บังคับบัญชาของพื้นที่เจ้าของโครงการรับทราบความก้าวหน้าของโครงการในภาพรวม จดหมายข่าวเผยแพร่เป็นประจำทุก 1-2 เดือน ปัจจุบันมีจดหมายข่าวที่เผยแพร่แล้ว 7 ฉบับ (มกราคม – กันยายน 2552)	จดหมายข่าว แสดง ในภาคผนวก 1-9
6. ประชาสัมพันธ์โครงการ และพื้นที่เจ้าของโครงการ	การประชาสัมพันธ์โครงการ และพื้นที่เจ้าของโครงการ ทำใน 2 รูปแบบ 1. การทำงานร่วมกับพื้นที่เจ้าของโครงการ เช่น การออกนุชประชาสัมพันธ์โครงการและการดำเนินงานในพื้นที่ในงาน “มหกรรมสุขภาพชุมชน 2552” ของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2552 2. การใช้สื่อ เช่น สื่อสิ่งยึดโครงการ การแจกที่คั่นหนังสือที่มีชื่อจังหวัดและทีมงานให้บุคคลภายนอกในการประชุมต่างๆ และการจัดทำตุ๊กตาโลโก้เพื่อเป็นสื่อเตือน (reminders) ที่มีชื่อจังหวัดหรือหน่วยงานพร้อมข้อความ “หายได้ไม่ต้องพึ่งยาปฏิชีวนะ” ปรากฏบนสื่อนั้น	สื่อสิ่งยึด ที่คั่น หนังสือ แสดงใน ภาคผนวก 1-7
7. ต้อนรับพื้นที่ใหม่และแนะนำพื้นที่ต่างๆ ให้รู้จักกัน	ขณะที่โครงการ ASU ปีที่ 2 ดำเนินไป มีโรงพยาบาลหลายแห่งได้เริ่มทำโครงการด้วยตัวเอง ฝ่ายอำนวยการสนับสนุนงานและเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งหมดเข้าด้วยกันเพื่อให้ทุกแห่งรู้ว่าใคร ทำอะไร อยู่ที่ไหน	จดหมายข่าว แสดง ในภาคผนวก 1-9
8. ส่งเสริมการต่อยอดโครงการ ASU ให้แก่พื้นที่เจ้าของโครงการ	กรณีของสถานีอนามัยหลังเขา สระบุรี ที่ได้เชื่อมต่อให้ส่งโครงการ ASU ของตน เข้าประกวดในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ R2R ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อกรกฎาคม 2551 และได้รับชนะเลิศยอดเยี่ยม R2R ด้านการบริการระดับปฐมภูมิจากทั่วประเทศ ตอนนี้อยู่จึงเป็นแหล่งศึกษาดูงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์จากทั้งโรงพยาบาลและที่อื่นๆ เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและการแพทย์พื้นบ้านไปควบคู่กัน	ภาพในการประชุม R2R แสดงใน ภาคผนวก 2-7

ตารางที่ 3 การดำเนินการของฝ่ายอำนวยการ (ต่อ)

กิจกรรม	รายละเอียด
3. ขยายเครือข่ายกับส่วนกลางและนักวิชาการ และกำกับทิศทางโครงการ	
9. เกณฑ์ชี้วัดด้านคุณภาพของการบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)	กระแสโครงการ ASU ช่วยจุดประกายนโยบายระดับประเทศเรื่องของยาปฏิชีวนะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงปลายปี 2551 ที่ประชุม สปสช ได้รับในหลักการที่นำเอาประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็นเกณฑ์ชี้วัด โดยเริ่มต้นจากหนึ่งคนและสานต่อโดยกลุ่มคนอื่นจำนวนหนึ่ง จนทำให้ประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 โรคเป้าหมายเป็นหนึ่งในเกณฑ์ชี้วัดของ สปสช. และนำไปสู่การปฏิบัติเมื่อเดือนมีนาคม 2552 ในที่สุด
10. การพัฒนายุทธศาสตร์ยาปฏิชีวนะ	การพัฒนายุทธศาสตร์ยาปฏิชีวนะได้มีการหารือร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และแผนกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา ของคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหน่วยงานอื่นๆ
11. สืบค้นหาเภสัชกรรมประจำปี 2552 ในหัวข้อ “สุขภาพคนไทยกับการใช้ยาปฏิชีวนะ”	งานสืบค้นหาเภสัชกรรมประจำปี 2552 โดยสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ได้นำแนวคิดเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องเหมาะสมสำหรับ 3 โรคเป้าหมายไปใช้ในการรณรงค์ โครงการ ASU จึงได้ร่วมสนับสนุนข้อมูลและการบริการทางวิชาการแก่ทางสมาคมฯ และหน่วยงาน หรือสถานพยาบาลต่างๆ ที่มีการจัดงานสืบค้นหาเภสัชในหน่วยงานของตน

3.4.2 ฝ่ายการแพทย์

ฝ่ายการแพทย์มีผู้รับผิดชอบการดำเนินการ คือ นักวิชาการจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คือ ผศ.นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล มีบทบาทหลักในด้านการพัฒนาเนื้อหาวิชาการทางคลินิก อบรมให้ความรู้ และสร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการรักษา 3 โรคเป้าหมาย และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กิจกรรมหลักประกอบด้วย

- พัฒนาแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยการสืบค้นหลักฐานและจัดทำแนวทางการใช้ยาฯ ตามหลักการของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์
- เป็นวิทยากรเผยแพร่ความรู้ในการอบรมและบรรยายเรื่องแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในจังหวัดและสถานพยาบาลต่างๆ และตอบข้อซักถามด้านวิชาการทางคลินิก
- สนับสนุนและให้ความเห็นในการขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับประเทศ

นอกจากนี้ ฝ่ายการแพทย์ได้ดำเนินการเผยแพร่ความรู้อย่างต่อเนื่องทุกครั้งเมื่อมีโอกาสเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปในวงกว้าง โดยผ่านสื่อกระแสหลัก และสื่อต่างๆ

3.4.3 ฝ่ายประเมินผลโครงการ

ฝ่ายประเมินโครงการมีผู้รับผิดชอบการดำเนินการ คือ นักวิจัยจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นำโดย รศ.ภญ.ดร.กัญญาดา อุนวงศ์ และภญ.ดร.สมหญิง พุ่มทอง ลักษณะการทำงานของฝ่ายประเมินจะมีความเป็นอิสระในการดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิดของโครงการที่ได้พัฒนาร่วมกับฝ่ายอำนวยการ การประเมินผลโครงการมีการวัด 3 ด้าน ดังนี้ ซึ่งรายละเอียดของวิธีการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 4

- (1) การประเมินการจัดกิจกรรมในพื้นที่ เป็นการสำรวจกิจกรรมการดำเนินโครงการในพื้นที่หลังได้รับการอบรมและมอบสื่ออุปกรณ์ที่ใช้ประโยชน์ในการดำเนินโครงการ เพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้ประกอบในการอธิบายผลการดำเนินงานและเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ฝ่ายอำนวยการในการวางแผนการจัดทำและกระจายสื่อต่อไป
- (2) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ เป็นการวัดผลตามตัวชี้วัดของโครงการและมีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ การประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดของโครงการโดยอาศัย precede-proceed planning model เป็นกรอบหลัก การประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการมีดังนี้
 - การประเมินผลของกระบวนการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติของผู้เข้ารับการอบรม
 - การประเมินผลกระทบ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงของปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะ และสัดส่วนของคนไข้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ
 - การประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ผลการรักษาและความพึงพอใจต่อผลการรักษาของคนไข้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ
- (3) การประเมินรูปแบบการดำเนินโครงการในพื้นที่และการสังเคราะห์บทเรียนรู้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินโครงการในพื้นที่และปัจจัยที่ผลต่อการดำเนินงาน และการสังเคราะห์บทเรียนรู้

ตารางที่ 4 วิธีการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์

รายการประเมิน	พื้นที่ประเมิน	การเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูล
การประเมินการจัดกิจกรรมในพื้นที่			
1. การจัดกิจกรรมในพื้นที่	ทุกพื้นที่	พื้นที่ตอบแบบฟอร์มประเมินตนเอง (Self-report) เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในพื้นที่ และส่งให้ฝ่ายประเมินผล 2 ครั้ง คือ ธันวาคม 2551 – มีนาคม 2552 และ เมษายน – กรกฎาคม 2552	ฝ่ายประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลการรายงานเชิงพรรณนา และร้อยละ
การประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ (การศึกษาเชิงประมาถ)			
2. ทศนคติและความรู้ของผู้รับการอบรม	ทุกพื้นที่	พื้นที่รวบรวมแบบสอบถาม pre-test และ post-test ในการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และส่งให้ฝ่ายประเมินผล	ฝ่ายประเมินผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม โดยใช้ paired t-test statistics
3. ปริมาณการเข้ายาปฏิชีวนะ	ทุกพื้นที่	พื้นที่รวบรวมข้อมูลปริมาณการเข้ายาปฏิชีวนะตามแบบฟอร์มของโครงการ และส่งให้ฝ่ายประเมินผล	ฝ่ายประเมินผลเปรียบเทียบปริมาณ/มูลค่าการเข้ายาปฏิชีวนะก่อน (ม.ค.-เม.ย.2551) กับหลังอบรมในช่วงเวลาเดียวกัน (ม.ค.-เม.ย. 2552)
4. ร้อยละคนไข้โรคเป้าหมายที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะ	พระนครศรีอยุธยา	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละของคนไข้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมายโดยใช้แบบฟอร์มที่โครงการให้ไป	ฝ่ายประเมินผลเปรียบเทียบร้อยละคนไข้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย ก่อนการอบรม (ส.ค. – พ.ย. 2551) และหลังการอบรม (ม.ค. – เม.ย. 2552)
5. ผลการรักษา ความรู้ ความพึงพอใจของคนไข้	กลุ่ม รพ.ศรีวิชัย	รพ. ศรีวิชัยรวบรวมรายชื่อคนไข้ที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะ และส่งให้ฝ่ายประเมินผลซึ่งจะเป็นผู้โทรศัพท์สัมภาษณ์คนไข้หลังได้รับการรักษาไปแล้ว 4 – 7 วัน	ฝ่ายประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลการรายงานเชิงพรรณนา และร้อยละ
การประเมินรูปแบบการดำเนินโครงการในพื้นที่และสังเคราะห์บทเรียนรู้ (การศึกษาเชิงคุณภาพ)			
6. รูปแบบการดำเนินโครงการในพื้นที่	ทุกพื้นที่	ฝ่ายประเมินผลทำการสัมภาษณ์ผู้ดำเนินการหรือประสานงานในแต่ละพื้นที่	สรุปเป็นประสบการณ์ของการดำเนินโครงการ และนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เป็นบทเรียนรู้

บทที่ 4

ผลการดำเนินการ และการแปลผล

ส่วนนี้เป็นการสรุปการดำเนินงานในภาพรวมของพื้นที่ที่เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมและผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน ข้อมูลในส่วนนี้ได้จากการประมวลข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ รายงานของพื้นที่เจ้าของโครงการ (ภาคผนวก 2) และรายงานของฝ่ายประเมินผล (ภาคผนวก 3) แม้ว่าข้อมูลจากทั้งสองแหล่งนี้มีความเหมือนและสอดคล้องกันสูง แต่อาจมีในบางกรณีในพื้นที่เจ้าของโครงการมีข้อมูลเพิ่มเติมหลังจากการประเมินสิ้นสุด ฝ่ายอำนวยการจะใช้ข้อมูลใหม่ที่พื้นที่ระบุในรายงานของตนนั้นมานำเสนอโดยระบุหมายเลขอ้างอิงของข้อมูลนั้น รายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินการสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จาก “รายงานการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ของพื้นที่เจ้าของโครงการ” และ “รายงานการประเมินโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use” ในภาคผนวก 2 และ 3 ตามลำดับ

การรายงานผลของส่วนนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. ผลการจัดกิจกรรมในพื้นที่และการปรับปัจจัยแวดล้อม
2. ผลสัมฤทธิ์ของโครงการในพื้นที่
3. การแปลผลเชิงนโยบาย

4.1 ผลการจัดกิจกรรมในพื้นที่และการปรับปัจจัยแวดล้อม

ผลการจัดกิจกรรมในพื้นที่และการปรับปัจจัยแวดล้อมในสถานพยาบาลได้จากรายงานการประเมินตนเอง (Self-report) เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในพื้นที่ต่างๆ สรุปภาพรวมได้ดังนี้

4.1.1 การอบรมบุคลากรทางการแพทย์

การจัดอบรมมีขึ้นทั้งหมดไม่น้อยกว่า 197 ครั้ง ครอบคลุมบุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10,000 คน ในแต่ละพื้นที่เจ้าของโครงการมีการจัดอบรม ดังนี้

- อุดรราชธานี จัดอบรมใหญ่ 11 ครั้ง และอบรมย่อยขยายผลอีกอย่างน้อย 117 ครั้ง
- พระนครศรีอยุธยา จัดอบรมใหญ่ 13 ครั้ง และอบรมย่อยขยายผลอีกอย่างน้อย 3 ครั้ง
- สมุทรสงคราม จัดอบรมใหญ่ 3 ครั้ง และอบรมย่อยขยายผลอีกอย่างน้อย 39 ครั้ง
- โรงพยาบาลกันตัง จัดอบรมใหญ่ 1 ครั้ง และอบรมย่อยขยายผลอีกอย่างน้อย 6 ครั้ง³¹
- โรงพยาบาลศรีวิชัย จัดอบรมสาขาละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 ครั้ง

