



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
Health Systems Research Institute (HSRI)



ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์

คณะผู้วิจัย

กมลนัธ ม่วงยิ้ม, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
วิบูลย์ วัฒนนามกุล, มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อารีรัตน์ บากาสะแต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
จำปี วงศ์นาค, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ยลฤดี ตันทสิทธิ์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
สุกัญญา หมวดทอง, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สารบัญ

บทนำ.....	3
ระเบียบวิธีวิจัย.....	8
ผลการวิจัย.....	10
เอกสารอ้างอิง.....	24

บทนำ

ประสิทธิภาพของการใช้ยาทั้งในเชิงปริมาณ (quantitative) และคุณภาพ (qualitative) เป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากยาจะมีคุณอนันต์เมื่อใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามหลักวิชาการ แต่ก็จะมีโทษอย่างมหันต์หากใช้ไม่ถูกต้องและไม่สมเหตุผล (irrational drug use: IRDU) ในทศวรรษที่ผ่านมา มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่ามีการใช้ยาเกินความจำเป็น (overused) การใช้ยาอย่างไม่เต็มที่หรือไม่ต่อเนื่องพอที่จะก่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด (underused) รวมไปถึงการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ไม่ถูกสถานการณ์ หรือ ผิดเวลา (misused) จนก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและผลิตภาพ (financial and productivity loss) และ ความเสียหายกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต (health and quality of life loss)¹ ในทางเศรษฐศาสตร์แล้วความสูญเสียเหล่านี้สามารถประมาณค่าออกมาเป็นค่าความเสียหายได้ดังนี้ 1.) ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (direct medical cost) ประกอบด้วย ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล (hospitalization cost) และต้นทุนค่ายา (medical cost) 2.) ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (direct non-medical cost) ประกอบด้วย ค่าเดินทาง (transportation cost), ค่าอาหาร (meal cost) และค่าดูแลผู้ป่วย (informal care cost) และ 3.) ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) ประกอบด้วย ต้นทุนการเสียชีวิต (mortality cost) และต้นทุนของการลาป่วย (morbidity cost) ซึ่งเป็นค่าความเสียหายในเชิงทุนมนุษย์ (human capital) ซึ่งอาจพิจารณาได้ตามแนวคิดทุนมนุษย์ คือ productivity cost และ time cost² รวมไปถึง ปัญหาเชื้อดื้อยา (resistance) มีการประมาณการณ์ว่า ปัญหาเชื้อดื้อยาทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพถึงปีละ 350 พันล้าน ดอลลาร์สหรัฐ³ แต่ในทางกลับกันหากมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผลแล้ว (Rational Drug Use: RDU) จะสามารถลดค่าใช้จ่ายสาธารณะด้านยาได้ถึงร้อยละ 10-20 ต่อปี⁴

ด้วยเหตุนี้ในประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศได้พยายามส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยกลยุทธ์ต่าง ๆ กัน และกลยุทธ์ที่ใช้ส่วนใหญ่มักเน้นไปที่การปรับปรุงนโยบายแห่งชาติด้านยา พัฒนาระบบและโครงสร้างของการกระจายและการจ่ายยา การจัดทำบัญชียาจำเป็นแห่งชาติ (National Essential Medicine List) พร้อมทั้งการจัดทำคู่มือแนวทางการรักษากลาง (National Practical Formulary) การสร้างระบบรายงาน ติดตามผลและควบคุมคุณภาพการใช้ยา การปรับปรุงระบบงบประมาณและการเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การให้ความรู้ด้านยากับประชาชน การพัฒนาหลักสูตรและปรับปรุงการเรียนการสอนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาและการจ่ายยา และ ในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลยุทธ์นั้นจะเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในทุกระดับตั้งแต่ระดับนโยบาย ผู้สั่งใช้และผู้จ่ายยา จนถึงผู้ใช้ยา คือประชาชนทั่วไปเข้ามาในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน¹ หากพิจารณาแล้วกลยุทธ์ทั้งหลายที่กล่าวมาข้างต้นนั้นเป็นปัจจัยภายนอกที่คาดว่าจะผลักดันให้บุคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งสิ้น ยังไม่มีกลยุทธ์ใดเลยที่ให้ความสนใจกับการตระหนักรู้ถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (awareness for rational drug use) อันปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นแรงขับเคลื่อนภายใน (internal drive) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาและการจ่ายยา

งานวิจัยนี้จึงสนใจที่จะศึกษาถึงความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึง สืบค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์เหล่านั้น อันจะเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ที่สำคัญในการหาแนวทางสร้างความตระหนักรู้อันนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์
- 2) เพื่อสืบค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์
- 3) เพื่อค้นหาแนวทางในการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1) สถานการณ์การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาระดับนานาชาติ⁶ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา และมีรายงานว่าปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลกำลังเลวร้ายลงในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศที่มีการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาครัฐมาเป็นภาคเอกชน เป็นเหตุให้ประชาชนส่วนใหญ่ซื้อยามากินเองโดยไม่ใช้ใบสั่งแพทย์

มีรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับ Poly-pharmacy ใน อินโดนีเซีย และ ไนจีเรีย มีการใช้ยาฉีดยาเกินความจำเป็น ใน อุกันดา ซูดาน และ ไนจีเรีย พบว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจขนาดการใช้ยา (ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายยา) ใน มาลาวี

2) ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในประเทศไทย

มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์ในโรงเรียนแพทย์ของไทยซึ่งเป็นเสมือนแบบอย่างพฤติกรรม (Role model) การสั่งใช้ยาให้กับแพทย์ทั้งหลายนั้นว่าเป็นไปอย่างสมเหตุผลหรือไม่เมื่อเทียบกับแนวทางมาตรฐานในการใช้ยาปฏิชีวนะ ผลการศึกษาในปี 2533 พบว่า กว่าร้อยละ 90 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล ต่อมาในปี 2534 ได้มีการดำเนินการโครงการ Antibiotic Smart Use พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลของทุกแผนกลดลงเหลือร้อยละ 41 สำหรับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเพื่อการป้องกันก่อนผ่าตัด มีอยู่ ร้อยละ 79.7 และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อ มีอยู่ร้อยละ 40.2 โดยรูปแบบของการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล ประกอบด้วย ระยะเวลาการใช้ไม่ถูกต้อง การป้องกันโดยไม่จำเป็น และการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมกับโรค และในระหว่างเดือน ตุลาคม 2553 ถึง เดือนมีนาคม 2554 มีการสำรวจพบว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นในโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน คือ โรคหวัด ไอ เจ็บคอ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 56 (บางโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 80-90) ทั้งที่เป้าหมายอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นในโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนที่ตั้งไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 20 เท่านั้น นอกจากนี้พบว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นในโรคท้องร่วงเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 49 (บางโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 75-80) ทั้งที่เป้าหมายอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นในโรคท้องร่วงเฉียบพลันที่ตั้งไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 20 เท่านั้น

3) รูปแบบของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล

รูปแบบของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลที่มีรายงานนั้นมีหลายรูปแบบ ประกอบด้วย Poly-pharmacy⁷⁻¹³ โดยเฉพาะในแผนกอายุรกรรม และ แผนกศัลยกรรม¹⁴ การใช้ยาไม่ตรงกับโรคที่เป็น¹⁵⁻¹⁹ การใช้ยาแพงเกินความจำเป็น²⁰⁻²⁵ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม²⁶⁻³³ การซื้อยากินเองอย่างไม่สมเหตุผล³⁴⁻³⁸ การใช้ยาด่ำกว่าขนาดแนะนำ (underuse)³⁹⁻⁴⁰ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก¹⁹ การใช้ยาใหม่ที่ยังไม่มีหลักฐานยืนยันผลการรักษา⁴¹ สัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักและยานอกบัญชียาหลักมีน้อยมาก นั้นแปลว่าเป็นการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมเนื่องจากยังมียาชนิดอื่นที่ใช้ได้ผล ปลอดภัยกว่า และ ค่อนข้างมากกว่า (จึงถูกบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ)⁴²

4) กลุ่มยาที่มีปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล

การจ่ายวิตามินเกินความจำเป็น¹⁵ การสั่งใช้ยา diazepam และ furosemide ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่เหมาะสม⁵ poly-pharmacy การจ่ายยา Psychotropic drugs เช่น ยากล่อมประสาท (transquilizer) ในแผนก แผนกอายุรกรรม และแผนกศัลยกรรม

5) มาตรการการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศได้พยายามส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วย มาตรการต่างๆ กันและมาตรการที่ใช้ส่วนใหญ่มักเน้นไปที่การปรับปรุงนโยบายแห่งชาติด้านยา พัฒนาระบบและโครงสร้างของการกระจายและการจ่ายยา การจัดทำบัญชียาจำเป็นแห่งชาติ (National Essential Medicine List) พร้อมทั้งการจัดทำคู่มือแนวทางการรักษากลาง (National Practical Formulary) การสร้างระบบรายงาน ติดตามผลและควบคุมคุณภาพการใช้ยา การปรับปรุงระบบงบประมาณและการเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การให้ความรู้ด้านยากับประชาชน การพัฒนาหลักสูตรและปรับปรุงการเรียนการสอนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาและการจ่ายยา และ ในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละมาตรการนั้นจะเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในทุกระดับตั้งแต่ระดับนโยบาย ผู้สั่งใช้และผู้จ่ายยา จนถึงผู้ใช้ยาคือประชาชนทั่วไปเข้ามาในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน¹

มาตรการในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่หลากหลายเหล่านี้สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม มาตรการ คือ มาตรการให้ความรู้ มาตรการทางการบริหารจัดการ มาตรการทางกฎหมาย และ มาตรการทางการศึกษา ดังรายละเอียด

5.1) มาตรการให้ความรู้

ประกอบด้วย การแจกเอกสารสื่อสิ่งพิมพ์ การอบรม สัมมนา Bulletins และ การฝึกตัวต่อตัว

5.2) มาตรการทางการบริหารจัดการ

ประกอบด้วย การใช้กฎระเบียบและการควบคุมพฤติกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การจำกัดรายการยา การกำหนดจำนวนรายการยาสูงสุดต่อใบสั่งยา การสร้างข้อจำกัดด้านต้นทุนและงบประมาณ ระบบการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการสั่งยาบางประเภท มาตรการให้

ผู้ป่วยร่วมจ่าย มาตรการราคา วิธีใช้ใบสั่งยาแบบเป็นขั้นตอนและระบบระงับการจ่ายยาผู้ป่วยในอัตโนมัติตามมาตรการระยะเวลาการใช้สูงสุด (auto stop-orders)

5.3) มาตรการทางกฎหมาย

ประกอบด้วย มาตรการประเมินข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างรอบคอบก่อนอนุญาตให้เข้าสู่ตลาด มาตรการควบคุมการขายยาโดยจัดแบ่งยาเป็นกลุ่มๆ เช่น over the counter drug ยาที่ต้องซื้อกับเภสัชกร และ ยาที่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ มาตรการจัดแบ่งกลุ่มยาที่เฉพาะเจาะจงกับประเภทของสถานพยาบาล หรือ ระดับความเฉพาะทางของผู้สั่งใช้ยา