4.1.2 การใช้สื่ออุปกรณ์ในสถานพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (Self-report) จากสถานพยาบาลทั้งหมด 170 แห่ง มีการใช้สื่ออุปกรณ์จากโครงการไปใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

ตารางที่ 5 ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการนำสื่ออุปกรณ์ไปใช้ในสถานพยาบาล

สื่ออุปกรณ์ของโครงการ	ร้อยละของสถานพยาบาลที่ใช้สื่ออุปกรณ์	
	3 เดือน (15 ธ.ค. 51 – 15 มี.ค. 52) (n = 109)*	3 เดือน (16 มี.ค. 52 – 16 ก.ค. 52) (n = 61)**
1. แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ฯ	82.6	90.2
2. แผ่นพับ “3 โรค รักษาได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ”	79.8	93.4
3. ไฟฉายแสงขาว	79.8	80.3
4. โปสเตอร์ “3 โรครักษาได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ”	81.7	62.3
5. แผ่นผังสรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษา	74.3	72.1

หมายเหตุ * ได้รับรายงานจากจังหวัดอุบลราชธานีเท่านั้น เนื่องจากสามารถเริ่มโครงการได้ในเดือนธันวาคม

** ได้รับรายงานจากจังหวัดอุบลราชธานี พระนครศรีอยุธยา และสมุทรสงคราม

4.1.3 การจัดกิจกรรมและการปรับปัจจัยแวดล้อมในสถานพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (Self-report) จากสถานพยาบาลทั้งหมด 170 แห่ง มีการจัดกิจกรรมและการปรับปัจจัยแวดล้อมในสถานพยาบาลเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ดังนี้

ตารางที่ 6 ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการจัดกิจกรรมและการปรับปัจจัยแวดล้อมในสถานพยาบาลของตน

การจัดกิจกรรม	ร้อยละของสถานพยาบาลที่ใช้สื่ออุปกรณ์	
	3 เดือน (15 ธ.ค. 51 – 15 มี.ค. 52) (n = 109)*	3 เดือน (16 มี.ค. 52 – 16 ก.ค. 52) (n = 61)**
1. มี “ยาฟ้าทะลายโจร” ใช้ในสถานพยาบาล	55.0	88.5
2. มี “ยาผงถ่าน” ใช้ในสถานพยาบาล	37.6	31.1
3. มีการกระจายสื่อเพื่อเผยแพร่แก่ประชาชน	59.6	49.2
4. มีการจัดนิทรรศการในชุมชน	45.9	34.4
5. มีการนำเรื่องเข้าหาหรือการประชุมของสถานพยาบาล เช่น คณะ PTC	34.9	8.2
6. มีการทำสื่อขึ้นเองหรือจัดกิจกรรมอื่นเพื่อรณรงค์	20.2	21.1

หมายเหตุ * ได้รับรายงานจากจังหวัดอุบลราชธานีเท่านั้น เนื่องจากสามารถเริ่มโครงการได้ในเดือนธันวาคม

** ได้รับรายงานจากจังหวัดอุบลราชธานี พระนครศรีอยุธยา และสมุทรสงคราม

4.2 ผลสัมฤทธิ์ของโครงการในพื้นที่

ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการในแต่ละพื้นที่ (จังหวัดอุบลราชธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรสงคราม โรงพยาบาลกันตัง และกลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย) สรุปได้ว่าพื้นที่เจ้าของโครงการทุกแห่งประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมายโดยใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทของตน ซึ่งในภาพรวมสรุปได้ดังนี้

- มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะ (4 เดือน: ม.ค. –เม.ย. 2552 เทียบกับ ม.ค. –เม.ย. 2551) ลดลง 2,181,738.75 บาท
- ร้อยละของคนไข้ในทั้ง 3 โรคเป้าหมายที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น (อยู่ในช่วงร้อยละ 8.4 – 14.6)
- คนไข้ในโรคเป้าหมายที่ได้รับการรักษาและไม่ได้ยาปฏิชีวนะเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96–99) หาย เป็นปกติหรืออาการดีขึ้น ส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการรักษาที่ได้รับ (มากกว่าร้อยละ 80) และจะ กลับมารักษาที่นี้อีก (มากกว่าร้อยละ 90)
- การอบรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้โดยรวมมีในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ไม่มีการอบรมครั้งใดที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติครบทุกข้อ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเหตุผลหลายประการ เช่น ในบางเรื่องผู้รับการอบรมมีพื้นฐานความรู้ดีอยู่แล้วจึง ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้
- การอบรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อมั่นในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บางการอบรมมีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อมั่นได้ครบทุก 15 ข้อ และ ร้อยละ 85 ของการอบรมสามารถเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อมั่นได้เกินกว่ากึ่งหนึ่งของข้อคำถามทั้งหมด

ตารางที่ 7 สรุปภาพรวมของผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการในแต่ละพื้นที่ ผู้ที่สนใจสามารถศึกษา ข้อมูลโดยละเอียดได้จากรายงานการวิจัย เรื่อง “รายงานโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ของพื้นที่เจ้าของโครงการ” และ “รายงานการประเมินโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use” ในภาคผนวก 2 และ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ในแต่ละพื้นที่และในภาพรวม

ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์	ผลภาพรวมของโครงการ	อุบลราชธานี	พระนครศรีอยุธยา	สมุทรสงคราม	โรงพยาบาลกันตัง	กลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย
มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะ (4 เดือน: ม.ค. – เม.ย. 2552 เทียบกับ ม.ค. –เม.ย. 2551)	ลดลง 2,181,738.75 บาท	ลดลง 1,032,435.61 บาท ³² - โรงพยาบาลชุมชน 20 แห่งลดลง 458,502.87 บาท - ศูนย์สุขภาพชุมชน 265 แห่ง ลดลง 573,932.74 บาท	ลดลง 545,061.05 บาท - โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่งลดลง 118,087.05 บาท - ศูนย์สุขภาพชุมชน 212 แห่ง ลดลง 426,974 บาท	ลดลง 429,017.65 บาท - โรงพยาบาล 1 แห่ง ลดลง 429,017.65 บาท - ไม่มีข้อมูลจากโรงพยาบาลอีก 2 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง	ลดลง 44,709.70 บาท - โรงพยาบาล ลดลง 13,353.73 บาท - ศูนย์สุขภาพชุมชน 10 แห่ง ลดลง 31,355.97 บาท	ลดลง 130,514.24 บาท - ศรีวิชัย 1 ลดลง 2,970.89 บาท - ศรีวิชัย 2 ลดลง 125,608.51บาท - ศรีวิชัย 3 ลดลง 1,934.84 บาท
ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะ (4 เดือน: ม.ค. – เม.ย. 2552 เทียบกับ ม.ค. –เม.ย. 2551)	รูปแบบการใช้ยา Amoxicillin ลดลงในทุกแห่ง จังหวัดอุบลราชธานี และอยุธยาที่มีรูปแบบการใช้ยาที่คล้ายกัน	โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง: ชนิดเม็ดใช้ลดลงร้อยละ 46 (28 รายการ) โดย - Amoxicillin, Erythromycin และ Penicillin V ใช้ลดลง - Cephalexine, Cefdinir และ Azithromycin ใช้มากขึ้น	โรงพยาบาล 14 แห่ง: ชนิดเม็ดใช้ลดลงร้อยละ 41 (จาก 24 รายการ) โดย - Amoxicillin Erythromycin Roxithromycin, Penicillin V และ Norfloxacin ใช้ลดลง - Cephalexine, Cefdinir Co-trimoxazole และ Ofloxacin ใช้มากขึ้น	โรงพยาบาล 1 แห่ง: ชนิดเม็ดใช้ลดลงร้อยละ 84 (จาก 19 รายการ) โดย - Amoxicillin + Clavulanic acid, Cephalexine, Cefdinir, Cloxacillin, Dicloxacillin, Co-trimoxazole, Erythromycin, Roxithromycin, Norfloxacin Ofloxacin ใช้ลดลง - Penicillin V ใช้มากขึ้น	โรงพยาบาลกันตัง ชนิดเม็ดใช้ลดลงร้อยละ 58 (จาก 12 รายการ) โดย - Cephalexine, Amoxicillin Roxithromycin และ Ofloxacin ใช้ลดลง - Penicillin V, Norfloxacin และ Co-trimoxazole ใช้มากขึ้น	ศรีวิชัย 2 ชนิดเม็ดใช้ลดลงร้อยละ 70 (จาก 27 รายการ) โดย - Amoxicillin, Amoxicillin + Clavulanic acid, Ofloxacin, Azithromycin, Cephalexine, Erythromycin และ Roxithromycin ใช้ลดลง - Penicillin V ใช้มากขึ้น

ตารางที่ 7 ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ในแต่ละพื้นที่และในภาพรวม

ตัวชี้วัด ผลสัมฤทธิ์	ผลภาพรวมของ โครงการ	อุบลราชธานี	พระนครศรีอยุธยา	สมุทรสงคราม	โรงพยาบาลกันตัง	กลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย
<p>ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะ (ต่อ)</p> <p>(4 เดือน: ม.ค. – เม.ย. 2552 เทียบกับ ม.ค. –เม.ย. 2551)</p>		<p>ชนิดน้ำใช้ลดลงร้อยละ 57 (จาก 14 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Cephalexine, Erythromycin และ Penicillin V ใช้ลดลง - Azithromycin และ Co-trimoxazole ใช้มากขึ้น <p><u>ศูนย์สุขภาพชุมชน 265 แห่ง</u></p> <p>ชนิดเม็ดใช้ลดลงร้อยละ 71 (จาก 14 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Cloxacillin, Co-trimoxazole, Erythromycin และ Penicillin V ใช้ลดลง <p>ชนิดน้ำใช้ลดลงร้อยละ 67 (จาก 3 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin ใช้ลดลง 	<p>ชนิดน้ำใช้ลดลงร้อยละ 69 (จาก 13 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Cefdinir Erythromycin, Penicillin V และ Co-trimoxazole ใช้ลดลง - Amoxicillin + Clavulanic acid, Azithromycin และ Cephalexine ใช้มากขึ้น <p><u>ศูนย์สุขภาพชุมชน 212 แห่ง</u></p> <p>ชนิดเม็ดใช้ลดลงร้อยละ 83 (จาก 18 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Cloxacillin, Erythromycin, Norfloxacin, Roxithromycin และ Penicillin V ใช้ลดลง - Amoxicillin+Clavulanic acid และ Co-trimoxazole เพิ่มขึ้น <p>ชนิดน้ำใช้ลดลงร้อยละ 86 (จาก 7 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Co-trimoxazole, Cloxacillin, Dicloxacillin, Erythromycin และ Penicillin V ใช้ลดลง - Cephalexine ใช้มากขึ้น 	<p>ชนิดน้ำใช้ลดลงร้อยละ 88 (จาก 8 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Amoxicillin + Clavulanic acid, Cloxacillin, Cephalexine, Erythromycin, Co-trimoxazole, และ Penicillin V ใช้ลดลง - Dicloxacillin ใช้มากขึ้น 	<p>ชนิดน้ำใช้ลดลงร้อยละ 75 (จาก 8 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cephalexine, Erythromycin, Penicillin V และ Amoxicillin ใช้ลดลง - Amoxicillin+Clavulanic acid และ Co-trimoxazole เพิ่มขึ้น - Dicloxacillin ชนิดเม็ดและน้ำแทบไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม <p><u>ศูนย์สุขภาพชุมชน 10 แห่ง</u></p> <p>ชนิดเม็ดใช้ลดลงร้อยละ 58 (จาก 12 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Cephalexine, Dicloxacillin, Ofloxacin, Roxithromycin ใช้ลดลง - Amoxicillin+Clavulanic acid, Co-trimoxazole และ Penicillin V เพิ่มขึ้น <p>ชนิดน้ำใช้ลดลงร้อยละ 63 (จาก 8 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Cephalexine, Erythromycin และ Penicillin V ลดลง - Amoxicillin+Clavulanic acid และ Co-trimoxazole ใช้มากขึ้น - Dicloxacillin ไม่เปลี่ยนแปลง 	<p>ชนิดน้ำใช้ลดลงร้อยละ 77 (จาก 13 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Azithromycin, Cephalexine, Cefdinir, Cefprozil, Cloxacillin และ Erythromycin ใช้ลดลง - Co-trimoxazole ใช้มากขึ้น <p><u>ศรีวิชัย 3</u></p> <p>ชนิดเม็ดใช้ลดลงร้อยละ 52 (จาก 23 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Norfloxacin Ofloxacin ใช้ลดลง - Penicillin V ใช้มากขึ้น <p>ชนิดน้ำใช้ลดลงร้อยละ 58 (จาก 12 รายการ) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin, Cephalexine, Cefprozil และ Erythromycin ใช้ลดลง - Azithromycin, Cefdinir, Co-trimoxazole ใช้มากขึ้น

ตารางที่ 7 ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ในแต่ละพื้นที่และในภาพรวม (ต่อ)

ตัวชี้วัด ผลสัมฤทธิ์	ผลภาพรวมของ โครงการ	อุบลราชธานี	พระนครศรีอยุธยา	สมุทรสงคราม	โรงพยาบาลกันตัง	กลุ่ม โรงพยาบาล ศรีวิชัย
ร้อยละของคนไข้ ในโรคเป้าหมาย ที่ไม่ได้รับยา ปฏิชีวนะ (4 เดือน: ม.ค. –เม.ย. 2552 เทียบกับ 3 เดือน: ต.ค. – ธ.ค. 2551)	ร้อยละของคนไข้ในทั้ง 3 โรคเป้าหมายที่ไม่ได้รับ ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น	ใน URI เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.9 (เป็น ร้อยละ 80.7) ใน ท้องเสีย เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.9	ใน URI เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.4 (เป็นร้อยละ 80.7) ใน ท้องเสีย เพิ่มขึ้นร้อยละ 11 (เป็นร้อยละ 81.6) ใน แผล เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.6 (เป็นร้อยละ 71.2)	-	-	-
ความรู้และ ทัศนคติของผู้ เข้าอบรม	ความรู้ 12 ข้อคำถาม - โดยรวมเปลี่ยน แปลง ในทิศทางที่ดีขึ้น - ไม่มีการอบรมครั้งใดที่ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ครบทุกข้อ (อาจเป็น เพราะในบางเรื่องผู้รับ การอบรมมีพื้นฐาน ความรู้ดีอยู่แล้วจึงไม่ เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้)	ความรู้เปลี่ยนแปลงในทิศ ทางที่ดี ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดย เฉลี่ย 7 จาก 12 ข้อ (SD = 2.9) (ข้อมูลจากการอบรม 11 ครั้ง) <u>หมายเหตุ</u> - การอบรมที่เปลี่ยนแปลงความรู้ ได้มากที่สุดสามารถเปลี่ยน แปลงความรู้ได้ 10 จาก 12 ข้อ - มีคำถาม 1-2 ข้อที่ไม่พบการ เปลี่ยน แปลง เพราะผู้รับการ อบรมทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดมี ความรู้ดีมากอยู่แล้วในประเด็น นั้นจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ความรู้เปลี่ยนแปลงในทิศ ทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติโดยเฉลี่ย 6 จาก 12 ข้อ (SD = 1.7) (ข้อมูลจาก การอบรม 16 ครั้ง) <u>หมายเหตุ</u> - ในข้อคำถามที่ไม่พบการ เปลี่ยนแปลง มีคำถาม 1- 4 ข้อที่พบว่าผู้รับการ อบรมทั้งหมดหรือเกือบ ทั้งหมดมีความรู้ดีมากอยู่ แล้วในประเด็นนั้นจึงไม่มี การเปลี่ยนแปลงความรู้	ความรู้เปลี่ยนแปลงในทิศ ทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติโดยเฉลี่ย 3 จาก 12 ข้อ (SD = 0.6) (ข้อมูลจาก การอบรม 3 ครั้ง) <u>หมายเหตุ</u> - ในข้อคำถามที่ไม่พบการ เปลี่ยนแปลง มีคำถาม 1- 3 ข้อที่พบว่าผู้รับการ อบรมทั้งหมดหรือเกือบ ทั้งหมดมีความรู้ดีมากอยู่ แล้วในประเด็นนั้นจึงไม่มี การเปลี่ยนแปลงความรู้	ความรู้เปลี่ยนแปลงในทิศ ทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 7 จาก 12 ข้อ (ข้อมูล จากการอบรม 1 ครั้ง) <u>หมายเหตุ</u> - ในข้อคำถามที่ไม่พบการ เปลี่ยนแปลง มีคำถาม 1 ข้อ ที่พบว่าผู้รับการอบรม ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดมี ความรู้ดีมากอยู่แล้วใน ประเด็นนั้นจึงไม่มีการ เปลี่ยนแปลงความรู้	เปลี่ยนแปลง ความรู้ในทิศ ทางที่ดีขึ้น 9 จาก 12 ข้อ (ข้อมูลรวมจาก การอบรม 4 ครั้ง)

ตารางที่ 7 ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ในแต่ละพื้นที่และในภาพรวม (ต่อ)

ตัวชี้วัด ผลสัมฤทธิ์	ผลภาพรวมของ โครงการ	อุบลราชธานี	พระนครศรีอยุธยา	สมุทรสงคราม	โรงพยาบาลกันตัง	กลุ่มโรงพยาบาล ศรีวิชัย
ความรู้และ ทัศนคติของผู้ เข้าอบรม (ต่อ)	ทัศนคติและความเชื่อมั่น มี 15 ข้อคำถาม - โดยรวมมีการ เปลี่ยนแปลงในทิศทาง ที่ดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ - บางการอบรมมีการ เปลี่ยนทัศนคติและ ความเชื่อมั่นได้ครบทุก 15 ข้อ - ร้อยละ 85 ของการ อบรมสามารถเปลี่ยน ทัศนคติและความ เชื่อมั่นได้เกินกว่ากึ่ง หนึ่งของข้อคำถาม ทั้งหมด	- เปลี่ยนแปลงทัศนคติและความ เชื่อมั่นในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 10 จาก 15 ข้อ (SD = 3.3) (ข้อมูลจากการ อบรม 11 ครั้ง) - การอบรมที่เปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความเชื่อมั่นได้มากที่สุด สามารถเปลี่ยน แปลงทัศนคติ และความเชื่อมั่นได้ถึง 14 ข้อ	- เปลี่ยนแปลงทัศนคติและ ความเชื่อมั่นในทิศทางที่ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติเฉลี่ย 10 จาก 15 ข้อ (SD = 3.3) (ข้อมูลจาก การอบรม 14 ครั้ง) - การอบรมที่เปลี่ยนแปลง ทัศนคติและความเชื่อมั่น ได้มากที่สุด สามารถ เปลี่ยน แปลงทัศนคติ และความเชื่อมั่นได้ครบ ทุก 15 ข้อ	- ข้อมูลจากการอบรม 3 ครั้ง พบว่า มี เปลี่ยนแปลงทัศนคติและ ความเชื่อมั่นในทิศทางที่ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติเฉลี่ย 8 จาก 15 ข้อ (SD = 2.5) (ข้อมูลจากการ อบรม 3 ครั้ง) - การอบรมที่เปลี่ยนแปลง ทัศนคติและความเชื่อมั่น ได้มากที่สุด สามารถ เปลี่ยน แปลงทัศนคติ และความเชื่อมั่นได้ 10 จาก 15 ข้อ	เปลี่ยนแปลงทัศนคติและ ความเชื่อมั่นในทิศทางที่ ดีขึ้นอย่างมีนัย สำคัญ ทางสถิติ 10 จาก 15 ข้อ (ข้อมูลจากการอบรม 1 ครั้ง)	เปลี่ยนทัศนคติ และความเชื่อมั่น ได้ครบทุก 15 ข้อ (ข้อมูลรวมจาก การอบรม 4 ครั้ง)

ตารางที่ 7 ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use ในแต่ละพื้นที่และในภาพรวม (ต่อ)

ตัวชี้วัด ผลสัมฤทธิ์	ผลภาพรวมของ โครงการ	อุบลราชธานี	พระนครศรีอยุธยา	สมุทรสงคราม	โรงพยาบาลก้นต้ง	กลุ่มโรงพยาบาล ศรีวิชัย
ผลการรักษาและ ความพึงพอใจ ของคนไข้ในโรค เป้าหมายที่ไม่ได้ ยาปฏิชีวนะ	โดยภาพรวม คนไข้กลุ่ม ดังกล่าวเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96-99) หายเป็น ปกติหรืออาการดีขึ้น ส่วน ใหญ่พึงพอใจต่อการ รักษาที่ได้รับ (มากกว่า ร้อยละ 80) และจะ กลับมารักษาที่นี้อีก (มากกว่าร้อยละ 90)	-	-	ในคนไข้ 151 คน - ร้อยละ 96.7 หายเป็นปกติ หรือมีอาการดีขึ้น - มากกว่าร้อยละ 80 พึง พอใจต่อการรักษาที่ได้รับ มากกว่าร้อยละ 90 จะ กลับมารักษาที่นี้อีก ³³	-	ในคนไข้ 917 คน - ร้อยละ 99.3 หาย เป็นปกติหรือมี อาการดีขึ้น - มากกว่าร้อยละ 80 พึงพอใจต่อ การรักษาที่ได้รับ - มากกว่าร้อยละ 90 จะกลับมา รักษาที่นี้อีก

4.3 การแปลผลเชิงนโยบาย

ในส่วนนี้เป็นการประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเพื่อตอบคำถามเชิงนโยบายเกี่ยวกับภาพรวมของการดำเนินโครงการ ใน 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. โครงการ ASU ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาปฏิชีวนะของสถานพยาบาลได้มากน้อยแค่ไหน
คุ้มค่าต้องบประมาณที่ใช้ไปหรือไม่
2. ADR ของกลุ่มยาปฏิชีวนะสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ โครงการ ASU ช่วยให้เกิดอัตราหรือความเสี่ยงของการเกิด ADR ได้อย่างไร และได้มากน้อยแค่ไหน
3. ผลการรักษาเมื่อคนไข้ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นอย่างไร มั่นใจกับผลที่ได้มากน้อยแค่ไหน

4.3.1 โครงการ ASU ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาปฏิชีวนะของสถานพยาบาลได้มากน้อยแค่ไหน คุ้มค่าต้องบประมาณที่ใช้ไปหรือไม่

ในช่วง 4 เดือนหลังเริ่มโครงการ พื้นที่เจ้าของโครงการทั้งหมดโดยภาพรวมมีมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงประมาณ 2.2 ล้านบาทจากปีที่แล้ว หรือคิดเป็น 6.6 ล้านบาท/ปี โครงการ ASU ใช้งบดำเนินการรวมประมาณ 2.5 ล้านบาท ซึ่งเทียบเฉพาะเม็ดเงินก็นับว่าคุ้มค่า ซึ่งการคำนวณนี้ยังไม่รวมผลกระทบเรื่องการลด ADR ค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการแพ้ยาหรือเชื้อดื้อยา ผลระยะยาวต่อการเปลี่ยนแปลงฐานความคิดของผู้สั่งใช้ยา การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และทรัพยากรมนุษย์ ดังนั้น ในอนาคตอาจต้องมีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์อย่างเป็นระบบและติดตามผลในระยะยาวของโครงการร่วมด้วย

4.3.2 ADR ของกลุ่มยาปฏิชีวนะสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ โครงการ ASU ช่วยให้เกิดอัตราหรือความเสี่ยงของการเกิด ADR ได้อย่างไร และได้มากน้อยแค่ไหน

จากข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง (20 แห่ง) ในจังหวัดอุบลราชธานี ก่อนเริ่มโครงการโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรค URI ที่ร้อยละ 50.4 แต่หลังทำโครงการอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรค URI ลดลงอยู่ที่ร้อยละ 37.5 (ลดลงร้อยละ 12.9) หากแปลผลเป็นจำนวนคนไข้ในช่วง 4 เดือน พบว่า โรงพยาบาลต่างๆ มีคนไข้โรค URI มารับการรักษาทั้งสิ้น 52,400 คน และหากยังจ่ายยาปฏิชีวนะเหมือนเดิมก่อนเริ่มทำโครงการ จะทำให้คนไข้ 26,410 คน ได้รับยาปฏิชีวนะ แต่เนื่องจากในช่วงดังกล่าวโรงพยาบาลได้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างระมัดระวังและสมเหตุสมผลมากขึ้นทำให้มีคนไข้เพียง 19,663 คนได้รับยาปฏิชีวนะ แปลว่า โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี ช่วยกันป้องกันคนไข้จำนวน 6,747 คน (คือ 26,410 ลบด้วย 19,663) ไม่ให้ได้รับอันตรายจากการได้รับยาปฏิชีวนะโดยจำเป็นต้องใช้

ถ้ามีการใช้ยาปฏิชีวนะในคน 6,747 คนนี้ อาจมีคนจำนวนหนึ่งแพ้ยา อีกจำนวนหนึ่งเกิดอาการข้างเคียงของยาในความรุนแรงที่มากน้อยต่างกันออกไป และอีกจำนวนหนึ่งอาจต้องกลับมาโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงเหล่านั้น แต่ที่แน่นอนที่สุด คือ ทุกคนในจำนวน 6,747 คนนี้ กลายเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการวิวัฒนาการของเชื้อแบคทีเรียในการเกิดเชื้อดื้อยา

ตัวเลข 6,747 นี้เป็นเพียงตัวอย่างใน 1 โรค ใน 1 พื้นที่ ในช่วงเวลาเพียง 4 เดือน (โรค URI ในโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ช่วงมกราคม – เมษายน 2552) หากคำนวณโดยคิดเป็น 1 ปี โรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานีจะช่วยป้องกันคนไข้ URI จากการได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น เป็นจำนวนถึง 20,241 คน

4.3.3 ผลการรักษาเมื่อคนไข้ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นอย่างไร มั่นใจกับผลที่ได้มากน้อยแค่ไหน

ข้อมูลการติดตามคนไข้ในโรคเป้าหมายที่ได้รับการรักษาและไม่ได้ยาปฏิชีวนะเกือบทั้งหมดจากจังหวัดสมุทรสงคราม (N = 151) และจากกลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย (N = 917) พบว่า คนไข้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96 และ 99 ตามลำดับ) หายเป็นปกติหรืออาการดีขึ้น ส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการรักษาที่ได้รับ (มากกว่าร้อยละ 80) และจะกลับมารักษาที่นี้อีก (มากกว่าร้อยละ 90)