5.4) มาตรการทางการศึกษา

เป็นมาตรการที่ถูกระบุว่าน่าจะใช้ได้ผลดีกับประเทศกำลังพัฒนา ประกอบด้วย การพัฒนาหลักสูตรและปรับปรุงการเรียนการสอนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาและการจ่ายยา ทั้งในหลักสูตรที่เป็นการศึกษาในระดับปริญญาตรี (Basic medical education) และหลักสูตรการศึกษาต่อยอดทางการแพทย์ (Post basic medical education) ที่เกี่ยวกับการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล บัญชียาจำเป็น⁴³ และ แนวทางมาตรฐานการรักษาที่ถูกบรรจุเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน และ มีการทดลองใช้และประเมินผลอย่างจริงจัง⁴⁴⁻⁴⁶

6. ประสิทธิภาพของมาตรการแต่ละชนิด

มีรายงานวิจัยหลายชิ้นที่ประเมินประสิทธิภาพของมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น⁴⁷⁻⁴⁹ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

มาตรการให้ความรู้โดยการแจกเอกสารสื่อสิ่งพิมพ์นั้น เกิดจากสมมติฐานที่ว่า ผู้สั่งใช้ยาไม่มีความรู้หรือ มีความรู้ที่ยังไม่ถูกต้อง จึงทำให้เค้ามีพฤติกรรมการสั่งใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล แต่ผลการวิจัยยืนยันว่าการแจกเอกสารสื่อสิ่งพิมพ์เพียงอย่างเดียวไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาแต่อย่างใด หรือถึงมีก็เป็นเพียงแค่ช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น⁵⁰⁻⁵¹ ทั้งนี้เพราะยังมีปัจจัยอื่นๆอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา เช่น กิจกรรมทางการตลาดหรือวิธีการส่งเสริมการขายของบริษัทยา⁵² ความต้องการของผู้ป่วย ความตั้งใจใช้ placebo drugs และ ความชอบส่วนบุคคล (preference) ของผู้สั่งใช้ยา ซึ่งมักจะเป็นผลพวงจากประสบการณ์ของผู้สั่งใช้ยาแต่ละคนมากกว่ามาตรฐานการรักษาทางวิชาการ⁵³ จึงมีข้อแนะนำเกี่ยวกับการใช้มาตรการให้ความรู้ด้วยสื่อสิ่งพิมพ์ว่าอย่าแจกจ่ายแต่สื่อสิ่งพิมพ์ให้ความรู้ต่างๆเพียง อย่างเดียวโดยปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้สั่งใช้ยา การรณรงค์แนะนำและส่งเสริมการใช้ และการประเมินผลอย่างจริงจังเพราะมีเช่นนั้นแล้วมาตรการนี้จะเป็นมาตรการที่ไร้ผล^{51, 54-57}

นอกจากนี้ มีงานวิจัยในเนเธอร์แลนด์พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ต้นทุน และ ผลข้างเคียงของยานั้นมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนั้นน้อยมาก⁵⁶ รวมไปถึงชุดคำเตือนใน ประกาศขององค์การอาหารและยา (FDA Bulletin) ก็ไม่ค่อยมีผลเช่นกัน⁵⁷

มาตรการที่ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลคุ้มค่า ได้แก่ กิจกรรมรณรงค์การให้ความรู้เฉพาะประเด็นร่วมกับการอภิปรายในวงกว้าง และ การทบทวนแนวทางการรักษาบ่อยๆ⁵⁸ การใช้ใบสั่งยาแบบมีขั้นตอน

(structured prescription form)⁵⁹ การมีแนวทางมาตรฐานการรักษา (clinical guideline) ที่สามารถช่วยให้กระบวนการรักษาดีขึ้น และ ส่งผลถึงประสิทธิผลของการรักษาด้วย⁶⁰ นอกจากนี้การใช้บัญชียาจำเป็น ร่วมกับ การให้ความรู้ และ การติดตามประเมินผล ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาเช่นกัน สำหรับการสอนตัวต่อตัวเป็นรายๆ ไป ในประเด็นที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาที่เป็นปัญหานั้นก็เป็นมาตรการที่ได้ผลแต่เสียค่าใช้จ่ายสูง^{57, 61-66}

มาตรการสร้างข้อจำกัดในการสั่งใช้ยา เช่น การกำหนดจำนวนรายการยาสูงสุด ปริมาณยาสูงสุด และ ราคาสูงสุด ต่อใบสั่งนั้นให้ผลที่ไม่พึงประสงค์บางอย่างที่สามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันได้ด้วยการสำรวจประเมินสถานการณ์อย่างละเอียดก่อนลงมือใช้มาตรการนี้

Knowledge gap

เมื่อพิจารณาข้อมูลการศึกษาทางด้านพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลส่วนใหญ่มักพบในประเทศพัฒนาแล้วแต่ประเทศกำลังพัฒนาซึ่งบริบทต่างออกไปนั้นยังมีน้อย นอกจากนี้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการวัดและประเมินผลการใช้ยาอย่างสมเหตุผลส่วนใหญ่เน้นที่การวัดและประเมินความรู้มากกว่าการค้นหาพฤติกรรมที่แท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังไม่มีการศึกษาใดเลยที่ศึกษาเฉพาะเจาะจงลงไปในเรื่องของการวัดและประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล

หากพิจารณาถึงมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยแล้วพบว่าส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับปัจจัยภายนอกที่คาดว่าจะผลักดันให้บุคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งสิ้น ยังไม่มีมาตรการใดเลยที่ให้ความสนใจกับการตระหนักรู้ถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Awareness for rational drug use) อันปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นแรงขับเคลื่อน (internal drive) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาและการจ่ายยา

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลอันเป็นปัจจัยก่อเกิดแห่งพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่มีกลไกขับเคลื่อนเป็นปัจจัยภายในตัวของผู้สั่งใช้ยาแต่ละคนที่จะมีพลังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืนได้

ระเบียบวิธีวิจัย

1) ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่ม Anti-hypertensive drugs, Anti-diabetic drugs, และ Dyslipidemia drugs ในบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลเวชปฏิบัติ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ RDU hospital ในปี 2557

2) กลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลเวชปฏิบัติ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ RDU hospital ในปี 2557 ที่ถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ ประเภทและขนาดของโรงพยาบาล จำนวน 5 โรงพยาบาล เพื่อเป็น ตัวแทนของโรงพยาบาล 5 ขนาด ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

3) นิยามศัพท์

ความตระหนักรู้ หมายถึง ลักษณะอาการ/การกระทำที่แสดงถึงการรับรู้/การมีจิตสำนึก (consciousness) (Good, V.C., 1973, p. 34) ถึงความสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (IRDU) หรือ การมีสติ/ความสำนึกถึงว่าขณะปฏิบัติงานนั้นต้องให้ความสำคัญกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามหลักวิชาการ (Atkin, K.C., 1973, p. 78) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้และจ่ายยาของบุคลากรทางการแพทย์

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คำนึงถึงหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา ใช้ยาในกรอบบัญชียา เป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา ใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้อย่างถูกต้อง

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสั่งจ่ายยา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลเวชปฏิบัติ

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้การศึกษาเอกสาร (documentary search) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ร่วมกับการวิเคราะห์บริบท (context analysis) เป็นเครื่องมือ

1) การวิเคราะห์ข้อมูล

Content analysis โดยใช้โครงสร้างของการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น Matrix ระหว่าง ความตระหนักกับ PLEASE (Pharmacy and Therapeutics committee, Labeling and leaflets, Essential RDU tools, Awareness of RDU, Special population prescriptions and safety, Ethics in prescription and drug promotion)

2) การประกันคุณภาพข้อมูล

Tri-angulations โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูลโดยการทำสามเส้าข้อมูลที่เก็บได้จากกลุ่มตัวอย่างสามกลุ่มคือ แพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลเวชปฏิบัติ ป้องกันอคติจากการแปลความโดยการทำสามเส้าการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่าง นักวิจัยสองคน และ expert opinion

3) วิธีการเก็บข้อมูล

1. สถานการณ์ความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำการเก็บข้อมูลในแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลที่อยู่ในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาลที่ถูกสุ่มเลือก จำนวน ๕ แห่ง เพื่อเป็นตัวแทนของ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ และ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก
2. เริ่มเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเล็กๆก่อนเพื่อ refine ข้อคำถามและแนวทางในการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังได้สัมภาษณ์เภสัชกรซึ่งทำงานที่ สสจ. เพิ่มเติมเพราะได้รับการกล่าวถึงจาก key informants
3. ทีมวิจัยมีการทำ AAR ทุกเย็นหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จในแต่ละวันเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้และเตรียมการหรือปรับแนวทางในการเก็บข้อมูลในวันต่อไป นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมการสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลอีกด้วย นอกจากนี้ หลังการสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละโรงพยาบาล PI ได้เก็บรวบรวม field note และ ส่ง file เสียงไปถอดเทปทันที

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 36 คน หากแบ่งกลุ่มตามวิชาชีพ พบว่าเป็นแพทย์จำนวน 9 คน เภสัชกรจำนวน 16 คน และ พยาบาล 11 คน จาก (1) โรงพยาบาลในเครือ UHosNet (2) โรงพยาบาลศูนย์ (3) โรงพยาบาลทั่วไป (4) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ และ (5) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก

2) ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์

ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาที่แสดงถึงความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ในรูปแบบ Matrix ของหลักฐานที่แสดงถึงการมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามกฎหมาย PLEASE ก่อนที่โรงพยาบาลจะสมัครเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและความรู้สึกและสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากที่โรงพยาบาลสมัครเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.1) ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ก่อนการเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital project)

ผู้วิจัยนำเสนอผลการประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ก่อนการเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในรูปแบบของ Matrix ระหว่างหลักฐานที่แสดงถึงการมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกับกฎหมาย PLEASE ดังนี้

Awareness - P: PTC คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด พบว่าทุกโรงพยาบาลมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) อยู่แล้ว ส่วนมากเป็นคณะกรรมการชุดใหญ่ที่ประกอบด้วยแพทย์ และ เภสัชกร แต่ บางโรงพยาบาลยังไม่ได้รวมวิชาชีพพยาบาลเข้ามาในทีม บางโรงพยาบาลเห็นว่าปัจจุบันคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมีขนาดใหญ่เกินไป ทำให้ค่อนข้างลำบากในการรวมองค์ประชุม จึงจัดประชุมร่วมกันน้อยมาก บางโรงพยาบาลจัดประชุมแค่ 2 ครั้งต่อปีเท่านั้น นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของสมาชิกยังน้อยอยู่ โดยดูจาก สถานการณ์การเข้าร่วมประชุม ที่สมาชิกจะเข้าร่วมเฉพาะในประเด็นที่ตนเองมีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งแก้ปัญหาโดยการสร้างทีมใหม่ที่มีวิชาชีพพยาบาลเข้าร่วมแต่มีขนาดเล็กกว่า เพื่อให้สามารถทำงานได้เร็วขึ้น และ มีความต่อเนื่องมากขึ้น โดยใช้ชื่อว่า คณะกรรมการพัฒนางานเภสัชกรรมและการบำบัด

สำหรับการทำงานตามบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาลยังมุ่งเน้นไปที่ประเด็นของการบริหารเวชภัณฑ์ ทำให้กิจกรรมที่ทีมงานทำส่วนใหญ่ คือการพิจารณา ยาเข้า ยาออก และ จัดซื้อ เท่านั้น และแม้จะมีการรวมทีมกันเป็น คณะกรรมการ PTC จังหวัด แล้ว แต่ก็ยังมุ่งเน้นไปที่ประเด็นการบริหารเวชภัณฑ์เหมือนเดิม ซึ่งกิจกรรมที่ทีมงานทำส่วนใหญ่ คือ งานประจำ เช่น จัดซื้อร่วม การประมูล ต่อรองราคา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า คณะกรรมการ PTC ต้องทำหน้าที่อื่นๆตามบทบาทหน้าที่ที่ควรทำมากขึ้น