ข้อมูลเหล่านี้สอดคล้องกับข้อมูลในโครงการนำร่องที่จังหวัดสระบุรีที่ติดตามอาการของคนไข้ในโรคเป้าหมายที่ได้รับการรักษาและไม่ได้ยาปฏิชีวนะจำนวน 1,200 คน และพบว่าเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.1) หายเป็นปกติหรืออาการดีขึ้นแล้ว ร้อยละ 2.6 อาการคงเดิม และมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 0.3) ที่รู้สึกมีอาการแย่ลงกว่าเดิม การสอบถามความพึงพอใจพบว่าประมาณร้อยละ 90 มีความพึงพอใจกับการรักษาที่ได้รับและผลการรักษาที่เกิดขึ้น และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.1) จะกลับมารักษาที่สถานพยาบาลแห่งนี้อีก หากป่วยด้วยอาการเดิมอีกในอนาคต

ข้อมูลจากการติดตามคนไข้ใน 3 แหล่งนี้ซึ่งมีทั้งคนไข้ที่เป็นคนในเมืองหลวง คนชนเมือง และคนต่างจังหวัด ล้วนยืนยันผลซึ่งกันและกัน จึงสามารถสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้สั่งใช้ยาและผู้กำหนดนโยบายได้ว่า คนไข้ในโรคเป้าหมายสามารถหายได้เป็นปกติหรือมีอาการดีขึ้นแม้ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ มีความพึงพอใจ และต้องการกลับมารักษาที่นี้หากเจ็บป่วยแบบนี้อีก

บทที่ 5

บทสังเคราะห์และเรียนรู้การขยายผลโครงการ

ในส่วนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพของโครงการ (Qualitative approach) โดยมีการประมวลข้อมูลจากข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการจากฝ่ายประเมินผลโครงการ (ภาคผนวก 3) และผลจากการประชุมหารือร่วมกับพื้นที่เจ้าของโครงการ เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2552 (ภาคผนวก 1) โดยประกอบด้วย 7 ส่วนคือ

1. จุดเด่นและปัจจัยแห่งความสำเร็จของพื้นที่เจ้าของโครงการ
2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการในภาพรวม
3. แนวโน้มและปัจจัยสู่ความยั่งยืน
4. ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในพื้นที่
5. ข้อเสนอแนะจากพื้นที่โดยภาพรวม
6. แนวทางการดำเนินโครงการในอนาคต
7. บันทึกส่งท้าย

5.1 จุดเด่นและปัจจัยแห่งความสำเร็จในพื้นที่เจ้าของโครงการ

การดำเนินโครงการ ASU ของพื้นที่เจ้าของโครงการตามบริบทเฉพาะตนในแต่ละแห่ง สามารถสรุปเป็นจุดเด่นของการดำเนินงาน และปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งสรุปได้ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สรุปจุดเด่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะของพื้นที่เจ้าของโครงการ

พื้นที่เจ้าของโครงการ	จุดเด่นของการดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ
อุบลราชธานี	<p>จังหวัดขนาดใหญ่ – เน้นการบริหารจัดการที่เป็นระบบ มีความชัดเจนในการแบ่งความรับผิดชอบเป็นเขตของพื้นที่ตามสายบังคับบัญชา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้นโยบายสั่งการตามสายบังคับบัญชา (Top-down policy) และแถลงนโยบายต่อผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกระดับอย่างชัดเจน - การแบ่งการดำเนินการเป็นโซน (zoning) 4 โซนโดยแต่ละโซนมีผู้นำในการดำเนินการเป็นแพทย์ที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 4 แห่ง) และสร้างวิทยากรในพื้นที่ - การประกวดระดับโซนและสถานพยาบาลทำให้เกิดการแข่งขันเชิงบวก - การเปิดตัวโครงการอย่างเป็นทางการผ่านสื่อมวลชนเพื่อส่งสัญญาณให้รู้ว่าจังหวัดเอาจริงกับโครงการนี้ 	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนจากผู้บริหารในทุกระดับ - การทำงานเป็นเครือข่ายระดับจังหวัดและระดับโซน - การได้รับความร่วมมือจากแพทย์มาทำหน้าที่เป็นกำลังขับเคลื่อนที่สำคัญ - รูปแบบการดำเนินการที่หลากหลายจึงสามารถชักนำภาคีอื่นๆ มาร่วมให้การสนับสนุน 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้สั่งใช้ยาหลังดำเนินโครงการ - ควรมีการวิจัยในพื้นที่เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษา เพื่อให้แพทย์ผู้รักษาเกิดความมั่นใจ - กระทรวงสาธารณสุขควรให้นโยบายที่ชัดเจนและติดตามจริงจัง - ออย. ควรช่วยประชาสัมพันธ์ในกลุ่มประชาชน (Mass media) - บทบาทของ สสจ. คือร่วมรณรงค์ กระตุ้น สนับสนุน/ช่วยเหลือ ความร้องขอ และติดตามงานสม่ำเสมอ - ระบบฐานข้อมูลต้องรองรับการติดตามประเมินผล - ผู้บริหารต้องจริงจังสม่ำเสมอ - การอบรมควรครอบคลุม 100% และมีการอบรมซ้ำเป็นระยะ - การอบรมเสวนาแพทย์ต้องใช้วิทยากรที่เป็นอาจารย์แพทย์จึงเป็นการเหมาะสม ซึ่งออย. ควรจัดหาให้ - ควรมีตัวบ่งชี้ที่ใช้ประเมินผลในระดับประเทศ - สิ่งที่ต้องอบรมต่อไปคือ Appropriate Drug Selection

ตารางที่ 8 สรุปจุดเด่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะของพื้นที่เจ้าของโครงการ (ต่อ)

พื้นที่เจ้าของโครงการ	จุดเด่นของการดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ
พระนครศรีอยุธยา	จังหวัดขนาดกลาง – เน้นความร่วมมือด้วยความสมัครใจ - การเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลชุมชนสมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลนำร่องโดยใช้วิธี win-win strategy โดยสถานพยาบาลนำร่องจะได้รับการอบรมทักษะการทำวิจัยเพื่อเพิ่มทักษะในการผลิตผลงานวิจัยจากการดำเนินโครงการ ASU (R2R)	- การสนับสนุนจากผู้บริหาร - เครือข่ายเภสัชกร โรงพยาบาลที่เข้มแข็ง - ความสามารถในการประสานงานของผู้ประสานงานหลักในพื้นที่	- ควรกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ พร้อมมีตัวชี้วัดในการติดตามเป็นลำดับขั้นมากกว่าเป็นการสมัครร่วมโครงการตามความสนใจ เช่นเดียวกันในจังหวัด ก็ควรเป็นนโยบายเพราะผู้บริหารมีส่วนสำคัญมากต่อความสำเร็จของโครงการ - อย.ควรประชาสัมพันธ์/รณรงค์ในประชาชนผ่านสื่อโทรทัศน์ - การประเมินผลด้วยตัวชี้วัดเป็นประจำทุกปีและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติทั้งในระดับประเทศและจังหวัดจะทำให้เกิดความยั่งยืนของโครงการโดยมีผู้รับผิดชอบติดตาม เช่น สปสช. สำนักตรวจราชการ - สมาคมแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรได้รับรองเกณฑ์ในการสั่งจ่ายยาใน 3 โรคเป้าหมาย - อย.ควรผลักดันให้สถาบันที่ผลิตแพทย์ให้บรรจุเรื่องนี้ในหลักสูตร - อย.ควรเร่งเพิ่มจำนวนวิทยากรที่มีความรู้และทักษะในการถ่ายทอด - ควรลดภาระของผู้ปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดทำรายงาน และการติดตามความก้าวหน้าของโครงการ ควรมีลักษณะเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีประเด็นชัดเจน
สมุทรสงคราม	จังหวัดขนาดเล็ก – เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ การบูรณาการกิจกรรมในโครงการ ASU เข้ากับงานประจำ และการสร้างวิทยากรในพื้นที่	- ความสามารถในการประสานการมีส่วนร่วม	- อย.ควรรณรงค์ผ่านสื่อโทรทัศน์ และให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมแก่ประชาชนให้รับรู้และตระหนัก - ควรมีระบบการติดตามการปฏิบัติของผู้สั่งจ่ายยาอย่างสม่ำเสมอ และให้ข้อมูลย้อนกลับ - การดำเนินโครงการควรครอบคลุมแหล่งกระจายยาอื่น เช่น ร้านขายยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน - ควรมีการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ - สื่อให้ความรู้แก่ประชาชนควรมีความหลากหลายให้เลือกใช้ - คู่มือการใช้ยาควรได้รับการรับรองจากสมาคมแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 8 สรุปจุดเด่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะของพื้นที่เจ้าของโครงการ (ต่อ)

พื้นที่เจ้าของโครงการ	จุดเด่นของการดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ
โรงพยาบาลกันตัง และ เครือข่ายสุขภาพกันตัง (จ.ตรัง)	การทำงานระดับอำเภอ – เน้นการทำงาน ร่วมกันระหว่างองค์กรแพทย์ คณะกรรมการ PTC และกลุ่มงานเภสัช กรรมในโรงพยาบาล เกิดเป็นนโยบายของ หน่วยงาน มีวิทยากรในพื้นที่ และ ประสานงานให้เกิดการดำเนินงานใน CUP	- ความสามารถในการ ประสานงานของผู้ ประสานงานหลักในพื้นที่ - ทักษะที่ดีของบุคลากร ทางการแพทย์ต่อโครงการ	- ควรมีการนำเสนอผลการประเมินเป็นระยะๆ เพื่อนำผลไปพัฒนาการดำเนินโครงการ - ควรจัดทำ Clinical Practice Guideline ของ 3 โรคเป้าหมายเพื่อให้ประโยชน์ - ควรมีการให้ความรู้ในโรงเรียนแพทย์ - ควรดำเนินการทั้งในโรงพยาบาลรัฐและสถานพยาบาลเอกชน - ขยายโครงการให้ครอบคลุมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอื่นๆด้วย - ควรให้ความรู้ประชาชนผ่านผู้นำชุมชน เช่น อบต.
กลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย (กรุงเทพ และ สมุทรสาคร)	โรงพยาบาลเอกชนที่มีหลายสาขา – เน้น นโยบายของผู้นำองค์กร การติดตามผล การดำเนินโครงการอย่างจริงจัง การอบรม แพทย์ให้ครอบคลุม และการปรับระบบ ใบสั่งยาให้สะดวกต่อการเก็บข้อมูลและ กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามนโยบาย	- ความมุ่งมั่นจริงจังของ ผู้นำองค์กร - การคิดนวัตกรรม (ระบบ ใบสั่งยา) และความ คล่องตัวในการ เปลี่ยนแปลง	- อย.ควรตรวจคัดอย่างจริงจังเพื่อเร่งกดดันจากผู้บริโภค โดยผ่านสื่อโฆษณาโทรทัศน์ - ควรทำให้โครงการนี้เป็นนโยบายระดับประเทศ - ควรเริ่มให้ความรู้ในโรงเรียนแพทย์ - ควรให้หน่วยงาน/องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคมาร่วมรณรงค์ในประชาชน - ควรมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลสำเร็จของโครงการแก่กลุ่มเป้าหมายเป็นระยะ อย่างสม่ำเสมอ

5.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการในภาพรวม

ในการวิเคราะห์ภาพรวมของโครงการนี้ ได้จากรายงานของพื้นที่ (ภาคผนวก 2) รายงานของฝ่ายประเมินผลโครงการ (ภาคผนวก 3) และการประชุมสรุปโครงการในวันที่ 11 สิงหาคม 2552 (ภาคผนวก 1) พบว่าปัจจัยที่ทำให้โครงการ ASU ปีที่ 2 ประสบผลสำเร็จ มี 10 ปัจจัย คือ

1. ลักษณะของโครงการ ASU ที่สอดคล้องกับวิถีของงานในพื้นที่: พื้นที่เจ้าของโครงการเห็นพ้องต้องกันว่า โดยภาพรวมโครงการ ASU เป็นโครงการที่มีความชอบธรรม นั่นคือ มีสาระที่เป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม และพื้นที่ของตน สอดคล้องกับงานเดิมหรืองานประจำที่มีอยู่เดิม สามารถทดลองทำและวัดผลได้ มีแนวทางที่ค่อนข้างชัดเจนแต่ยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ และถึงแม้จะมีขั้นตอนบางขั้นตอนที่อาจยุ่งยากซับซ้อนแต่ก็อยู่ในวิสัยที่พื้นที่จะสามารถปรับกระบวนการและบริหารจัดการได้
2. การสนับสนุน ความมุ่งมั่นและจริงจังของผู้นำองค์กร: การที่ผู้นำขององค์กร (เช่น นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ให้ความเห็นชอบและสนับสนุนโครงการทำให้ทีมงานทำงานชัดเจนต่อทิศทางขององค์กร มีความมั่นใจที่จะขับเคลื่อนโครงการ และมีขวัญกำลังใจในการทำงาน
3. การมีเกณฑ์ตัวชี้วัดของ สปสช. เรื่องการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพประชาชนอย่างสมเหตุผล: การที่ สปสช. ประกาศให้กิจกรรมในโครงการ ASU เป็นส่วนหนึ่งของของเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการด้านยา ส่งผลสำคัญ 2 ประการ คือ เป็นการรองรับการทำงานให้แก่พื้นที่เจ้าของโครงการซึ่งทำให้พื้นที่เกิดความเชื่อมั่นและเห็นทิศทางเรื่องการแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนของประเทศจึงพร้อมที่จะสานต่อโครงการอย่างเป็นรูปธรรมอย่างยั่งยืน และเป็นการกระตุ้นให้จังหวัดหรือหน่วยงานอื่นๆ เข้าร่วมโครงการมากขึ้น
4. การมีทีมขับเคลื่อนแบบสหวิชาชีพ: พื้นที่เจ้าของโครงการแต่ละแห่งได้มีการแต่งตั้งคณะผู้รับผิดชอบโครงการอย่างชัดเจน ซึ่งมักประกอบด้วยทีมแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ด้านการสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ การได้รับความร่วมมือจากแพทย์เข้ามาร่วมขับเคลื่อนงานทำให้การดำเนินโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
5. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินโครงการ: ในช่วงเริ่มต้นโครงการ ได้จัดให้มีการประชุมหารือร่วมกันระหว่างพื้นที่เจ้าของโครงการและทีมงานจากส่วนกลาง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดำเนินโครงการ ทำให้การทำงานเป็นบรรยากาศของความร่วมมือด้วยกันทั้งสองฝ่าย (Partnership) มากขึ้น
6. ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อโครงการ: ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อโครงการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยภาพรวม บุคลากรทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมักเปิดใจยอมรับแนวทางและแนวคิดของโครงการเกี่ยวกับการรักษาโรคเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับการยอมรับอาจแตกต่างกันไป

7. การใช้สื่อบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ: ในการขยายผลการอบรมและให้ความรู้สู่กลุ่มบุคคลต่างๆ ในพื้นที่ (เช่น บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน) ใช้ช่องทางของสื่อบุคคลเป็นหลัก เพราะมีสัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดกับชุมชน
8. การสนับสนุนจากส่วนกลาง: ทีมงานส่วนกลางทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน และให้อิสระพื้นที่ในการดำเนินการด้วยตัวเอง เน้นกระบวนการสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของโครงการในพื้นที่ (Sense of involvement and ownership)
9. ความคล่องตัวและความยืดหยุ่นในการปรับกระบวนการทำงาน: พื้นที่เจ้าของโครงการสามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการการทำงานเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะดำเนินโครงการ เช่น การปรับเปลี่ยนระบบใบสั่งยาให้เอื้ออำนวยต่อการเก็บข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เป็นการลดภาระงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นการกระตุ้นเตือนผู้สั่งยาให้ปฏิบัติตามนโยบาย
10. สี่สັນ ความสนุก และการรู้ว่ามีเพื่อนร่วมทาง: พื้นที่เจ้าของโครงการได้มีโอกาสสร้างสรรค์ผลงานและนวัตกรรม รวมทั้งจัดกิจกรรมที่หลากหลาย สร้างสีสันการทำงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรับทราบความคืบหน้าของงานซึ่งกันและกัน ทำให้รู้ว่ามีเพื่อนร่วมทางและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน

5.3 แนวโน้มและปัจจัยสู่ความยั่งยืน

การศึกษารายการขยายโครงการ ASU (โครงการ ASU ปีที่ 2) เป็นการดำเนินการในช่วงเวลาจำกัด (13 เดือน) แม้ว่าจะยังไม่อาจสรุปผลเรื่องความยั่งยืนได้ แต่สามารถสรุปได้ว่า หลังจากที่โครงการการศึกษาการขยายโครงการ ASU (โครงการ ASU ปีที่ 2) ได้สิ้นสุดลงในเดือนกันยายน 2552 พื้นที่เจ้าของโครงการแต่ละแห่งยังคงดำเนินกิจกรรมโครงการ ASU ในพื้นที่ของตนอย่างต่อเนื่อง และยังมีแผนปฏิบัติการของการดำเนินโครงการ ASU ในปีต่อไป โดยมีการต่อยอดและขยายผลโครงการด้วยตนเองและมีการผนวกกิจกรรมนี้เข้าเป็นหนึ่งในภารกิจหรืองานประจำ

การประเมินตามกรอบแนวคิดของการศึกษานี้ (รูปที่ 1) แบ่งการประเมินเป็น 2 ส่วน คือ (1) แนวโน้มสู่ความยั่งยืน และ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืน

5.3.1 แนวโน้มสู่ความยั่งยืน

แนวโน้มสู่ความยั่งยืนประเมินโดยใช้ตัวบ่งชี้ 3 ด้าน คือ (1) การที่พื้นที่สามารถดำเนินโครงการแล้วทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์อันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ (2) ความสามารถของพื้นที่ในการผนวกกิจกรรมของโครงการเข้าเป็นภารกิจหรืองานประจำของหน่วยงานตน และ (3) การที่บุคคลที่ร่วมโครงการหรือชุมชนในโครงการมีการพัฒนาศักยภาพของตน ผลการวิเคราะห์ พบว่า โครงการ ASU มีแนวโน้มสู่ความยั่งยืนในพื้นที่ เนื่องจากตัวบ่งชี้ของความยั่งยืนสะท้อนข้อมูลในภาพบวกทั้ง 3 ด้าน คือ

- ตัวบ่งชี้ที่ 1 การที่พื้นที่สามารถดำเนินโครงการแล้วทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์อันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ: การประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ แสดงให้เห็นชัดเจนว่า พื้นที่เจ้าของโครงการสามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นยังประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน และเป็นประโยชน์แก่สถานพยาบาล และประเทศชาติ
- ตัวบ่งชี้ที่ 2 ความสามารถของพื้นที่ในการผนวกกิจกรรมของโครงการเข้าเป็นภารกิจหรืองานประจำของหน่วยงานตน: ในระหว่างการดำเนินโครงการ พื้นที่เจ้าของโครงการเกือบทุกแห่งได้ผนวกกิจกรรมของโครงการเข้าเป็นภารกิจหรืองานประจำของหน่วยงาน ในปีงบประมาณหน้า (พ.ศ. 2553) ได้มีการต่อมีแผนการจัดสรรงบประมาณของตนในการดำเนินการต่อ และมีแผนการต่อยอดหรือขยายผลสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ซึ่งสาเหตุหลักประการหนึ่งคือการได้รับปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ประกาศให้การใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลเป็นหนึ่งในเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการด้านยา
- ตัวบ่งชี้ที่ 3 การที่บุคคลที่ร่วมโครงการหรือชุมชนในโครงการมีการพัฒนาศักยภาพของตน: โครงการ ASU เป็นกระบวนการการเรียนรู้ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคคลที่ร่วมโครงการ โดยผู้ร่วมโครงการในพื้นที่ต่างๆ ได้เรียนรู้ทั้งด้านวิชาการทางการแพทย์หรือคลินิก ควบคู่กับการเรียนรู้ในการบริหารโครงการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งกระบวนการขับเคลื่อนงานที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทภายในพื้นที่ของตน

5.3.2 ปัจจัยสู่ความยั่งยืน

ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนประเมินใน 3 ด้าน คือ (1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับโครงการ เช่น ขั้นตอนการออกแบบโครงการ รูปแบบ และการดำเนินการ (2) ปัจจัยภายในหน่วยงาน เช่น ความเข้มแข็งหรือบริบทภายในหน่วยงาน และ (3) ปัจจัยภายนอกหน่วยงาน เช่น นโยบาย การมีส่วนร่วมจากชุมชน ผลวิเคราะห์สรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ Antibiotics Smart Use

ปัจจัยสู่ความยั่งยืน	รายละเอียด
1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับโครงการ	
1.1 การเจรจาและการมีส่วนร่วม (Project negotiation and participation process)	<p>การการเจรจาและการมีส่วนร่วมเพิ่มแนวโน้มของความยั่งยืนของโครงการ</p> <p><u>ปัจจุบัน:</u> การดำเนินโครงการ ASU ในปี 2 นี้ ได้สร้างกระบวนการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างส่วนกลางและพื้นที่เจ้าของโครงการมากขึ้น (เมื่อเทียบกับการดำเนินงานในปีแรก) โดยมีการแลกเปลี่ยนความเห็นเพื่อตกลงเรื่องของแนวคิดของโครงการ (project concept) ส่วนรายละเอียดของการดำเนินโครงการ พื้นที่เจ้าของโครงการสามารถพัฒนากลยุทธ์ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของตนเอง (Model adapted to local conditions)</p> <p><u>ในปีต่อไป:</u> จะส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมจากพื้นที่เจ้าของโครงการให้มากยิ่งขึ้น</p>

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ Antibiotics Smart Use (ต่อ)

ปัจจัยสู่ความยั่งยืน	รายละเอียด
1.2 ประสิทธิภาพของโครงการ (Project effectiveness)	<p>การที่โครงการประสบความสำเร็จหรือได้ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายหรือตัวชี้วัดที่วางไว้เพิ่มเติม แนวโน้มของความยั่งยืนของโครงการ</p> <p><u>ปัจจุบัน:</u> จากผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการตามตัวชี้วัด (ดูบทที่ 5) แสดงให้เห็นถึงว่าการดำเนินโครงการ ASU ของพื้นที่เจ้าของโครงการโดยรวมประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้และส่งผลประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนี้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้พื้นที่ตัดสินใจที่จะดำเนินการต่อไป อย่างไรก็ตาม ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่</p> <p><u>ในปีต่อไป:</u> จำเป็นต้องมีการวางแผนพัฒนาระบบการติดตามผลการดำเนินโครงการของพื้นที่ทั่วประเทศ และปรับปรุงวิธีการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายเพื่อให้ได้บรรลุผลสัมฤทธิ์ในระดับมาตรฐานใกล้เคียงกัน</p>
1.3 ระยะเวลาของโครงการ (Project duration)	<p>ระยะเวลาและความยั่งยืนมีความสัมพันธ์กันโดยตรง ถ้าระยะเวลาสั้นเกินไป (เช่น 3 ปี) ความไม่ยั่งยืนจะมีสูง โครงการควรได้รับการสนับสนุนและดำเนินการอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 5 ปี จึงมีโอกาสของการกลายเป็นส่วนหนึ่งของงานหน่วยงาน</p> <p><u>ปัจจุบัน:</u> แม้ว่าโครงการ ASU ได้ดำเนินการมาเพียง 2 ปี แต่บรรยากาศของความยั่งยืนเริ่มเกิดขึ้นเมื่อ สปสช. ประกาศเรื่องเกณฑ์ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งเริ่มดำเนินงานด้านนี้และนำโครงการ ASU ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของตน แต่ความยั่งยืนจะต้องใช้เวลาในการที่หน่วยงานจะนำแนวคิดของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโครงการเข้าเป็นอุดมการณ์หรือส่วนหนึ่งของหน่วยงาน (Institutionalization)</p> <p><u>ในปีต่อไป:</u> จำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนทางนโยบายเพื่อให้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรคเป้าหมายเหล่านี้เป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดของหน่วยงาน เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (Hospital Accreditation:HA) และกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการปลูกฝังแนวคิดของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน</p>
1.4 การเงิน (Project financing)	<p>งบสนับสนุนโครงการเป็นปัจจัยสำคัญมากต่อความยั่งยืนของโครงการ</p> <p><u>ASU ปีที่ 1:</u> ได้รับสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p><u>ASU ปีที่ 2:</u> ได้รับงบสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยจัดสรรงบประมาณบางส่วนให้กับพื้นที่เจ้าของโครงการแต่ละแห่งเพื่อดำเนินการ และพื้นที่เจ้าของโครงการได้บริหารจัดการให้มีการใช้งบประมาณร่วมกันกับงานที่เกี่ยวข้องของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p><u>ในปีต่อไป:</u> โครงการมีแนวโน้มที่จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกเพิ่มขึ้น แต่งบสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะลดลง พื้นที่เจ้าของโครงการบางแห่งมีการวางแผนเพื่อจัดสรรงบประมาณของตนในการดำเนินโครงการต่อไปในพื้นที่</p>

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ Antibiotics Smart Use (ต่อ)

ปัจจัยสู่ความยั่งยืน	รายละเอียด
1.5 การฝึกอบรมเพื่อพัฒนา ศักยภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ (Training)	<p>โครงการที่มีการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพของทีมงานหรือผู้เข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มที่จะเกิดความยั่งยืนมากกว่าโครงการที่ไม่มี การฝึกอบรม</p> <p><u>ปัจจุบัน:</u> โครงการ ASU มีฝึกอบรมความรู้ด้านคลินิก (แนวทางการรักษาและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล) และการฝึกอบรมความรู้ด้านการทำวิจัย (เพื่อสามารถต่อยอดเป็น R2R) อย่างไรก็ตาม การฝึกอบรมที่ผ่านมายังไม่เป็นระบบมากนัก</p> <p><u>ในปีต่อไป:</u> โครงการ ASU จะแบ่งการฝึกอบรมเป็น 3 ด้านหลัก คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝึกอบรมด้านการเป็นสื่อบุคคลที่มีประสิทธิภาพ มีเนื้อหา 2 ส่วน คือ ความรู้และทักษะด้านคลินิกหรือแนวทางการรักษาโรคและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และความรู้และทักษะของการสื่อสารกับคนไข้ บุคลากรทางการแพทย์ และสื่อสารมวลชน - การฝึกอบรมความรู้ด้านการทำวิจัย เพื่อสามารถต่อยอดเป็น R2R และ - การฝึกอบรมความรู้ด้านกระบวนการขับเคลื่อนงาน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย
2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับหน่วยงาน	
2.1 ความเข้มแข็งของหน่วยงาน (Institutional strength)	<p><u>พื้นที่เจ้าของโครงการ:</u> โครงการ ASU เน้นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสอดคล้องกับนโยบายและงานหลายๆ ด้านของพื้นที่ เช่น นโยบายด้านความปลอดภัยของคนไข้ (Patient safety) งานติดตามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction: ADR) งานการตรวจรักษาและให้บริการแก่คนไข้ งานคุ้มครองผู้บริโภค และการรณรงค์ให้ความรู้ในชุมชน เป็นต้น การดำเนินโครงการจึงใช้โครงสร้างของหน่วยงานและทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน</p> <p><u>ส่วนกลาง:</u> โครงการ ASU เป็นการดำเนินงานในขอบเขตของนโยบายแห่งชาติด้านยา ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อย่างไรก็ตาม งานด้านนี้ในปัจจุบันยังไม่มีโครงสร้างด้านกำลังคนหรือสถานที่รองรับ งาน ASU จึงเป็นลักษณะโครงการวิจัยซึ่งบริหารโดยข้าราชการ 1 คน ลูกจ้างเหมาเภสัชกรและธุรการอย่างละ 1 คน และประสานความร่วมมือกับนักวิจัยจากภายนอก การบริหารโครงการวิจัยภายใต้บริบทปัจจุบันแม้ว่าจะได้ผลผลิตออกสู่ภายนอกตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่กระบวนการบริหารภายในเป็นแบบที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้โครงการดำเนินไปได้</p>
2.2 การผนวกเข้ากับระบบที่มีอยู่ (Integration with existing programs / services)	<p>โครงการที่ดำเนินงานโดยไม่ประสานกับงานใดในหน่วยงาน มีโอกาสของความยั่งยืนต่ำ</p> <p><u>พื้นที่เจ้าของโครงการ:</u> พื้นที่เจ้าของโครงการหลายแห่งได้ผนวกกิจกรรมโครงการ ASU เข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ โดยดำเนินการภายใต้ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน</p> <p><u>ส่วนกลาง:</u> การดำเนินงาน ASU ในปัจจุบันเป็นลักษณะของโครงการวิจัย และยังไม่เข้าสู่งานประจำ</p>

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ Antibiotics Smart Use (ต่อ)

ปัจจัยสู่ความยั่งยืน	รายละเอียด
3. ปัจจัยแวดล้อมภายนอก	
การมีส่วนร่วมของชุมชน	การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มโอกาสของความยั่งยืนให้กับโครงการ ปัจจุบัน: พื้นที่เจ้าของโครงการมีกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนที่มากนักน้อยแตกต่างกันไป ในปีต่อไป: เน้นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนให้มากขึ้น

5.4 ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานโดยภาพรวม

1. ความคาดหวังของประชาชนต่อยาปฏิชีวนะ
2. ความรู้และความเชื่อของประชาชนเรื่องยาและสุขภาพ เช่น เชื่อว่าเป็นยาที่ปลอดภัย ประชาชนไม่รู้จักความแตกต่างระหว่างยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวด และประชาชนที่ไม่ใช้ยาแต่อาจไปแสวงหาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อทดแทนการใช้ยา เป็นต้น
3. การเข้าร่วมการอบรมของแพทย์ยังไม่ทั่วถึง ทำให้มีการรับรู้และความเข้าใจต่างกัน
4. การขาดความร่วมมือของแพทย์ในโรงพยาบาล
5. การย้ายของแพทย์ทำให้ไม่ต่อเนื่อง
6. ปัญหาด้านการจัดการสื่ออุปกรณ์ เช่น ได้รับสื่อไม่ทัน ทำให้เริ่มดำเนินโครงการล่าช้า จำนวนแผ่นป้ายไม่เพียงพอและเป็นภาษาอังกฤษ อาจจะทำให้เข้าใจยาก ไฟฉายเสื่อมคุณภาพ
7. โปรแกรมการรายงานผลต่างกันทำให้ดึงข้อมูลยาก
8. ระบบฐานข้อมูล ICD-10 ที่มีรายละเอียดของการจัดหมวดหมู่อาการหรือโรคที่ไม่สอดคล้องหรือครอบคลุมกับอาการทางคลินิกและมีความหลากหลายทำให้รายงานผลยาก โดยเฉพาะการติดตามผลการรักษาในโรคผลึกซาดทำได้ยาก
9. การเซ็นใบยินยอมในการให้สัมภาษณ์ทำให้คนไข้ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์เนื่องจากไม่ต้องการเซ็นเอกสารใดๆ ให้กับทางสถานพยาบาลด้วยเหตุผลต่างกันไป จึงทำให้เสียโอกาสในการได้รับการติดตามผลการรักษาและการเก็บข้อมูลใช้เวลานานขึ้น
10. ไม่มีการแบ่งปันสไลด์บรรยายจากส่วนกลางที่ใช้อบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้แก่พื้นที่ เพื่อให้พื้นที่สามารถนำไปปรับและประยุกต์ใช้ พื้นที่จึงจัดทำสไลด์บรรยายกันเอง แม้ว่าจะมีข้อดีที่วิทยากรของพื้นที่ต้องศึกษาและทำความเข้าใจข้อมูลอย่างละเอียด แต่เป็นการเพิ่มภาระงานและที่สำคัญลำดับขั้นตอนของเนื้อหาที่สื่อสารจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นในคะแนนเรื่องความรู้และทัศนคติก่อนและหลังการอบรม (ตัวชี้วัดที่ 2) ที่พบว่า ในการอบรมบางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้และทัศนคติในทิศทางที่ตรงข้ามกับที่ควรจะเป็น

5.5. ข้อเสนอแนะจากพื้นที่โดยภาพรวม

ด้านนโยบาย และระบบงาน

1. ควรทำให้โครงการนี้เป็นนโยบายระดับประเทศ กำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุขควรให้นโยบายที่ชัดเจนและติดตามจริงจัง พร้อมตัวชี้วัดในการติดตามเป็นลำดับขั้น เพราะผู้บริหารจะให้ความสำคัญมากขึ้นซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จของโครงการ
2. มีตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินผลในระดับประเทศ ประเมินผลด้วยตัวชี้วัดเป็นประจำทุกปี และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติทั้งในระดับประเทศและจังหวัดเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดความยั่งยืนของโครงการโดยมีผู้รับผิดชอบติดตาม เช่น สปสช. สำนักตรวจราชการ บทบาทของ สสจ. คือร่วมรณรงค์ กระตุ้น สนับสนุน/ช่วยเหลือความร้องขอ และติดตามงานสม่ำเสมอ
3. ระบบฐานข้อมูลต้องรองรับการติดตามประเมินผล (ICD-10)
4. ศูนย์กลางข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการศึกษารวมของประเทศ
5. งบประมาณในการดำเนินโครงการเชิงศึกษาวิจัย
6. การเป็นพี่เลี้ยงของส่วนกลางที่ต่อเนื่อง

ด้านประชาชน

7. มีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อโทรทัศน์ เพื่อให้ประชาชนเข้าใจมากขึ้นและตระหนักว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญระดับชาติ โดยให้ข้อมูลที่ เป็นรูปธรรมแก่ประชาชนให้รับรู้และตระหนัก และลดแรงกดดันจากผู้บริโภค และควรให้หน่วยงาน/องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคมาร่วมรณรงค์ในประชาชนด้วย
8. สื่อให้ความรู้แก่ประชาชนควรมีความหลากหลายให้เลือกใช้
9. สร้างสื่อบุคคลทั่วไป เช่น การให้ ผู้นำชุมชน เช่น อบต. เป็นผู้ให้ความรู้ประชาชน

ด้านบุคลากรทางการแพทย์

10. ผู้บริหารต้องจริงจังสม่ำเสมอ
11. คู่มือการใช้ยาควรได้รับการรับรองจากสมาคมแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
12. เพิ่มจำนวนวิทยากรที่มีความรู้และทักษะในการถ่ายทอด การอบรมเสวนาแพทย์ต้องใช้วิทยากรที่เป็นอาจารย์แพทย์
13. การอบรมควรครอบคลุม 100% และมีการอบรมซ้ำเป็นระยะ
14. ควรมีการให้ความรู้ในโรงเรียนแพทย์ บรรจุเรื่องนี้ในหลักสูตร

ด้านเวทีแลกเปลี่ยนและการวิจัย

15. ต้องการให้มีการประชุมผู้รับผิดชอบโครงการเป็นระยะ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโครงการ และให้ดำเนินโครงการเป็นแนวทางเดียวกัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยที่มีประเด็นชัดเจน และลดภาระของผู้ปฏิบัติในการจัดทำรายงาน
16. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้สั่งใช้ยาหลังดำเนินโครงการ

17. ควรมีการวิจัยในพื้นที่เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษา เพื่อให้แพทย์ผู้รักษาเกิดความมั่นใจ
ด้านขอบเขตงาน

18. ควรดำเนินการทั้งในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน ครอบคลุมแหล่งกระจายยาเช่น ร้านขายยา
คลินิก โรงพยาบาลเอกชน

19. ขยายโครงการให้ครอบคลุมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอื่นๆ หรือประเด็นอื่นๆ ด้วย

5.6 ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการในอนาคต

จากการประชุมหารือร่วมกับพื้นที่เจ้าของโครงการ เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2552 (ภาคผนวก 1)
ข้อเสนอแนะในรายงานของพื้นที่เจ้าของโครงการ (ภาคผนวก 2) และข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการ
จากฝ่ายประเมินผลโครงการ (ภาคผนวก 3) และ สรุปได้ว่า การดำเนินงานในปีต่อไป ควรเน้น 3 ด้าน ดังนี้

5.6.1 การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและระบบ

การขับเคลื่อนโครงการ ASU เป็นการทำงานแบบปาล้อมเมือง (Bottom-up approach) โดยพยายาม
ให้เกิด Routine to Research to Policy (R2R2P) ดังนั้น เพื่อให้ประสบผลสำเร็จในการผนวกกิจกรรมการใช้
ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเข้าสู่งานประจำและเป็น common practice ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ยั่งยืน
นั้น การขับเคลื่อนเชิงนโยบายควรดำเนินการ 4 ด้าน คือ

1. นโยบายระดับประเทศ: แม้ว่าพื้นที่เจ้าของโครงการส่วนใหญ่ได้มีการออกนโยบายเพื่อรองรับการ
ทำงานในโครงการ ASU ของตน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดเกณฑ์ด้านการ
ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้เป็นตัวชี้วัดด้านคุณภาพระบบยาแล้ว แต่นโยบายทั้งสองยังไม่เพียงพอ
ที่จะทำให้เกิดความยั่งยืน จำเป็นต้องมีนโยบายอื่นๆ ควบคู่ เช่น

1.1. นโยบายด้านการประเมินผลที่มีระบบของการติดตามประเมินผลที่เข้มแข็งรองรับ เช่น การเป็น
เกณฑ์ตัวชี้วัดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (Hospital
Accreditation:HA) หรือของกระทรวงสาธารณสุข

1.2. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ประกาศให้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็น
นโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยมีการแสดงเจตนารมณ์อย่างหนักแน่นที่จะแก้ไขวิกฤติ
ปัญหาเชื้อดื้อยา และมีการดำเนินการตามนโยบายนี้อย่างต่อเนื่องและขับเคลื่อนทั้งระบบ และ
ควรประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนเภสัช องค์กร
แพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ร้านขายยา คลินิก สถานีนอนามัย และ
สื่อมวลชน รวมทั้งดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม เป็นลำดับขั้นตาม
โครงสร้างการบริหารงาน จะช่วยให้โครงการมีความชอบธรรมมากยิ่งขึ้นในเชิงของการนำไป
ปฏิบัติ

- 1.3. นโยบายด้านการศึกษาทั้งในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาขาอื่น รวมทั้งกลุ่มนักเรียนที่ต้องปลูกฝังเรื่องของอันตรายของยาปฏิชีวนะและเชื่อมโยงสู่ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม การมีนโยบายระดับประเทศรองรับจะทำให้ผู้นาองค์กรให้ความสำคัญซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จและความยั่งยืนของการดำเนินโครงการ
2. ระบบจัดการความรู้เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานและผลการศึกษารวมของประเทศ: เมื่อโครงการขยายออกไปทั้งประเทศควรมีการติดตามประเมินผลในพื้นที่ที่สานต่อเป็นภาพรวมของประเทศ และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติทั้งในระดับประเทศและจังหวัดเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบการติดตามประเมินผล โดยเป็นระบบกลางที่สามารถลดภาระในการจัดการและจัดเก็บข้อมูลต่างๆ รวมทั้งการประเมินผล ที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยคณะบุคคลผู้ริเริ่มโครงการในพื้นที่ต้องช่วยผลักดันหรือแสวงหาความร่วมมือให้มีการจัดโครงสร้าง และระบบที่เป็นรูปธรรมในแต่ละจังหวัด/พื้นที่ เพื่อรองรับการดำเนินการตามนโยบายนี้ในพื้นที่ และให้เกิดการให้นโยบาย ประสานงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมภายในแต่ละพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สำหรับการดำเนินการภายในโรงพยาบาล และพื้นที่แต่ละอำเภอ ปัจจัยที่สำคัญยิ่งคือความเอาใจใส่ มุ่งมั่นต่อนโยบาย และการติดตามงานโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงควรมีการประสานและติดตามความคืบหน้าและผลสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมภายในโรงพยาบาลและพื้นที่แต่ละอำเภอเป็นการสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นการดำเนินการตามนโยบาย และช่วยลดปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการปฏิบัติตามนโยบาย ที่เกิดจากการโยกย้ายเข้าและออกจากพื้นที่ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการโยกย้ายของแพทย์ ซึ่งเป็นผู้สั่งใช้ยาหลักได้
3. ศูนย์ประสานงาน: เพื่อพัฒนาและบริหารเครือข่าย อำนาจความสะดวก การจัดการองค์ความรู้ การติดตามการดำเนินโครงการรวม และเป็นหน่วยประสานเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. การวิจัยเชิงนโยบาย: การดำเนินโครงการจำเป็นที่จะต้องทำการวิจัยควบคู่กันไป โดยการทำการวิจัยเชิงนโยบายมีความจำเป็นต่อการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายว่าจะสนับสนุนโครงการ ASU ให้เป็นนโยบายระดับประเทศหรือไม่ สาขาการวิจัยประกอบด้วย การวิจัยเพื่อตอบประเด็นต่างๆ เช่น ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ ผลต่อสุขภาพของประชาชน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดื้อยา เป็นต้น