แต่โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ซึ่ง ได้ดำเนินงานโครงการ Antibiotic Smart Use อย่างจริงจัง แห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่า มีการประชุมคณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาลทุกเดือน และ ในรายละเอียดเนื้อหาการประชุมนั้นก็ไม่ใช่แค่เพียงการ การบริหารเวชภัณฑ์ เท่านั้น แต่มีรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ทุกคน ในรูปของการสรุปรายงานประจำเดือน

มีข้อสังเกตจากผู้ให้ข้อมูลว่า วิธีการรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับยา DUE (ซึ่งมักจะเป็นยาที่ค่อนข้างราคาสูง เป็น antibiotic ที่ออกฤทธิ์เฉพาะต่อเชื้อบางตัวเท่านั้น จึงต้องมีการเฝ้าระวังการใช้ โดยจะให้เฉพาะ staff เท่านั้นจะมีสิทธิ์สั่งใช้ยา antibiotic กลุ่มนี้ได้ แล้วในการสั่งใช้ก็จะต้องมีผล Culture ยืนยันว่าสมควรจะต้องใช้ยาตัวนั้นจริงๆ) ในที่ประชุม PTC เป็นวิธีที่สามารถสร้างความร่วมมือของแพทย์ในการสั่งใช้ยาความสมเหตุสมผลได้ดี

Awareness - L: Label ฉลาก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เคยมองข้ามประเด็น ฉลากยา ทั้งที่ เป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วย สถานการณ์ปัจจุบันยังไม่มีการใช้ชื่อยาภาษาไทย ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ในฉลากยา และ คำแนะนำเพิ่มเติมก็ใช้อยู่ก็ขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาล และยังมี การใช้ฉลากช่วยน้อยมาก

มีการดำเนินการจัดทำเอกสารรายละเอียดเกี่ยวกับยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มเติมให้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาเหล่านั้น นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลยาเพิ่มเติมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน โรคเกาต์ และผู้ป่วยที่ใช้ NSAIDs นอกจากนี้ยังมีรายการอาการของเคียงของยาสำหรับผู้ป่วยวัณโรค TB โดยทำเป็นแผ่นเอกสารที่ แนบไปกับสมุดประจำตัวผู้ป่วย โดย เจ้าหน้าที่จะแจ้งผู้ป่วยให้ศึกษา ทำความเข้าใจ ว่าหากมีความผิดปกติตามที่ระบุไว้ในเอกสารก็ให้กลับมาโรงพยาบาล ซึ่งบางโรงพยาบาลได้เริ่มทำมาตั้งแต่มีการประเมินมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) แล้วเพียงแค่ดำเนินการเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกเท่านั้น

Awareness - E: Essential tool เครื่องมือที่จะช่วยให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่พบ คือ ระบบในการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา มีทั้งที่เป็น

1) บุคคล คือการมีพยาบาลคัดกรองประวัติ แล้ว ติด sticker เป็นสีๆ เพื่อเตือน โดยแต่ละสีจะมีความหมายในตัวที่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้าใจตรงกัน

2) คอมพิวเตอร์ คือ ระบบ pop up และ ระบบ locks ไม่ให้สั่งยาที่ไม่ควรสั่งร่วมกัน

3) สื่อ/เอกสารที่เป็นคำแนะนำ หรือ แนวทางในการใช้ยาที่ถูกต้อง เช่น ปฏิทินการคำนวณขนาดยาในเด็ก

4) นโยบายและระบบ Restricted Drug Use ซึ่งกำหนดให้ยาบางตัวต้องสั่งโดยแพทย์เฉพาะทางหรือได้รับความเห็นชอบจากแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น คอมพิวเตอร์ จะไม่อนุญาตให้แพทย์ทั่วไปสั่งยาที่อยู่ในรายการควบคุมได้ หากแพทย์ยังยืนยันที่จะใช้ ก็ต้องกรอกแบบฟอร์มเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางเซ็นรับรอง ระบบนี้จะช่วยให้แพทย์ได้ทบทวนถึงความจำเป็นในการใช้ยา ว่า จำเป็นจริงๆ หรือไม่ ฝ่ายเภสัชกรรมพยายามสร้างและปรับแบบฟอร์มให้ง่ายต่อการใช้โดยทำในลักษณะ check list โดยไม่ต้องเขียนอะไรมาก ถึงแม้เป้าหมายของนโยบาย Restricted Drug Use คือการ ลด cost แต่ก็มีส่วนช่วยส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมเหตุผลด้วย

5) ระบบการ Recheck โดย ในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก จะมีเจ้าหน้าที่ใช้ดยา 1 คน จากนั้นจะมีเจ้าหน้าที่สำหรับตรวจสอบซ้ำแล้วก็จ่ายยาอีก 1 คน จุดนี้เน้นคือ เจ้าหน้าที่ใช้ดยาจะต้องทำสัญลักษณ์ให้คนจ่ายยาทราบว่า มีการเพิ่มยา หรือ มีการปรับขนาดยาด้วย โดย การทำสัญลักษณ์ช่วยเตือนผู้จ่ายยาและผู้ป่วย

6) การทำสัญลักษณ์ช่วยเตือนผู้จ่ายยาและผู้ป่วยเกี่ยวกับการเพิ่มยา การปรับขนาดการใช้ยา ตัวอย่างเช่น มีการสั่งใช้ยาตัวใหม่ที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อนเลย คนใช้ดยาก็จะเขียนเครื่องหมายบอกบนหน้าซอง เพื่อให้คนจ่ายยาทราบว่าตัวนั้นผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อน คนจ่ายยา ก็จะอธิบายคนไข้ได้ว่า ยาตัวนี้เป็นยาใหม่

แพทย์สั่งเพิ่ม หรือ กรณีแพทย์สั่งการปรับขนาดยาฉีด Insulin เพิ่มขึ้นคนไข้จะเขียนลูกศรเพิ่มให้คนไข้แล้ว คนจ่ายยาก็จะแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับขนาดยาใหม่ โดยใช้วิธีการทวนสอบการใช้ยา

7) การทวนสอบการใช้ยา นอกจากการ สอบทวนชื่อ นามสกุลเพื่อให้มั่นใจว่าคนไข้ได้รับยาที่เค้านคร จะได้แล้ว คนจ่ายยาจะถามผู้ป่วยว่า ได้รับยาฉีดเมื่อคราวที่มีวิธีใช้อย่างไร แล้วก็เน้นย้ำว่ามีการสั่งปรับขนาด ยาแล้วอธิบายถึงขนาดยาใหม่ วิธีใช้ใหม่

8) ระบบรายงานความเสี่ยง มีระบบ การเขียนใบความเสี่ยง หรือ การบันทึก medication error โดย ในแบบฟอร์มจะระบุว่าผู้ป่วยได้รับยาไปหรือยัง แล้วมีความผิดพลาดเกิดขึ้นในช่วงใด และดำเนินการแก้ไข อย่างไร และมีการแบ่งระดับความผิดพลาด เป็น ระดับ A B C D F ซึ่งระดับความผิดพลาดจะแสดงให้เห็นว่า ยานี้จ่ายออกจากห้องยาแล้วคนไข้กินแล้วมีความผิดปกติอะไร หรือไม่ อย่างไร ต้องติดตามไหม อย่างไร

ทางโรงพยาบาลจะมีระบบเก็บข้อมูลทุกๆเดือน แล้วก็รายงานไปที่ศูนย์ความเสี่ยงกลาง ซึ่งเจ้าหน้าที่ จะสรุปรายงานและดำเนินการประชุมคณะกรรมการความเสี่ยงทุกเดือน เพื่อที่จะสรุป ถ้าเกิดเป็นความเสี่ยงที่ รุนแรงมากๆ ก็จะเอาเป็น กรณีตัวอย่าง แล้วทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะมีผู้ประสานงานติดต่อ ผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดโดยตรงเพื่อทำ Case conference และ หาแนวทางป้องกัน แก้ไข แล้ว หัวหน้าศูนย์ความเสี่ยงกลาง ก็จะมารายงานสรุป case อีกทีในวันประชุมของระบบยา

ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อคิดเห็นว่า เนื่องจากการมีคนไข้จำนวนมาก บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานแข่ง กับเวลา จึงมีโอกาสที่จะเกิด Medication error ได้ง่าย นี่ก็ความจริงที่ต้องยอมรับ ดังนั้น เครื่องมือ เหล่านี้ (essential tools) จึงมีไว้เพื่อเป็นตัวช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้สั่งใช้และจ่ายยาได้มีความระมัดระวัง ไม่ หลงลืม ไม่สร้างความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)

Awareness - A: Awareness เมื่อพิจารณาระดับปัจเจกบุคคล ในภาพรวมบุคลากรทางการแพทย์ เหล่านี้มีความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอยู่แล้ว แต่มีในระดับที่แตกต่างกันออกไป ผลจากการ สัมภาษณ์พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ได้แก่ วิชาชีพ บทบาทหน้าที่ของงานที่ได้รับมอบหมาย ความสนใจส่วนบุคคล ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ความทันสมัยของ ความรู้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถาบันการศึกษา เนื้อหาของหลักสูตรที่ได้เรียนมา โอกาสในการได้รับการ พัฒนาต่อยอดความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ การมีระบบควบคุมตรวจสอบความคลาดเคลื่อนทางยา รวมไปถึง โอกาสของการได้รับรู้และรับผิดชอบต่อผลกระทบอันเป็นผลมาจากพฤติกรรมการใช้ยาของคนที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย (กรณีตัวอย่างคือ แพทย์ศัลยกรรมกระดูกสั่งใช้ยา NSAIDs แล้วผู้ป่วยบางรายเกิดอาการไตวาย แต่ ผู้ป่วยเหล่านั้นจะถูกส่งต่อมาที่แพทย์อายุรกรรม ทำให้แพทย์ศัลยกรรมกระดูกไม่มีโอกาสได้รับทราบถึง ผลกระทบที่เกิดกับคนไข้ของตน จึงอาจคิดว่าการสั่งใช้ยาของตนนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดผลเสียอะไรและยังคง รูปแบบการสั่งใช้ยาเดิมๆของตนต่อไป)

ด้วยความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับปัจเจก (โดยเฉพาะวิชาชีพเภสัชกรรม) ที่กระตุ้นให้เกิดความพยายามที่จะสร้างระบบที่จะช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับองค์กร ซึ่งมี หลักฐานเชิงประจักษ์ คือ กิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ที่แต่ละ โรงพยาบาลดำเนินการ เช่น ADR monitoring, Drug Use Evaluation (DUE), Medication reconciliation (MRC), High alert drugs และ งาน clinical pharmacy เป็นต้น แต่มีข้อสังเกตว่างาน เหล่านี้นั้นถูกจัดให้เป็นงานตามบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร อันส่งผลให้ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น

ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาเท่าใดนัก มีความพยายามในการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักในการใช้ยา โดยอาศัยกลไก การประชุมระบบยา การทำ case conference ในรายที่เกิดปัญหาการแพ้ยาซ้ำ รวมไปถึงการประชุมเพื่อนำเสนอผลประเมินตัวชี้วัดของ HA ทุกตัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในลักษณะของ patient safety

นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังสนับสนุนเวลาและงบประมาณให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีโอกาสไปพัฒนาความรู้ และ ทักษะทางวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอีกด้วย แต่มักจะไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอ เพราะ ต้องหมุนเวียนกันไป เพื่อให้มีคนทำงาน และ ทางโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการจัดสรรให้งบประมาณสำหรับการไปพัฒนาตนเองเพียงคนละไม่เกิน 5,000 บาทต่อปี ดังนั้นจึงพบว่าบางโรงพยาบาลได้พยายามจัดบริการวิชาการตนเอง เช่น การให้เภสัชกร เป็น วิทยากร อบรม เกี่ยวกับ high alert drug ให้กับพยาบาลบางโรงพยาบาลจัดให้มีช่องทางสื่อสารของตนเองเพื่อการเผยแพร่และ update ข้อมูล ข่าวสารด้านยาและเทคนิคการรักษาพยาบาล ที่จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป หรือ การจัดทำจัดทำ posters เอกสาร แผ่นพับทางวิชาการ และ การส่งสรุปวิชาการที่ได้ไปเรียนรู้ หรือ ประชุมมาทาง Social Application ต่างๆ แต่ก็ยังไม่ค่อยมีคนอ่าน หรือ สนใจเท่าที่ควร

Awareness - S: Special Population เมื่อพิจารณาถึงการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในประชากรกลุ่มพิเศษ พบว่า มีหลักฐานที่เชื่อมโยงถึงการมีความตระหนักรู้ในเชิงระบบ คือ การที่โรงพยาบาลจัดให้มีการแยกประเภทคลินิก มีการทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยโรคไต มีระบบคัดกรอง และ ระบบเตือนเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ที่ทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีขึ้นเพื่อการป้องกันความเสี่ยง ช่วยลด medication error เพื่อ patient safety

Awareness - E: Ethic มีความตระหนักรู้ในระดับปัจเจกที่ส่งผลให้เกิดการตื่นตัวของปัจเจกอื่นๆในวงกว้าง รวมไปถึงการตื่นตัวในเชิงระบบ โดยมีตัวกระตุ้น คือ นโยบายธรรมาภิบาล (Good Governance) ดังนั้น ethic จึงเป็นประเด็นที่ชักนำทำให้โรงพยาบาลสมัครเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมรับมือนโยบายธรรมาภิบาล ประกอบกับคู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ ทีมงานสนับสนุนจากส่วนกลางจะเป็นเครื่องนำทาง แนวทาง และ เพื่อนร่วมทางให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองในเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาว่าเป็นประเด็นที่หาจุดพอดีได้ยาก แค่นั้นก็จะเรียกว่าไม่เกินเลย ด้วยความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลกับบริษัทยาอันควรต้องมีลักษณะที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ (give and take) ต้องพึ่งพาอาศัยกัน ดังนั้นจึงเกิดคำถามว่า เวลาที่โรงพยาบาลจะทำอะไรก็ขอการสนับสนุนจากบริษัทยา แล้วทางโรงพยาบาลจะปฏิเสธโดยสิ้นเชิงเวลาที่บริษัทยาขอความช่วยเหลือนั้นสมควรหรือไม่

สำหรับโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์นั้น มีความเห็นว่า นโยบาย one generic one brand ยังไม่ใช่ ตัวชี้วัดที่ดีในบริบทของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ที่ดี ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ 1) อำนาจต่อรองของโรงพยาบาล ที่อาศัยหลักการการแข่งขันในเชิงธุรกิจเพื่อให้โรงพยาบาลได้ซื้อยาในราคาที่เหมาะสม และ 2) โรงเรียนแพทย์มีหน้าที่การสร้างองค์ความรู้ ดังนั้นการใช้ยาใหม่ๆจึงเป็นเรื่องที่ปฏิเสธไม่ได้

นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยเอื้อที่จะช่วยเสริมการดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลคือ ระบบการรับรองคุณภาพของแต่ละโรงพยาบาล ที่จะต้องมีกลไกการป้องกันความเสี่ยงที่

เกิดจากการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ไม่ว่าจะเป็นการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและระบบการเตือนผู้สั่งใช้ยาเพื่อป้องกันความผิดพลาดทางยา (medication error) ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งที่เป็น manual และ ระบบ pop up ใน computer นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งยังมีประสบการณ์ในการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามาแล้ว เช่น Antibiotic Smart Use และ Restricted Drug Use ซึ่งคนทำงานในโครงการเหล่านี้ได้รับบทเรียนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานในโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.2) การรับรู้และความรู้สึกหลังเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital project)

2.2.1. การรับรู้เกี่ยวกับโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนทราบว่าโรงพยาบาลของตนเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่มีลักษณะการดำเนินงานในแนวรุกมากขึ้น ก่อนหน้านั้นได้ยินเกี่ยวกับโครงการ Antibiotics Smart Use (ASU) แล้วต่อมาก็พัฒนาเป็น Rational Drug use (RDU) ซึ่งโครงการ RDU จะครอบคลุมทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามากกว่า บางจังหวัดรู้จักโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเมื่อ พ.ศ. 2557 เนื่องจากมีหนังสือราชการประชาสัมพันธ์ให้โรงพยาบาลต่างๆสมัครเข้าร่วมโครงการ และโรงพยาบาลต่างๆในจังหวัดสนใจสมัครเพราะในช่วงนั้น ทางจังหวัดมีตัวชี้วัดของผู้ตรวจ เป็นเรื่องของต้นทุนยาอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยอมรับว่า ในระยะเริ่มแรกแบบนี้นการสื่อสารเกี่ยวกับโครงการอาจจะยังไม่ทั่วถึงในองค์กร เป็นเหตุให้มีคนที่รู้จัก PLEASE น้อย สำหรับผู้ให้สัมภาษณ์เองส่วนใหญ่ก็เพิ่งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ PLEASE ในขณะที่เตรียมการเพื่อให้สัมภาษณ์ คนที่จะรู้เรื่องเกี่ยวกับ PLEASE มากที่สุดส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรที่ได้รับมอบหมายให้มารับผิดชอบโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และได้มีโอกาสเข้าร่วมในการพัฒนาคู่มือและตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเท่านั้น ในบรรดาของผู้ให้ข้อมูลที่รู้จัก PLEASE นั้น เข้าใจว่าเป็นสโลแกนหนึ่งที่ทำให้โครงการ RDU สามารถเดินทางไปบรรลุวัตถุประสงค์ได้

2.2.2. ความรู้สึกที่มีต่อโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รู้สึกว่าการ RDU เป็นโครงการที่ดี มีประโยชน์ โดยเฉพาะในมุมมองของเภสัชกรนั้น ถือว่าโครงการนี้เป็นแรงผลักดันจากภายนอกมาช่วยในงานประจำที่ทำอยู่แล้วนั้น ได้รับความสนใจ ได้รับการสนับสนุน และ ได้รับความร่วมมือมากขึ้นแม้ว่าหลายๆโรงพยาบาลผู้ได้รับมอบหมายรู้สึกว่าจะไม่ได้เกิดจากความสมัครใจก็ตาม ดังที่ผู้ดูแลโครงการของโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง กล่าวว่า ต้องทำเพราะว่าผู้อำนวยการเป็นประธานของโครงการนี้ และ ผู้ดูแลโครงการของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งกล่าวว่า ได้รับคำสั่งจากผู้อำนวยการให้สมัครเพราะว่าเป็นโครงการที่ดีมาก

เภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่แห่งหนึ่งสะท้อนความรู้สึกว่า ตัวจักรสำคัญของ โครงการ RDU hospital คือ คนสั่งใช้ยา ซึ่งแพทย์แต่ละคนก็จะมีศิลปะในการดูแลคนไข้แตกต่างกัน ดังนั้นควรมีหลักเกณฑ์กลางที่สร้างและใช้ร่วมกัน จึงจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ได้ หลักเกณฑ์กลางที่ว่านั้น ควรที่จะเป็นข้อบังคับ และ คำแนะนำที่เป็นกลางที่ผู้สั่งใช้ยาทุกคนสามารถปฏิบัติได้ ควรทำให้เหมือนเป็นการเสนอทางเลือก ไม่ใช่การบังคับ และ ในบางกรณี ที่มีความจำเป็นจริงๆ ควรที่จะมีข้อยกเว้น ถ้าเกิด

หลักเกณฑ์ที่สร้างไม่มีความยืดหยุ่นเลย ก็ไม่สามารถก่อให้เกิด ศิลปะในการรักษาโรค เพราะบุคลากรในวิชาชีพเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่มีใบประกอบโรคศิลปะทั้งสิ้น

ความรู้สึกที่มีต่อตัวชีวิตของโครงการ ฯ เมื่อแรกเห็น ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรู้สึกว่ามีจำนวนมากเกินไป แต่เมื่อได้อ่านรายละเอียดและพยายามทำความเข้าใจ แล้ว ทุกคนคิดว่ามีประโยชน์ เพราะว่า ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้งานที่ต้องดำเนินอยู่แล้ว ได้แก่ การมี ตัวชีวิตเกี่ยวกับมาตรฐานเวชปฏิบัติ และ ตัวชีวิตประสิทธิภาพของคณะกรรมการ PTC

3) ความตระหนักรู้ที่แสดงออกผ่านการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในระยะเริ่มต้น

พบว่าในเชิงของการบริหารจัดการโครงการฯ ในโรงพยาบาลชุมชน จะมอบหมายให้เภสัชกร 1 คนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ส่วนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งระบบงานมีความซับซ้อนมากขึ้น นั้น จะมอบหมายให้ทีมเลขาและผู้ช่วยเลขา PTC เป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งก็หมายถึง การมอบหมายงานให้ฝ่ายเภสัชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนในโรงเรียนแพทย์มีการมอบหมายให้ รองผู้อำนวยการซึ่งเป็นแพทย์มาดูแลโครงการฯ

การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ กฎหมาย PLEAVE ภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล พบว่า

การดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับ P: PTC ยังคงใช้โครงสร้างของคณะกรรมการ PTC ที่มีอยู่เหมือนเดิม ประเด็นสำคัญที่ต้องการการแก้ไขเร่งด่วนคือ การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของสมาชิก โรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่ง ให้ข้อมูลว่า การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการ PTC นั้นต้องการภาวะผู้นำ และ ความเด็ดขาดของผู้บริหารสูงสุด

การดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับ L: Label ผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าเป็น Key ตัวแรกที่ทำได้ง่ายที่สุด เพราะว่าในคู่มือ RDU hospital ได้เตรียมรายละเอียดไว้ให้หมดแล้ว เภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กแห่งหนึ่งบอกว่า กิจกรรมแรกของโครงการฯ ที่ทางโรงพยาบาลเริ่มทำเลยหลังเข้าร่วมโครงการฯ คือการปรับฉลาก Paracetamol เภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่แห่งหนึ่งบอกว่า ขณะนี้ห้องยา กำลังเปลี่ยนแปลงสติ๊กเกอร์ยาบางตัว เช่น Paracetamol, Enalapril, Amlodipine, Colchicine โดย ฉลากใหม่จะเพิ่มคำแนะนำในคู่มือ RDU hospital ที่สามารถสื่อให้คนไข้เข้าใจได้มากขึ้น สำหรับโรงพยาบาลที่ใช้ระบบ Computer ในการสั่งยา ดังนั้นเมื่อเปลี่ยนฉลากเพียงครั้งเดียว ฉลากของทั้งระบบยาผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกก็จะเปลี่ยนแปลงทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีการ ทำฉลากแจ้งเตือนแพทย์แผนกสูตินารีเวช เรื่อง ขอความร่วมมือไม่ให้จ่าย Domperidone เกิน 7 วัน