5.6.2 พัฒนาเครือข่าย

ในการดำเนินโครงการ ASU ควรเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากบุคลากรในพื้นที่ให้มากที่สุด เพื่อให้ได้รูปแบบของการดำเนินโครงการที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ที่จะสัมฤทธิ์ผลในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ยังช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความมุ่งมั่นให้เกิดผลสำเร็จ ความร่วมมือ และความยั่งยืน

การทำงานควรเป็นแบบสหสาขาวิชา โดยมีแพทย์ร่วมด้วยเนื่องจากเป็นผู้สั่งใช้ยาที่สำคัญและเป็นแบบอย่างในการใช้ยาแก่บุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นรวมทั้งประชาชน ในแต่ละพื้นที่ จึงควรพิจารณาและ

แสวงหาความร่วมมือจากกลุ่มแพทย์และให้บทบาทเป็นกลุ่มผู้นำด้านวิชาการหรือผู้บริหารจัดการโครงการนี้ซึ่งจะช่วยทำให้โครงการได้รับการยอมรับในการนำไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

การพัฒนาเครือข่ายควรดำเนินการ 3 ด้าน คือ การสรรหาพันธมิตรและแนวร่วม การพัฒนาศักยภาพและการพัฒนาด้านขวัญกำลังใจ

1. การสรรหาพันธมิตรและแนวร่วม: ในการขับเคลื่อนโครงการและนโยบายตามข้อ 6.1 จำเป็นต้องมีภาคีพันธมิตรและแนวร่วมในการดำเนินการ โดยลักษณะการทำงานเป็นการทำงานที่อิสระต่อกันแต่มีการประสานความร่วมมือในประเด็นที่สอดคล้องกับความสนใจหรือเป็นพันธกิจของหน่วยงานร่วมกัน
2. การพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย (Capacity building): เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย จุดมุ่งหมาย คือ เพื่อให้ทีมงาน ASU ในพื้นที่มีความรู้และทักษะที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงหรือแหล่งศึกษาดูงานให้กับจังหวัดอื่น สามารถทำวิจัยได้เองในพื้นที่ และสามารถนำความรู้และทักษะนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อขยายผลสู่การแก้ไขปัญหาการใช้ยาในโรคอื่นต่อไป การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายควรเน้นความรู้และทักษะ 3 ด้าน คือ

2.1 การฝึกอบรมด้านการเป็นสื่อบุคคลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีประเด็นของการอบรมเป็น 2 ส่วน คือ

- (1) ความรู้และทักษะด้านคลินิกหรือแนวทางการรักษาโรคและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และ (2) ความรู้และทักษะของการสื่อสารกับคนไข้ บุคลากรทางการแพทย์ และสื่อสารมวลชน โดยแบ่งกลุ่มของผู้เข้าฝึกอบรมและพัฒนาสื่อการอบรมให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม เช่น สื่อที่มีลักษณะเป็นวิชาการที่ต้องการอ้างอิงแหล่งที่มาอย่างชัดเจนอาจความเหมาะสมแก่การใช้งานในกลุ่มแพทย์ ส่วนสื่อสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยควรเน้นการนำไปใช้ให้มาก เป็นต้น สำหรับคู่มือการสั่งใช้ยาที่จัดทำขึ้น ก็ควรนำไปผ่านการพิจารณาขององค์กรแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มรายละเอียดที่จำเป็นและเพิ่มการยอมรับของผู้ใช้งาน

2.2 การฝึกอบรมด้านการทำวิจัย เพื่อสามารถต่อยอดเป็น R2R ของพื้นที่ตนเอง เนื่องจากการทำวิจัยแบบ R2R ได้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดโดยกำหนดให้สถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิต้องมีการทำวิจัยของตนอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง นอกจากนี้ ในระบบของการประเมินบุคลากรเพื่อการดำรงตำแหน่งที่สูงจำเป็นต้องมีงานวิจัยรองรับ ดังนั้น การฝึกอบรมให้ผู้ดำเนินโครงการ ASU มีความรู้และทักษะในการทำวิจัยโดยใช้โครงการ ASU เป็นกรณีศึกษาจะสามารถเพิ่มศักยภาพให้บุคลากรในพื้นที่สามารถต่อยอดงานวิจัยด้าน ASU หรือประยุกต์ใช้กับงานวิจัยด้านอื่นได้

2.3 การฝึกอบรมด้านกระบวนการขับเคลื่อนงาน เนื่องจากพื้นที่แต่ละพื้นที่นั้นอาจมีผู้ที่มีประสบการณ์ และมีทักษะความสามารถที่จะช่วยในการดำเนินโครงการ หรือมีการดำเนินกิจกรรมในลักษณะเดียวกันนี้อยู่แล้ว รวมทั้งอาจมีระบบงานประจำหรือปัจจัยต่างๆ เอื้ออยู่แล้ว ในบางพื้นที่ การฝึกอบรมนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนโครงการทำให้ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะในการขับเคลื่อนงานให้ดีขึ้น โดยผู้ขับเคลื่อนงานหรือผู้ที่ริเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโครงการนี้ควรมีการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ก่อนร่วม

โครงการ และใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการดำเนินโครงการ นอกจากนี้ควรมีการบริหารจัดการเพื่อนำกิจกรรมของโครงการ Antibiotics Smart Use ผสมเข้ากับกิจกรรมประจำของหน่วยงานหรือจังหวัด เช่น การจัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับเขต และงานด้าน Patient Safety ของโรงพยาบาล เป็นต้น หรือจัดระบบการจ่ายยาในสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการส่งจ่ายยาอย่างสมเหตุผล ดังเช่นตัวอย่างของโรงพยาบาลศรีวิชัย สาขา 2 ที่จัดทำใบสั่งยาซึ่งมีช่องให้ทำเครื่องหมายว่า มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะหรือไม่ เป็นการดำเนินการตามนโยบายโดยไม่รบกวนการปฏิบัติงานประจำมากจนเกินไป และเป็นระบบที่ได้ประสิทธิผล การบูรณาการกิจกรรมนี้หรือการจัดระบบให้ผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติตามนโยบายโดยง่าย มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการในแต่ละพื้นที่เป็นอย่างมาก

3. การพัฒนาขวัญกำลังใจ (Morale support): การทำโครงการ ASU ควรเป็นการทำงานภายใต้แนวคิดของกัลยาณมิตรที่ช่วยเหลือเกื้อกูล ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ปัญหา อำนวยความสะดวก ประชาสัมพันธ์ ความดี ส่งเสริมบรรยากาศความสนุกในการทำโครงการ โดยมีกิจกรรม เช่น

3.1 เวทีพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดำเนินโครงการในพื้นที่ต่างๆ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีการแนะนำเพื่อนใหม่ชาว ASU ให้รู้จักกัน เกิดความสนุก และมีสีสัน โดยส่วนกลางควรทำหน้าที่เป็น “เจ้าภาพ” ในระยะ 3-5 ปีของการดำเนินโครงการ ในการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำโครงการในกลุ่มของผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการในลักษณะต่างๆ และมีการรวบรวมบทเรียนรู้และชุดประสบการณ์ที่มีคุณค่า และจัดให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถใช้ในการเผยแพร่ได้ต่อไป

3.2 การสื่อสารและการจัดการความดี: โดยการค้นหา สื่อสาร และประชาสัมพันธ์ความดี ให้ร่วมกันภูมิใจและยินดีกับผู้ทำดี สุขทั้งผู้ให้และผู้รับ เนื่องจากปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและทำให้โครงการสำเร็จ คือ ความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ในการดำเนินตามนโยบายของโครงการ ผู้รับผิดชอบในระดับกระทรวงสาธารณสุขและระดับจังหวัดสามารถดำรงรักษาไว้ซึ่งความร่วมมืออันดีนี้ได้ ด้วยกลวิธีการทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ (partnership) ด้วยการสื่อสาร รายงานผลสำเร็จและความคืบหน้าของโครงการ ให้บุคลากรผู้ปฏิบัติในพื้นที่ได้รับทราบและเกิดกำลังใจรวมถึงทัศนคติที่ดีต่อโครงการและต่อการทุ่มเทของตน การได้รับข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นการปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่เรียกร้องต้องการของผู้ปฏิบัติทุกพื้นที่ ผู้บริหารและ/หรือผู้บริหารจัดการโครงการในระดับ ทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่ หรือแม้กระทั่งหน่วยงานย่อย จะต้องเตรียมระบบในการให้ข้อมูลดังกล่าวที่ถูกต้องและทันเวลาแก่ผู้ร่วมงานด้วย ข้อมูลดังกล่าวนั้น นอกจากจะใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินการเรื่อยไปในอนาคต ยังสามารถสร้างขวัญและกำลังใจ ส่งเสริมความมั่นใจทางอ้อมให้แก่ผู้ปฏิบัติได้ ซึ่งอาจจัดทำในรูปแบบของจดหมายข่าว

วารสาร หรือจุลสาร ที่สามารถใช้กระตุ้นความตระหนักของบุคลากรและช่วยในการถ่ายทอดนโยบายเป็นระยะด้วยเช่นกัน

- 3.3 สนับสนุนให้มีนวัตกรรมของพื้นที่ หรือต้นแบบของการพัฒนา และจัดกระบวนการให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งเผยแพร่สู่วงกว้าง
- 3.4 การทำให้ผู้บังคับบัญชาในพื้นที่เห็นความสำคัญ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ โดยอาจทำให้เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ การแสดงความชื่นชม และการเผยแพร่การดำเนินโครงการของพื้นที่สู่วงกว้าง เป็นต้น

5.6.3 การรณรงค์ภาคประชาชน

อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการปฏิบัติตามนโยบายการไม่ใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลคือความไม่เข้าใจและการไม่ยอมรับของประชาชนเมื่อไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ จึงจำเป็นต้องเร่งให้การช่วยเหลือลดอุปสรรคนี้ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ด้วยการประชาสัมพันธ์ ทัศนคติและให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อมวลชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อโทรทัศน์ เนื่องจากเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนทุกๆ กลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ ควรจัดทำสื่อในลักษณะของการ “ปลุกกระแส” เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อของประชาชนให้ถูกต้อง โดยควรนำเสนอตัวอย่างผลเสียที่อาจเกิดขึ้นที่เป็นรูปธรรม ที่สำคัญองค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้องภายในแต่ละพื้นที่ ควรพยายามช่วยหากวิธี คิดค้นสื่อหรือพัฒนานวัตกรรมใดๆที่มีความเหมาะสมกับบริบทและสภาพความเป็นอยู่ทางสังคมและวัฒนธรรมของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้ในการให้ความรู้และการศึกษาแก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรผู้ให้ข้อมูลหลายคนมีประสบการณ์ว่า สื่อแผ่นพับนั้น อาจไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควรในการแพร่กระจายการรับรู้หรือให้ความรู้ จึงควรคิดค้นสื่ออื่น เช่น หนังสือนิทาน เพลงภาษาถิ่น และวีดิทัศน์ที่แสดงสาระอย่างเป็นรูปธรรมหรือกรณีศึกษาจริงเพื่อแจกจ่ายให้ประชาชน เป็นต้น ซึ่งในปีที่ 2 ของการดำเนินโครงการนี้ในประเทศ บุคลากรในพื้นที่ได้ผลิตสื่อต่างชิ้นจำนวนหนึ่ง คณะผู้จัดการส่วนกลางควรมีบทบาทเป็นผู้รวบรวมและเผยแพร่ นวัตกรรม/สื่อเหล่านี้ไปสู่ผู้ที่เลือกจะใช้ประโยชน์ในพื้นที่ต่างๆอย่างเหมาะสมแก่บริบทพื้นที่ต่อไป

5.7 บันทึกส่งท้าย

เมื่อเริ่มโครงการ ASU ปีที่ 2 ในเดือนกันยายน 2551 โครงการ ASU ยังไม่ได้ถูกรองรับโดยนโยบายกลาง (เช่น เกณฑ์ตัวชี้วัดของ สปสช.) พื้นที่เจ้าของโครงการก็ยินดีเข้าร่วมโครงการตามการเชิญ เพราะเห็นว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์แก่พื้นที่ของตนและแก่ส่วนรวม แม้ว่าจะเป็นเพียงโครงการวิจัย เป็นการเพิ่มภาระงาน และต้องมีการจัดสรรทรัพยากรบุคคลและด้านงบประมาณร่วมด้วยในบางส่วน

เมื่อเดือนมีนาคม 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ประกาศกิจกรรมการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะเป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของการบริการด้านยาทำให้พื้นที่เจ้าของโครงการทั้ง 5 แห่งเกิดความมั่นใจมากขึ้นในการดำเนินโครงการ และรับรู้ถึงสัญญาณของการเคลื่อนไหวของนโยบายจากส่วนกลางด้านการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังได้ทำให้จังหวัดหรือสถานพยาบาลอื่นๆ เริ่มให้ความสนใจและมาเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับโครงการ ASU มากขึ้น

5.7.1 การแพร่กระจายของโครงการ ASU

เมื่อโครงการ ASU ปีที่ 2 สิ้นสุดลงในเดือนกันยายน 2552 นี้ การเคลื่อนไหวด้านกิจกรรมในโครงการ ASU ของพื้นที่เจ้าของโครงการในพื้นที่ต่างๆ ยังคงดำเนินอยู่ และขยายผลสู่วงกว้างมากขึ้นด้วย เช่น

- โรงพยาบาลกันตัง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในจังหวัดตรังที่ทำโครงการ ASU ในปี 2551 ในปีงบประมาณ 2553 นี้ โรงพยาบาลกันตังจะเป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดตรัง ซึ่งแปลว่า มีการขยายผลโครงการ ASU จากระดับอำเภอสู่ระดับจังหวัด
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประกาศอย่างเป็นทางการว่าจะทำโครงการต่อไปโดยใช้งบประมาณของตนเอง เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดเหล่านี้ยังได้เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแนะนำแก่จังหวัดใหม่ที่สนใจดำเนินโครงการ
- โรงพยาบาลศรีวิชัย 2 ยังคงระบบใบสั่งยาที่พัฒนาขึ้นในช่วงของการทำโครงการ ASU ต่อไปเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้สั่งจ่ายยาไม่ให้จ่ายยาปฏิชีวนะใน 3 โรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้
- สถานีอนามัยหลังเขา (สระบุรี) ประกาศให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นวิสัยทัศน์ขององค์กร และปัจจุบันกลายเป็นแหล่งศึกษาดูงานสำหรับสถานพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ

นอกจากนี้ พื้นที่อื่นๆ ได้มีการดำเนินโครงการ ASU ต่อด้วยตนเอง เช่น

- จังหวัดขอนแก่นมีนโยบายให้ดำเนินโครงการ ASU เป็นภาพรวมทั้งจังหวัดในปีงบประมาณ 2553 ด้วยงบประมาณของจังหวัดเอง
- จังหวัดสุรินทร์จะดำเนินโครงการ ASU ให้ครอบคลุม และสนใจทำต้นแบบของโครงการ ASU ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- จังหวัดเชียงใหม่สนใจพัฒนาต้นแบบของโครงการ ASU ในร้านยาและการใช้ยาในชุมชน

- โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดกระบี่ ดำเนินโครงการ ASU กันเองในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชน โดยไม่ได้ผ่านมาจากสสจ. (ซึ่งการดำเนินโครงการในจังหวัดกระบี่เริ่มก่อนโครงการ ASU ปีที่ 2 และก่อนจะมีเกณฑ์ของ สปสช. โดยเริ่มตั้งแต่ตอนที่ไปเห็นการออกบูธของโครงการ ASU ในงาน HA forum เดือนมีนาคม 2551)
- โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดจังหวัดพัทลุง ดำเนินโครงการ ASU กันเองในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนเช่นเดียวกัน
- โรงพยาบาลเชียงใหม่ (จังหวัดมหาสารคาม) ที่เริ่มดำเนินโครงการด้วยตัวเอง และในที่สุดกลายเป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ในจังหวัดมหาสารคาม
- โรงพยาบาลเชียงใหม่ (จังหวัดเชียงราย) โรงพยาบาลโพธิ์สวัสดิ์ (จังหวัดนครพนม) โรงพยาบาลกองบิน 4 (จังหวัดนครสวรรค์) ที่ดำเนินโครงการด้วยตัวเอง

5.7.2 รางวัลของโครงการ Antibiotics Smart Use

เนื่องจากโครงการ Antibiotics Smart Use ถูกออกแบบตั้งแต่แรกให้เป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีกรอบแนวคิด การดำเนินการ ควบคู่กับการประเมินผลงาน ดังนั้น พื้นที่ที่ดำเนินโครงการสามารถนำผลการดำเนินการของตนเสนอเป็นงานวิจัยในเวทีหรือโอกาสต่างๆ ได้

ในปี 2552 โครงการ ASU ได้รับ 3 รางวัล คือ

- มีนาคม 2552: โครงการ Antibiotics Smart Use ได้รับ “รางวัลผลงานวิชาการดีเด่น” ในการประชุมวิชาการประจำปีของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2552
- กรกฎาคม 2552: โครงการ Antibiotics Smart Use ของสถานีอนามัยหลังเขา จังหวัดสระบุรี ได้รับ “รางวัลยอดเยี่ยม” ในการประชุม R2R ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- กันยายน 2552: โครงการ Antibiotics Smart Use ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้รับ “รางวัลที่ 1” จากการประกวดโปสเตอร์ผลงานวิชาการ ในการประชุมวิชาการประจำปีของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

รางวัลเหล่านี้ไม่ใช่เพียงแต่เป็นสิ่งที่สร้างความภูมิใจและขวัญกำลังใจให้แก่คณะผู้ทำงานในพื้นที่ต่างๆ และในสวนกลาง แต่ยังเป็นการสร้างศรัทธาต่อทีมงานที่ทำงานร่วมกัน ตัวอย่างเช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้ใช้กลยุทธ์ R2R ในการจูงใจสถานพยาบาลในจังหวัดเข้าร่วมโครงการ Antibiotics Smart Use ซึ่งในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ทำตัวเป็นตัวอย่างให้ประจักษ์แก่เครือข่ายโรงพยาบาลต่างๆ ที่โครงการด้วยกัน โดยการส่งงานวิจัยโครงการ ASU เข้าร่วมประกวดและได้รับรางวัลในที่สุด การกระทำของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในครั้งนี้เป็นการสร้างศรัทธาให้เกิดขึ้นในเครือข่ายโรงพยาบาลต่างๆ ที่ทำงานด้วยกัน

ความสำเร็จทั้งหมดเหล่านี้ได้สะท้อนถึงการเติบโตควบคู่กันระหว่างโครงการและศักยภาพของผู้ดำเนินงานในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งความรู้และประสบการณ์ในพื้นที่ต่างๆ ได้เรียนรู้ด้วยตนเองจากการดำเนินโครงการ ASU เป็นการพัฒนากำลังคน สร้างแนวร่วมที่เข้มแข็ง และมีการผสมผสานประสบการณ์ร่วมกันระหว่าง

ส่วนกลาง (ผู้ออกนโยบาย) และพื้นที่ (ผู้ใช้นโยบาย) ที่มากพอจนในที่สุดสามารถขับเคลื่อนสู่การแก้ปัญหาเชิงระบบ (ด้านยาปฏิชีวนะ) ที่สั่งสมมาเป็นระยะเวลายาวนานและเกิดเป็นนโยบายด้านยาปฏิชีวนะของประเทศอย่างเป็นทางการ

โดยสรุป พื้นที่เจ้าของโครงการแต่ละแห่งสามารถออกแบบกลยุทธ์ในการดำเนินโครงการ ASU ในพื้นที่ของตนได้อย่างเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ อย่างไรก็ตาม การจะทำให้กิจกรรมมีความยั่งยืน จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนนโยบายจากส่วนกลาง และมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดแรงกดดันและทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ง่ายขึ้น ดังนั้น การดำเนินโครงการในปีถัดไป จะเน้น 3 ด้าน คือ การขับเคลื่อนให้มียานโยบายจากส่วนกลางเพื่อรองรับการทำงานการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายให้เข้มแข็งเพื่อให้สามารถกระจายและถ่ายทอดหรือเป็นพี่เลี้ยงให้แก่จังหวัดอื่น และการรณรงค์ความรู้ในภาคประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. *WHO Policy Perspectives on Medicines*. 2002;5(September).
2. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. ระบบยาของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2545.
3. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ลือชัย ศรีเงินยวง, วิชิต เปานิล. ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
4. Aswapokee N, Vaithayapichet S, Heller R. Pattern of antibiotic use in medical wards of a university hospital, Bangkok, Thailand. *Reviews of Infectious Diseases*. 1990;12:136-141.
5. บุปผา ศิริวิศมี. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้อยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
6. Apisarntharak A, Danchaivijitr S, Khawcharoenporn T, et al. Effectiveness of education and an antibiotic-control program in a tertiary care hospital in Thailand. *Clinical Infectious Diseases*. 2006;42:768-775.
7. Udomthavornsak B, Tatsanavivat P, Patjanasontorn B, et al. Intervention of inappropriate antibiotic use at a university teaching hospital. *J Med Assoc Thai*. 1991;74(10):729-736.
8. กองควบคุมยา/สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาประจำปี 2543 - 2550 ที่จัดแยกตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา. 19 ธันวาคม 2551; http://www.appl.fda.moph.go.th/drug/zone_search/sea001_b17A.htm. Accessed 2 กรกฎาคม 2552, 2009.
9. Apisarntharak A, Mundy LM. Correlation of antibiotic use and antimicrobial resistance in Pratumthani, Thailand, 2000 to 2006. *AJIC*. 2008;36(9):681-682.
10. Taylor JA, Kwan-Gett TSC, McMahan EM. Effectiveness of an educational intervention in modifying parental attitudes about antibiotic usage in children. *Pediatrics*. Vol 111. May 2003 ed; 2003:e.548-554.
11. วิกฤตเชื้อแบคทีเรียคือยาพุ่งสูง หมอหวั่นอนาคตหมดทางรักษา. ผู้จัดการออนไลน์. วันจันทร์ที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2552, วันจันทร์ที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2552.
12. Charles PGP, Grayson ML. The dearth of new antibiotic development: why we should be worried and what we can do about it. *The Medical Journal of Australia*. 2004;181(10):549-553.
13. วีรวรรณ/ลูวีระ. การดื้อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรีย. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2549;24(5):453-459.

14. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. สรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประจำปีพ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2549.
15. Srisuwannarat W. *Role of pharmacist in the prevention of potentially preventable adverse drug reactions in general medicine wards at Ramathibodi hospital*: Faculty of Pharmacy, Mahidol University; 2004.
16. Thiankhanithikul K. *Characteristics and incidence of preventable adverse drug reactions in Thailand*: Faculty of Pharmacy, Chaing Mai University; 2008.
17. Sermsatonsavasdi K. *Outcome assessment of adverse drug reaction monitoring program at Siriraj Hospital 2006*: Faculty of Pharmacy, Mahidol University; 2008.
18. Chokejindachai W. *Current situation of the antimicrobial resistance in Thailand : a review* Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University. 2007.
19. กองควบคุมยา_สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. โครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use. <http://newsser.fda.moph.go.th/rumthai/asu/introduce.php>. Accessed 20 กันยายน 2552.
20. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. การประเมินผลโครงการนำร่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล *Antibiotics Smart Use* ในจังหวัดสระบุรี; 2551.
21. Sirinavin S, Savanakoot P, Sathapatayavongs B, Malatham K. Effect of antibiotic order form guiding rational use of expensive drugs on cost containment *Southeast Asian Journal of Tropical Medical Public Health*. 1998;636-642.
22. Kusuma Na Ayuthya S, Matangkasombut OP, Sirinavin S, Malatham K, Sathapatayavongs B. Utilization of restricted antibiotics in a university hospital in Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicines and Public Health*. 1 March 2003 2003;34(1):179-186.
23. Aswapokee N, Vaithayapichet S, Komotri C. The failure of a preprinted order form to alter physicians' antimicrobial prescribing pattern. *Journal of Medical Association Thailand*. 1992;75(4):223-230.
24. Thamlikitkul V, Danchaivijitr S, Kongpattanakul S, Ckokloikaew S. Impact of an educational program on antibiotic use in a tertiary care hospital in a developing country. *Journal of Clinical Epidemiology*. 28 April 1999 1998;51(9):773-778.

25. Jamulitrat S, Thongpiyapoom S, Suwalak N. An outbreak of Imipenem-resistant *Acinetobacter Baumannii* at Songklanagarind hospital: the risk factors and patient prognosis. *J Med Assoc Thai* 2007; 90(10):2181-2191.
26. Thamlikitkul V, Apisitwittaya W. Implementation of clinical practice guidelines for upper respiratory infection in Thailand. *International Society for Infectious Diseases*. 19 November 2003 2003;8(1):47-51.
27. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออก นนทบุรี: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตร; 2550.
28. Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. 2nd ed. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company; 1991.
29. 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 Education Research*. 1998;13(1):87-108.
30. Glanz K, Rimer BK. *Theory at a Glance: A Guide to Health Promotion Practice*: The National Cancer Institute; 1995.
31. ปิยนุช สีสุข. โครงการการศึกษารูปแบบการขยายโครงการ *Antibiotics Smart Use* ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง: โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง; 2552.
32. คณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจังหวัดอุบลราชธานี. โครงการการศึกษา รูปแบบการขยายโครงการ *Antibiotic Smart Use* ของจังหวัดอุบลราชธานี: คณะกรรมการพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ จังหวัดอุบลราชธานี; 2552.
33. ภาณุโชติ ทองยั้ง, สุวิธสา ลิ่มสัจจาพาณิชย์, นุชรินทร์ ไตมาชา. โครงการการศึกษา รูปแบบการขยายโครงการ *Antibiotics Smart Use* ของจังหวัดสมุทรสงคราม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม; 2552.