ในส่วนของความรู้สึกของผู้ปฏิบัติเมื่อดำเนินการปรับฉลากตามคำแนะนำในคู่มือ พบว่า พื้นที่บนฉลากปัจจุบันที่ใช้อยู่มีเหลือน้อยมาก ไม่สามารถใส่รายละเอียดทั้งหมดตามที่คู่มือบอกได้ จึงต้องให้ IT ปรับให้ ส่วนของฉลากช่วยนั้นบางโรงพยาบาลยังไม่ได้ทำ และมีข้อเสนอให้ทางส่วนกลางเตรียมให้เลยจะได้ใช้เหมือนกันหมดทั่วประเทศ บางโรงพยาบาลได้ทดลองเปลี่ยนฉลากยาและประเมินผลแล้ว พบว่า คนไข้ไม่กล้าใช้ยา เอายามาคืน โดยให้เหตุผลว่าเมื่อได้อ่านฉลากแล้วกลัว ไม่กล้ากินยา เภสัชกรต้องอธิบายให้คนไข้เข้าใจว่าเป็นข้อแนะนำเพื่อให้ระวังไว้เท่านั้น คนไข้บางคนรีบกลับมาหาพบแพทย์แล้วบอกว่า แพ้ยา เพราะมีอาการ

เหมือนตามทีฉลากช่วยบอกไว้ แต่เมื่อสอบประวัติแล้วไม่ใช่อาการแพ้ยา สาเหตุที่แท้จริงคือเมื่อคนไข้รู้ข้อมูลแล้วก็คิดไปเอง

การดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับ E: Essential tools พบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กแห่งหนึ่ง ได้จัดทำ Clinical practice guideline สำหรับใช้ใน โรงพยาบาลของตน โดยปรับมาจาก คู่มือการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ โรงพยาบาลหลายแห่ง ก็มีการพัฒนาระบบ Med Reconcile ของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกันไว้เพื่อจะได้ง่ายในการทำงาน Med Reconcile คือติดตามประวัติการใช้ยา เมื่อก่อน ทำโดยการบันทึกด้วยมือ เมื่อคนไข้ admit ที่ตึก เจ้าหน้าที่ต้องเขียนประวัติยาเดิมของคนไข้ แต่ปัจจุบันนี้ จะใช้ระบบ Hos XP ของโรงพยาบาลเข้ามาช่วยคือดึงประวัติเดิมย้อนหลังกลับคืนมาว่าคนไข้ได้ยาอะไร ส่วนยาที่คนไข้ได้รับจากโรงพยาบาลอื่น เจ้าหน้าที่ก็จะขอยาจากคนไข้แล้วลงบันทึกเพิ่มเติมเองในใบ รายการ Medical Reconciliation ของโรงพยาบาล แต่ Medical Reconciliation ที่ทำในโรงพยาบาลนั้นยังไม่ได้รวมถึงยาที่คนไข้ไปซื้อหามาใช้เอง ยาสมุนไพร หรือ ยาผีบอก

การดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับ A: Awareness เกสซกรให้ข้อมูลว่าเมื่อตนเองทราบว่าโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก็รู้สึกเหมือนมีสิ่งมากระตุ้นเตือน และ ตอกย้ำให้ระมัดระวังในการจัดและจ่ายยามากขึ้น เพราะมียาบางตัวที่จะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ยาบางตัวมีความเฉพาะเจาะจงกับคนเฉพาะกลุ่ม และ ให้ความสำคัญกับการทำ Medical Reconciliation มากขึ้น

นอกจากนี้ยังจัดประชุมวิชาการในโรงพยาบาลหรือในเครือข่ายเพื่อการ เพิ่มพูนความรู้ ใน เนื้อหาวิชาการที่เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย โรคต่างๆ เพราะ การใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลบางครั้งก็เกิดจากการขาดความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัยในแนวทางการรักษาพยาบาลก็เป็นได้

การดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับ S: Special population พบว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กได้จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มเติม สำหรับผู้ป่วยโรคความดัน โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ และ โรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลหลายแห่งให้ข้อมูลว่า ในส่วนของหอผู้ป่วยในนั้นจะมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างเช่นโรคเบาหวาน โรคความดัน เจ้าหน้าที่จะดึงข้อมูลยาของคนไข้ มาจาก Hos EX เพื่อทำ Med Reconcile ข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วยประวัติการใช้ยาที่โรงพยาบาลส่งมาให้ในทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ใน หรือคนไข้ใน ย้อนหลังไป 3 เดือน ซึ่งจะทำให้ทราบว่าคนไข้ได้รับยาอะไร มีการเปลี่ยนแปลงขนาดยาอย่างไรบ้าง เมื่อคนไข้ถูกส่งขึ้นไปยังหอผู้ป่วย แพทย์ประจำหอผู้ป่วย ก็จะศึกษาประวัติการใช้ยาเหล่านี้ โดยเฉพาะ ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาบางชนิดที่จะต้องติดตาม RNR อย่างเช่น Wafarin ซึ่งจะต้องมีรายการ Medical Reconciliation แสดงประกอบทุกครั้ง ดังนั้น แพทย์จะทราบว่า Wafarin ถูกปรับไปกี่ครั้งแล้ว ครั้งล่าสุดผู้ป่วย Admit ด้วยภาวะอะไร ถ้าประวัติแสดงให้เห็นว่า Wafarin เคยถูก Off ไป ก็เป็นสัญญาณเตือนว่าแพทย์จะต้องย้อนกลับไปดูแล้วว่า OPD visit นั้นเกิดอะไรกับคนไข้ ทำให้ต้องมา Admit คนไข้ควรจะได้รับ Wafarin อีกครั้งหรือไม่ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้แสดงให้เห็นถึง การเชื่อมโยงข้อมูลประวัติการใช้ยาและ clinical outcome ในเชิงลึก เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับ E: Ethic โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ เน้นการใช้ประโยชน์จากงาน DIS ในการสืบค้นหา evidence based data มาประกอบการพิจารณาการนำยาเข้า นำยาออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังจัดระเบียบ และ เสริมสร้างความโปร่งใส ในการเข้า

remind แพทย์ ของ ผู้แทนยาอีกด้วย แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ พุดเป็นเสียงเดียวกันว่า รอที่จะใช้เกณฑ์ ethic จากส่วนกลาง

4) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ช่วงที่ต้องการประชาสัมพันธ์โครงการ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งใช้วิธีการจัดพาเหรดณรงค์ โดยให้น้องๆ เภสัชกร แต่งตัว ถือป้าย เดินรณรงค์ทั่วโรงพยาบาล มีการจัดทำเอกสาร ประชาสัมพันธ์โครงการ และตั้งโต๊ะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา พร้อมทั้งทำ โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ โครงการ แปะประกาศไว้ในจุดที่จะมีคนเห็นเป็นจำนวนมาก ทางโรงพยาบาลจัดประชุมระบบยาทุกเดือน นอกจากนี้ยังติดป้ายประชาสัมพันธ์หน้าโรงพยาบาลว่าเราเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การสื่อสารเพื่อการดำเนินงาน ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อาศัยการประชุมระบบยาในการปรึกษาเรื่องทำ Labeling แจ้งเตือนแพทย์สตินารีเวช เรื่องขอความร่วมมือไม่ให้จ่าย Domperidone เกิน 7 วัน เลขานุการได้นำเรื่องเข้าที่ประชุมเพื่อแจ้งและขอความเห็น ถ้าในที่ประชุมมีมติยอมรับ ก็จะแจ้งเภสัชกรทุกคนให้ทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง และหากว่ามีกรณีที่คนไข้กลับบ้านแล้วได้รับ Domperidone เกิน 7 วัน เภสัชกรก็จะ consult แพทย์ก่อนว่าเป็นคนไข้หลังคลอดที่ได้รับยาเพื่อกระตุ้นน้ำนมบุตรหรือไม่ สำหรับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับในกฎหมายใหม่และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเข้าร่วมโครงการ RDU ในทีมแพทย์นั้น จะอาศัยการสื่อสารผ่านองค์กรแพทย์เป็นหลักเพราะว่าบางครั้งในที่ประชุมกันในระบบยาแพทย์บางวอร์ดไม่ได้เข้าร่วมประชุม ประเด็นของการสื่อสารคือแจ้งเรื่องการเปลี่ยนแปลงในระบบยานอกจากนี้ในองค์กรขนาดใหญ่ ที่มีแพทย์เป็นจำนวนมาก การดำเนินการหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบยานั้นผู้รับผิดชอบต้องเข้าใจบริบทของวิชาชีพแพทย์ และ สร้างความร่วมมือ โดยการให้เค้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น โดยเฉพาะในขั้นตอนของการร่วมออกแบบระบบ วางกฎเกณฑ์การทำงาน การประเมินผลจะช่วยลดแรงต้านได้เพราะระบบและกฎเกณฑ์เหล่านั้นเค้าได้คิดและสร้างมาเอง

5) แนวทางในการสร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลให้เกิดขึ้นในบุคลากรทางการแพทย์เพื่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องต้องกันว่าการสร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลให้เกิดขึ้นในบุคลากรทางการแพทย์นั้นเป็นปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลใช้อย่างสมเหตุผล ทั้งนี้เพราะ หากผู้สั่งใช้ยาแต่ละคนตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผลแล้ว ก็จะระมัดระวังในการสั่งใช้ยาเพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย โดยอัตโนมัติ ไม่ต้องบังคับกัน โดย ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะถึงปัจจัยและแนวทางต่างๆ ที่จะช่วยกระตุ้น เตือน และ เอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผลในบุคลากรเพื่อให้โครงการโรงพยาบาลใช้อย่างสมเหตุผลประสบผลสำเร็จ ดังต่อไปนี้

ปัจจัยเอื้อในเชิงการบริหาร

- ด้วยโรงพยาบาลรัฐบาลทุกแห่งก็ปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองนโยบายอยู่แล้ว หากกระทรวงสาธารณสุขต้องการให้โรงพยาบาลดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผล ก็ควรสร้างเป็นนโยบายแล้วสั่งการ

- การดำเนินงานโรงพยาบาลสมเหตุผลนั้นควรได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงฯ ทั้งในด้าน งบประมาณ กระบวนการดำเนินงาน โดย คู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลสมเหตุผลนั้นควรระบุบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังควรให้การสนับสนุน สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอีกด้วย
- การมีกลไกและ secretariat ในระดับเขต รวมไปถึง การมีตัวชี้วัดในระดับเขตที่เกี่ยวข้องกับ RDU เช่น effectiveness and patient safety
- การตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (HA) โดย สำนักงานรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (สรพ) เป็นกลไกที่สำคัญยิ่งในการผลักดัน เพราะ ฝ่ายคุณภาพของโรงพยาบาล จะให้ความสำคัญกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพโรงพยาบาลมากและจะต้องดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์ให้ได้

ปัจจัยเอื้อในเชิงวิชาการ

- ราชวิทยาลัยของแต่ละสาขามีบทบาทมากในเชิงวิชาการ โดยเฉพาะการจัดทำมาตรฐานเวชปฏิบัติของแพทย์ในสาขาต่างๆ
- โรงเรียนแพทย์ ควรให้การสนับสนุนวิทยากร เพราะลูกศิษย์มักเชื่ออาจารย์ของตนเสมอ

ปัจจัยเอื้อในระดับปฏิบัติการ

- โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนั้น ก็คล้ายกับการดำเนินงานอื่นๆ คือผู้บริหารต้องเข้าใจและให้ความสำคัญ เพราะ ผลพวงของโครงการคือการทำให้คนไข้ใช้ยาได้อย่างถูกต้องและได้รับยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- โครงสร้าง ของ RDU team ควรประกอบด้วย ผู้บริหารที่มีอำนาจในการตัดสินใจ แพทย์ทุกสาขา ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และ IT man นอกจากนี้ ตัวชี้วัดต้องง่าย ชัดเจน และ ตรงเป้าหมาย ส่วนการเก็บข้อมูลมาตอบตัวชี้วัดโครงการ ก็ไม่ควรเป็นการเพิ่มภาระงาน ต้องสามารถดึงข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลออกมาตอบได้เลย
- เคล็ดลับในการสร้างความร่วมมือจากทุกฝ่ายนั้นควรอาศัย key word ที่เหมาะสม และ ตรงใจ สำหรับแต่ละ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล ควรใช้ key word เกี่ยวกับ patient safety ส่วน Lab ควรใช้ key word เกี่ยวกับ cost and workload
- คณะกรรมการ PTC มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการสร้างความร่วมมือ เพราะว่าเป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสะท้อนข้อมูลในเชิงบริหาร ด้วยคณะกรรมการ PTC ถูกขับเคลื่อนด้วยหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์ต่างๆ เพราะฉะนั้น เมื่อหัวหน้ากลุ่มงานเข้าใจว่าการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรคต่างๆ เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งเพื่อสร้าง patient safety แล้ว เขาก็จะไป motivate ให้สมาชิกกลุ่มงานเข้าใจด้วย แต่การใช้เครื่องมือนี้ให้ประสบผลสำเร็จ ต้องอาศัยตัวชี้วัดที่ชัดเจน สะท้อนเป้าหมาย และเมื่อประเมินผลแล้วต้องให้ข้อมูลป้อนกลับที่นำไปสู่การวิเคราะห์สถานการณ์และปรับแนวทางการพัฒนาด้วย
- การดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) จะง่ายขึ้น หากปรับใช้ประสบการณ์ และ บทเรียนจากโครงการ Antibiotic Smart Use (ASU) เพราะ สิ่งที่ได้เรียนรู้ จากการดำเนินโครงการ ASU ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยแห่งความล้มเหลว ปัจจัยแห่งความสำเร็จ สิ่งที่ต้องทำ สิ่งที่ไม่ควรทำ ในการดำเนินงาน สามารถนำมาปรับใช้กับโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) ได้ทั้งสิ้น

- ควรหาผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้พบ โครงการ ASU สำเร็จได้เพราะ แพทย์เป็นแกนนำ ทำให้เกิดการควบคุมกันเองในวิชาชีพเดียวกัน เกสซอร์ต้องดำเนินการในเชิงรุกมากขึ้น โดยเน้นไปที่การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับประชาชน เพื่อช่วยให้แพทย์ทำงานง่ายขึ้น แพทย์ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งบอกว่าอยากเห็นคนใช้ถามแพทย์ว่า ทำไมต้องสั่งยาปฏิชีวนะในเมื่อตนเองแค่มีอาการท้องเสียเฉียบพลัน นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลควรเตรียมความพร้อมและปูพื้นฐานเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มนักศึกษาฝึกงานและแพทย์จบใหม่ด้วย
- การสร้าง awareness ในบุคลากรทางการแพทย์นั้น ในช่วงแรกๆ ทุกคนอาจรู้สึกเหมือนโดนบังคับ แต่เมื่อทำไปสักพักจะชิน เป็นการสร้างนิสัยไปในตัว นอกจากนี้ ระบบเตือนในกระบวนการสั่งจ่ายยา เช่น pop up หรือ โครงการ restricted drug use ที่มุ่งเป้าไปที่การลด cost นั้น สามารถช่วยให้เกิดความตระหนักได้ โดยเฉพาะในสภาพการให้บริการปัจจุบันที่มีคนไข้จำนวนมาก และ ต้องงานแข่งกับเวลา
- การทำให้ awareness คงอยู่นั้นควรมีการกระตุ้นเป็นระยะ ๆ ขณะนี้ผู้ให้ข้อมูลมองว่าโครงการ RDU hospital เป็นเหมือน แรงจากภายนอก มากระตุ้นให้เกิดการตื่นตัว และ ส่วนกลางไม่ควรปล่อยให้แค่กระแสแล้วดับวูบไปเหมือนกับหลายๆโครงการ แต่ควรจัดกิจกรรมกระตุ้นเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง
- ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อคิดเห็นว่าโครงการ RDU hospital คงจะล้มเหลว หากมาเพิ่มภาระงานให้คนทำงาน โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลเพื่อมาตอบตัวชี้วัดของโครงการ เพราะในปัจจุบันแต่ละคนก็มีภาระงานล้นมืออยู่แล้ว
- เทคโนโลยีสารสนเทศมีความจำเป็นมากและจะเป็นตัวช่วยที่สำคัญในการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุผลให้ประสบความสำเร็จ เพราะ เทคโนโลยีสารสนเทศสามารถทำหน้าที่สำคัญได้ 2 อย่างคือ 1) เป็นระบบที่คอยเตือนให้ผู้สั่งยาระมัดระวังในการใช้ยา โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มพิเศษที่มีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการใช้ยาได้ และ 2) เป็นระบบที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาประมวลผลแล้วให้ข้อมูลป้อนกลับที่สะท้อนพฤติกรรมกรรมการสั่งจ่ายยาของบุคลากรทางการแพทย์ได้ ซึ่งจะเป็นตัวจักรสำคัญที่คอยกระตุ้นเตือนให้เกิดความตระหนักรู้ได้อย่างต่อเนื่อง

การสร้างเครือข่ายการทำงานในจังหวัด

บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนาร่องแห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่า การที่ส่วนกลางจัดระดมโรงพยาบาลนาร่อง เพื่อลองเก็บข้อมูลตัวชี้วัดของโครงการ นั้นเป็นการสร้างเครือข่าย ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับโรงพยาบาลอื่นๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และ โรงพยาบาลนาร่องของจังหวัดตนเองและจังหวัดอื่นๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ใน จังหวัดเดียวกัน ซึ่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมาประชุมเอง และ ก็ยินดีที่จะเป็นแม่ข่ายให้กับโรงพยาบาลนาร่องอื่นๆในจังหวัดตนเอง แล้วหลังจากประชุมในครั้งนั้นก็เลยได้มาคุยกับ ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) แล้วตั้งทีมงานโดยที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้

สำหรับช่องทางการสื่อสารของหน่วยงานในจังหวัด คือ การประชุมการพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.) เรื่องราวต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯถูกหยิบยกขึ้นเป็นประเด็นวาระของการประชุมบทบาทหลัก ของ สสจ. คือ การประสานงาน บทบาทของ รพ.พยาบาลมหาวิทยาลัย คือการสนับสนุนเชิงวิชาการ และ วิทยากร และการมีโรงพยาบาลศูนย์มาร่วมทีมจะช่วยให้ทิศทางการทำงานมีความชัดเจน เพราะว่า ประสพการณ์ของโรงพยาบาลศูนย์ก็จะมาช่วยเติมเต็มมุมมองของการดำเนินงานในเชิงบริหารจัดการ ก็เลยเกิด

ทีมงานเครือข่ายของจังหวัด เพื่อร่วมกันผลักดันให้ 12 โรงพยาบาลนำร่องในจังหวัดเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ได้

ดังนั้น Model การดำเนินงาน โครงการ RDU ควรจะครอบคลุม ระดับจังหวัด เหตุผลคือ ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลโครงการนั้น ไม่ได้แยกตามประเภทคนไข้ ซึ่งมีทั้ง คนไข้ที่มาหาโรงพยาบาลโดยตรงด้วยตนเอง กับ คนไข้ที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆในจังหวัด เพราะฉะนั้น effect ของคนไข้ที่อยู่ข้างนอก ถึงไม่ใช่คนไข้ของโรงพยาบาลเอง แต่โรงพยาบาลก็ต้องรับผิดชอบด้วย ดังนั้น โครงการนี้จึงต้องทำทั้งจังหวัด ถ้าอยากให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจริง บริบทของจังหวัดนี้ อาศัยกลไก PTC จังหวัด ซึ่งอยู่แล้ว โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นประธาน และมี ผู้อำนวยการของโรงพยาบาล ต่างๆรวมทั้ง รพศ. เป็นกรรมการ มีหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ของ สสจ.เป็นเลขานุการ แต่ PTC ของ จังหวัดไม่ได้รวมโรงพยาบาลเอกชน ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า โรงพยาบาลเอกชนก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องจับตามอง ต้องสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ดังนั้นจึงต้องเอา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมาเป็นแม่ข่ายเพราะจะสามารถเชื่อมต่อกับภาคเอกชนได้ ด้วยอาศัยศักยภาพของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในด้านวิชาการ มีอาจารย์แพทย์ ที่สามารถเชื่อมโยงกับราชวิทยาลัยในการจัดทำและเผยแพร่ Clinical Practice Guideline ดังนั้นเพื่อให้โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จ ทุก โรงพยาบาลในจังหวัด ต้องเข้าร่วมโครงการและดำเนินงานไปพร้อมๆกัน ในลักษณะเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือกันในการดำเนินงาน

สรุปและวิจารณ์ผล

ผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สั่งใช้ยาและหลักฐานเชิงประจักษ์ อันได้แก่ มาตรการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้และจ่ายยาที่โรงพยาบาลได้ทำอยู่หรือเป็นอยู่ตามได้กล่าวถึงแล้วนั้นได้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนัก เห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีระบบที่คอยป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาอยู่หลายระบบ ดังนั้น โครงการฯ จึงไม่ใช่สิ่งใหม่ แต่จะเป็นโอกาสและแรงผลักดันภายนอกที่จะช่วยเสริมงานประจำที่ทำอยู่ ทั้งในเชิงนโยบาย สิ่งสนับสนุน แนวทางในการทำงาน และเครือข่าย แต่สิ่งที่จะกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อความสำเร็จของโครงการฯ นี้ หากไม่ได้ถูกจัดการอย่างเหมาะสมคือ ตัวชี้วัดของโครงการ ทั้งในเชิงของการสร้างความเข้าใจในตัวชี้วัด และ การกระจายตัวชี้วัดไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการดึงข้อมูลที่มีอยู่มาตอบตัวชี้วัด เพื่อให้ การเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดของโครงการที่ไม่กลายเป็นการเพิ่มภาระงานให้คนทำเพราะภาระงานเดิมก็มีอยู่มากพอแล้ว และจุดที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ กฎแฉ P และ A ในภาคประชาชน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของบุคลากรทางการแพทย์ คือ วิชาชีพ บทบาทหน้าที่ของงานที่ได้รับมอบหมาย ความสนใจส่วนบุคคล ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง⁶⁷ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน⁶⁷ สถาบันการศึกษา เนื้อหาของหลักสูตรที่ได้เรียนมา ความทันสมัยของความรู้⁶⁸ โอกาสในการได้รับการพัฒนาต่อยอดความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ⁶⁸ การมีระบบควบคุมตรวจสอบความคลาดเคลื่อนทางยา⁶⁹ ระบบประกันคุณภาพ และ ระบบป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล⁶⁹ รวมไปถึงโอกาสของการได้รับรู้และรับผิดชอบผลกระทบอันเป็นผลมาจากพฤติกรรมการใช้ยาของตนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

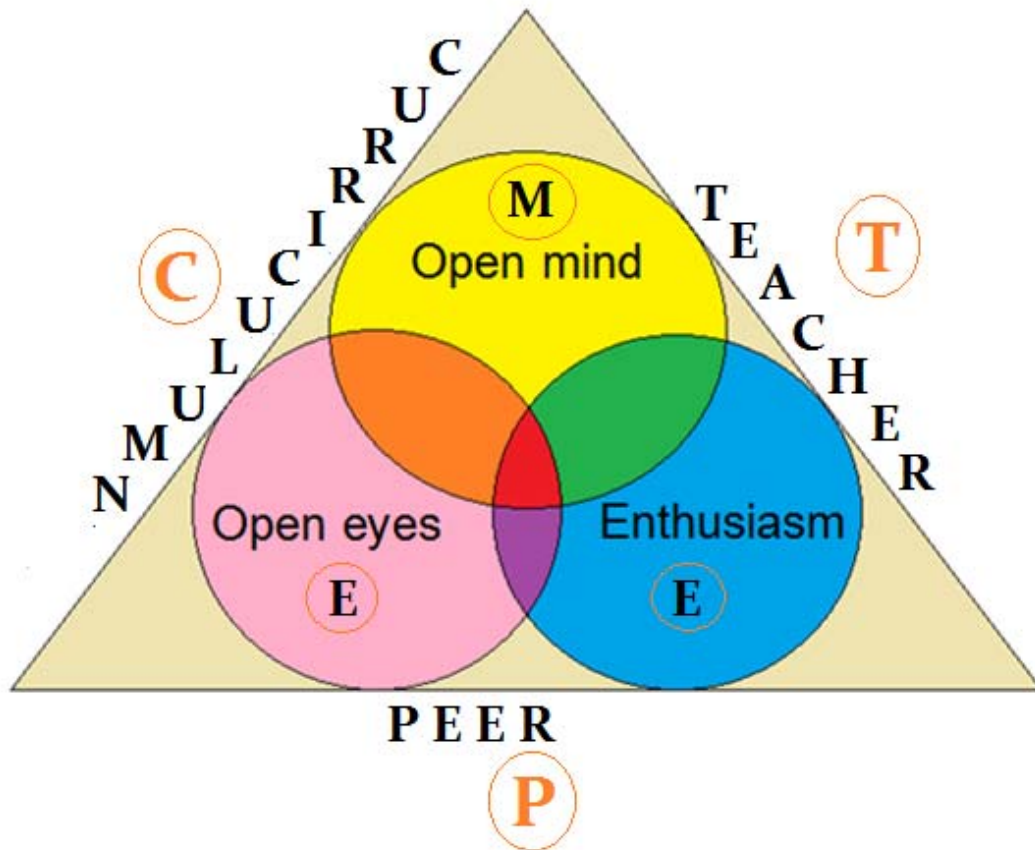
วิธีการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลด้วยการ จัดประชุมวิชาการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเฉพาะประเด็นที่ถูกต้อง และทันสมัย รวมไปถึงและ การทบทวนแนวทางการรักษาบ่อยๆ นั้นได้รับการพิสูจน์จาก Victoria Medical Postgraduate Foundations แล้วว่า ได้ผลคุ้มค่า⁵⁴ นอกจากนี้ การเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตั้งแต่ต้นจะส่งผลในด้านบวกต่อการพัฒนาความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามหลักการของ The information-motivation-behavioral skills model (IMB Model)⁷⁰

ข้อเสนอแนะ

ประเด็นที่ 1) องค์ประกอบที่จะต้องมีเพื่อให้การดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุผลประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Participation) ของ Multi-profession team ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร แล้ว “ติดต่อ” ให้พยาบาลเพื่อช่วยคัดกรองและกระตุ้นเตือน 2) ระบบสารสนเทศและ “IT man” เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นเตือนและให้ข้อมูลย้อนกลับที่สะท้อนพฤติกรรม การสั่งใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ และยังทำให้ RDU hospital project ไม่ไปเพิ่ม workload ให้กับคนทำงาน 3) ภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงพยาบาล ที่ต้องกล้าตัดสินใจในบางสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใน คณะกรรมการ PTC และ 4) ระดับนโยบายมีการให้คุณให้โทษตามระดับผลของการดำเนินโครงการเหมือนที่เคยทำในโครงการ ASU

ประเด็นที่ 2) รูปแบบและกลไกในการดำเนินโครงการโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุผลในระยะเริ่มต้น นับตั้งแต่การเปิดตัวโครงการโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุผลก็มีโรงพยาบาลจำนวนมากสมัครเข้าร่วมโครงการและมีการดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ หลายรูปแบบ คือ 1) ดำเนินการอย่างเป็นเอกเทศเฉพาะในโรงพยาบาลของตนเอง 2) ร่วมกันดำเนินงานเป็นเครือข่ายในระดับจังหวัด 3) ร่วมกันดำเนินงานเป็นเครือข่ายในระดับเขตสุขภาพ และ 4) ร่วมกันดำเนินงานเป็นเครือข่ายในระดับภูมิภาค ผลจากการสัมภาษณ์พูดคุย ประกอบกับผลของการพิจารณาถึงความคล้ายคลึงกันของบริบท ความใกล้ชิดกันเชิงกายภาพ และ กลไกการประสานงาน แล้ว พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินโครงการโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุผลในระยะเริ่มต้นคือ รูปแบบของ**เครือข่ายระดับจังหวัด** และกลไกที่เอื้อให้เกิดการประสานความร่วมมือของสหวิชาชีพ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ ได้มากที่สุดคือ กลไกของ **service plan**

ประเด็นที่ 3) เมื่อบูรณาการปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผล (วัตถุประสงค์งานวิจัย ข้อ 1) และแนวทางในการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ (วัตถุประสงค์งานวิจัย ข้อ 2) แล้วสกัดออกมา เพื่อสร้างเป็น แนวคิดเชิงปฏิบัติการ เพื่อการสร้าง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์ ระดับปัจเจกบุคคล คือ การอาศัย CTP-MEE concept นั่นคือ ต้องเริ่มสร้างตั้งแต่วัยเป็นนักศึกษา โดยอาศัย หลักสูตรการเรียนการสอน ที่ให้ความสำคัญกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (C:Curriculum) การมีครูที่เป็น role model ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (T:Teacher) และเมื่อสำเร็จการศึกษามาทำงานแล้วก็ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อม เพื่อร่วมงานที่มี พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (P: Peers) นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ผู้นั้นต้องมีคุณลักษณะผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต อันได้แก่ เป็นผู้เปิดใจพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง (Opened mind) กระตือรือร้น (Enthusiasm) สนใจใฝ่หาความรู้ให้ทันสมัยตลอดเวลา (Opened eyes) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



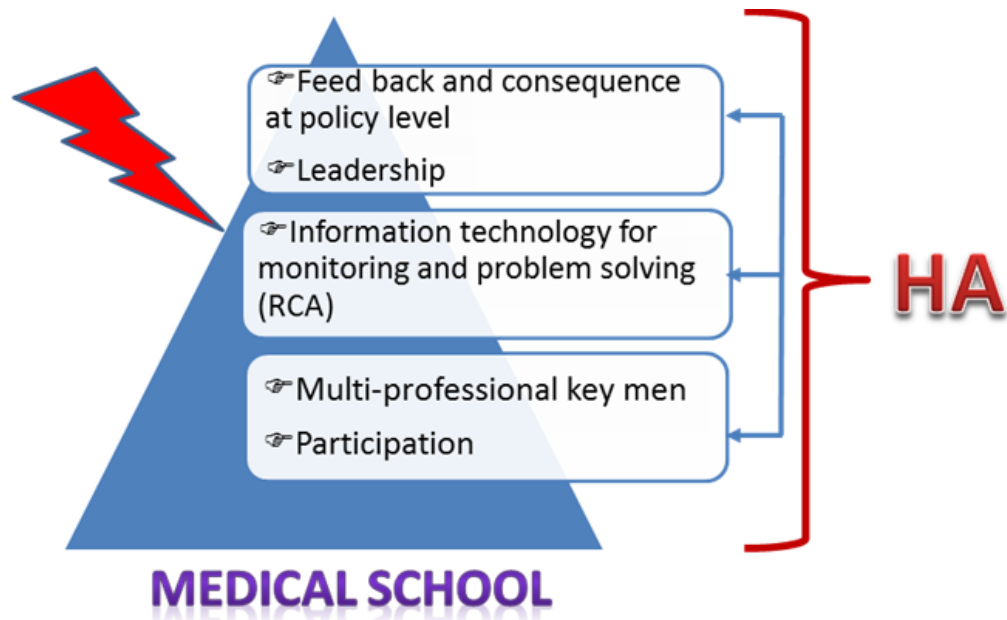
แผนภาพที่ 1: CTP-MEE concept เพื่อการสร้างความรู้ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์

ประเด็นที่ 4) การมีนโยบายระดับชาติด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สิ่งนี้จะช่วยผลักดันให้ผู้บริหารของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญของโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากยิ่งขึ้น และ เมื่อประเด็นนี้กลายเป็นนโยบายของกระทรวงมันก็จะถูกแปลงไปเป็นเป้าหมายของการดำเนินงานของโรงพยาบาลในระดับต้นๆ ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในโรงพยาบาลซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญยิ่งของโครงการก็จะตามมาโดยอัตโนมัติ

ประเด็นที่ 5) การขยายกรอบการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลลงไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ “ถ้าจะบอกว่า RDU เฉพาะโรงพยาบาลก็ไม่ใช่นะ รพสต. ก็ยังมีอีกตั้งหลายที่....เดี๋ยวนี้โรงพยาบาลกระจายคนไข่ออกไปให้ช่างนอกช่วยดูแลคนไข้ เพราะไม่นั้นเราก็ดูแลไม่ครอบคลุม ดังนั้น RDU เราจะมาตั้งรับอย่างเดียวก็ไม่ได้ เราจะต้องให้คนอื่นได้ตระหนักและเกิด RDU ด้วย ไม่งั้นก็แย่เลย ไม่มีทางสำเร็จ”

ประเด็นที่ 6) ปัจจัยเอื้อในการบริหารจัดการ (management model) ภายในโรงพยาบาลที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล คือ 1) การมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับความรู้และถูกปลูกฝังทัศนคติการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาจากสถาบันการศึกษา และ/หรือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติการอยู่มีความตระหนักรู้ และ เห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และได้รับความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย 2) การมีแรงกระตุ้นจาก

ภายนอก เช่น นโยบายของรัฐบาล นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดของเขต และ ตัวชี้วัดในการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 3) ความร่วมมือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 4) ทีมงานหลักในการดำเนินงานประกอบด้วยบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ 5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการวัดประเมินผลที่เอื้อต่อการทำ Root Cause Analysis ในการแก้ปัญหา 6) การมีภาวะผู้นำของผู้บริหารและทีมงาน และ 7) มีระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับ และ นโยบายการให้ทุนให้โทษตามผลปฏิบัติงาน ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2: ปัจจัยเอื้อในการบริหารจัดการ (management model) ภายในโรงพยาบาลที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล

เอกสารอ้างอิง

1. WHO (2012). "The pursuit of responsible use of medicines: Sharing and learning from country experiences." Technical report prepared for the ministers summit on the benefits of responsible use of medicines: Setting policies for better and cost effective health care. Geneva, World Health Organization: 64.
2. ปวีณา, ป. (2555). การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทย (Economic impact of antimicrobial resistance in Thailand). พ. ศิริวรรณ. นนทบุรี, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
3. Smith, R., J. Coast, et al. (2001). "Interventions and strategies to improve the use of antimicrobials in developing countries." Global Forum for Health Research. Geneva, World Health Organization.
4. Muscat (2010). Annual healthcare reports 2003-2009, Ministry of Health, Sultanate of Oman.
5. Walker, G. J. A., H. V. Hogerzeil, et al. (1990). "Evaluation of rational drug prescribing in Democratic Yemen." Soc Sci Med **31**: 823-828.
6. Hogerzeil, H. V. (1995). "Promoting rational prescribing: an international perspective." Br J Clin Pharmacol **39**: 1-6.
7. Barnett, A., A. L. Creese, et al. (1980). "The economics of pharmaceutical policies in Ghana." Int J Health Serv **10**: 479-499.
8. Victora, C. G., L. A. Facchini, et al. (1982). "Drug usage in Southern Brazilian hospitals." Int J Health Serv **12**(4 pt 2): 231-235.
9. Hogerzeil, H. V. (1986). "The use of essential drugs in rural Ghana." Int J Health Serv **16**: 425-439.
10. Isenalumhe, A. E. and O. Oviawe (1988). "Polypharmacy; its cost burden and barrier to medical care in a drug-oriented health care system." Int J Health Serv **18**: 335-342.
11. Angunawela, I. I. and G. B. Tomson (1988). "Drug prescribing patterns: a study of four institutions in Sri Lanka." Int J Clin Pharmacol Ther **26**(2): 69-74.
12. Goodburn, E., S. Mattosinho, et al. (1989). "Cost benefit of self prescribing." Lancet **ii**: 281.
13. Weedle, P. B., J. W. Poston, et al. (1990). "Drug prescribing in residential homes for elderly people in the United Kingdom." Drugs Ann Pharmacother **24**: 533-536.
14. Tan, S. F. and P. C. Teoh (1978). "Major drug prescribing patterns in Singapore General Hospital." Singapore med J **19**: 25-30.
15. Maitai, C. K. and W. M. Watkins (1980). "A survey of outpatient prescriptions prescribed in Kenyatta National Hospital." East Afr med J **58**: 641-645.
16. Chennabuthni, C. S. and D. J. Brown (1982). "Prescribing patterns in Seychelles." Trop Doctor **12**(4 pt 2): 228-230.

17. Palombo, F. B., D. A. Knapp, et al. (1977). "Detecting prescribing problems through drug usage review: a case study." Am J hosp Pharm **34**: 152.
18. Maki, D. G. and A. A. Schuna (1978). "A study of antimicrobial misuse in a university hospital." Am J Med Soc **275**: 271-282.
19. Oviawe, O., L. Okonokhua, et al. (1989). "Prescriber performance in a paediatric clinic of a university teaching hospital." W Afr J Med **8**(2): 130-134.
20. Parkinson, R., C. Wait, et al. (1983). "Cost analysis of minor ailments in rural Swaziland." Trop Doctor **13**: 38-40.
21. Speight, A. N. P. (1975). "Cost-effectiveness and drug therapy." Trop Doctor **5**: 89-92.
22. Yudkin, J. S. (1980). "The economics of pharmaceutical supply in Tanzania." Int J Health Serv **10**: 455-477.
23. Glucksberg, H. and J. Singer (1982). "The multinational drug companies in Zaire: their adverse effect on cost and availability of essential drugs." Int J Health Serv **12**: 381-387.
24. Nyazema, N. Z. (1983). "Control of drug supply and drug monitoring." C Afr J Med **29**: 109-111.
25. Leighton, J. R. and A. M. Epstein (1984). "Aspirin and its expensive substitutes: prescribing patterns and cost implications." J Comm Health **9**(3): 216-221.
26. Achong, M. R., B. A. Hauser, et al. (1977). "Rational and irrational use of antibiotics in a Canadian teaching hospital." J Can med Ass **116**: 256-259.
27. Vess, K. (1985). "Misuse of antibiotics in the third world." The Listener(Sep): 11-12.
28. Kunin, C. M., et al. (1987). "Social, behavioral and practical factors affecting antibiotic use worldwide: Report of Taskforce 4." Rev Inf Dis **9**(suppl.3): s270-285.
29. _____. (1988). "Where does the tetracycline go? Health center prescribing and child survival in Indonesia." Management Sciences for Health: 10-12.
30. Harvey, K. (1988). "Antibiotic use in Australia." Australian Prescriber **11**(4): 74-77.
31. Aswapokee, N., S. Vaithayapichet, et al. (1990). "Pattern of antibiotic use in medical wards of a university hospital, Bangkok, Thailand." Rev Inf Dis **12**: 136-141.
32. Till, B., L. Williams, et al. (1991). "A survey of inpatient antibiotic use in a teaching hospital." S Afr med J **80**: 7-10.
33. Guerrero-Munoz, F. and M. L. Guerrero (1987). "Fixed combinations of antibiotics used in Central America." PAHO Bulletin **21**: 106-110.
34. Sekhar, C., R. K. Raina, et al. (1981). "Some aspects of drugs use in Ethiopia." Trop Doctor **11**: 116-118.
35. Krishnaswamy, K., B. D. Kumar, et al. (1985). "Drug survey - precepts and practices." Eur J clin Pharmac **29**: 363-370.
36. Tomson, G. and G. Sterky (1986). "Self-prescribing by way of pharmacies in three Asian developing countries." Lancet **ii**: 620-622.

37. Hardon, A. P. (1987). "The use on modern pharmaceuticals in a Filipino village: doctors' prescription and self medication." Soc Sci Med **25**: 277-292.
38. Fabricant, S. and N. Hirschhorn (1987). "Deranged distribution, perverse prescription, unprotected use: the irrationality of pharmaceuticals in the developing world." Health Pol Plan **2**: 204-213.
39. Moshaddeque, M. H., R. I. Glass, et al. (1982). "Antibiotic use in a rural community in Bangladesh." Int J Epidemiol **11**: 402-405.
40. Price, L. J. (1989). "In the shadow of biomedicine: self medication in two European pharmacies." Soc Sci Med **28**: 905-915.
41. Denig, P., F. M. Haaijer-Ruskamp, et al. (1991). "Prescribing pattern in a Dutch university hospital." J clin Pharm Ther **16**: 423-433.
42. WHO (1993). Interview with Prof. J.C. Petrie. Essential Drugs Monitor. Geneva, World Health Organization. **15**: 16.
43. Liang, R. O. (1990). "Rational drug use: an unsolved problem." Trop Doctor **20**: 101-103.
44. Hogerzeil, H. V., G. J. A. Walker, et al. (1989). "Impact of an essential drugs programme on availability and rational use of drugs." Lancet **i**: 141-142.
45. Christensen, R. F. (1990). A strategy for the improvement of prescribing and drug use in rural health facilities in Uganda. Uganda Essential Drug Management Programme. Entebbe.
46. Lainge, R. O. and R. Ruredzo (1989). "The essential drug programme in Zimbabwe: new approaches to training." Health Pol Plan **4**: 229-234.
47. Soumerai, S. and J. Avorn (1984). "Efficacy and cost-containment in hospital pharmacotherapy: state of the art and future directions." Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society **62**(447-474).
48. Soumerai, S. (1988). "Factors influencing prescribing." Aust J Hosp Pharm **18 (suppl)**: 9-16.
49. Mugford, M., P. Banfield, et al. (1990). "Effects of feedback of information on clinical practice: a review." Br Med J **303**: 398-402.
50. Schaffner, W., W. A. Ray, et al. (1982). "Improving antibiotic prescribing in office practice." J Am med Ass **250**: 1728-1732.
51. Berbatis, C. G., M. J. Maher, et al. (1982). "Impact of a drug bulletin on prescribing oral analgesics in a teaching hospital." Am J Hosp Pharm(38): 98-100.
52. Lexchin, J. (1989). "Doctors and detailers: therapeutic education or pharmaceutical promotion?" Int J Health Serv **19**: 663-679.

53. Schwartz, R. K., S. B. Soumerai, et al. (1989). "Physician motivations of nonscientific drug prescribing." Soc Sci Med **28**: 577-582.
54. Avorn, J. and S. B. Soumerai (1983). "Improving drug-therapy decision through educational outreach." New Engl J Med **308**: 1457-1463.
55. Schaffner, W., W. A. Ray, et al. (1983). "Improving antibiotic prescribing in office practice." J Am med Ass **250**: 1728-1732.
56. Deing, P., F. M. Haaijer-Ruskamp, et al. (1988). "How physicians choose drugs." Soc Sci Med **27**.
57. Soumerai, S. B., J. Avorn, et al. (1987). "Effect of government and commercial warnings on reducing prescription misuses: the case of propoxyphene." Am J Pub Health **77**: 1518-1523.
58. _____ (1985). Antibiotics Project Committee Report, Victoria Medical Postgraduate Foundations.
59. Avorn, J., S. B. Soumerai, et al. (1988). "Reduction of incorrect antibiotic dosing through a structured educational order form " Arch int Med **148**: 1720-1724.
60. Grimshaw, J. and I. T. Russell (1993). "Effect of clinical guidelines on medical practice: a systemic review of rigorous evaluations." Lancet **ii**: 1317-1322.
61. Klein, L. E., P. Charache, et al. (1981). "Effect of physician tutorials on prescribing patterns of graduate physicians." L med Educ **56**: 504-511.
62. Johnson, W. J., W. E. Mitch, et al. (1982). "The impact of an educational program on gentamycin use in a teaching hospital." Am J Med **73**: 9-14.
63. Avorn, J. and S. B. Soumerai (1983). "Improving drug-therapy decision through educational outreach." New Engl J Med **308**: 1457-1463.
64. Ray, W. A., W. Schaffner, et al. (1985). "Peristence of improvement in antibiotic prescribing in office practice." J Am med Ass **253**: 1774-1776.
65. Soumerai, S. B. and J. Avorn (1986). "Economic and policy analysis of university-based drug 'detailing' " Medical Care **24**: 313-331.
66. McGavock, H. (1989). Improving the rationality and economy of family doctor drug prescribing by mean of feedback interviews: the 13-year N-Ireland experience. Geneva, World Health Organization.
67. Vagge DS, Muraraiah S, R JC, Rohatgi V. A. (2013). "Questionnaire Study to Evaluate the Awareness and Knowledge about Rational Use of Medicines among Trainee Medical Graduates in a Tertiary Care Centre." International Journal of Pharmaceutical and Phytopharmacological Research. 3(3):231-233.

68. WHO. (2002). Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: World Health Organization.
69. Ambwani S, Mathur AK, (2007). "Rational drug use." Health Admin, **19**(1), 5-7.
70. Fisher WA, Fisher JD, Harman J. (2003). The information-motivation-behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In: Suls J, Wallston KA, editors. Social Psychological Foundations of Health and Illness. Malden, MA: Blackwell. 82–