



รายงานวิจัย

เรื่อง

สำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพ
ประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลใน
ประเทศไทย

โดย

ผศ.ภญ.ดร. อโณทัย งามวิชัยกิจ

ภญ.รฐา เบญจพลานนท์

ภญ.นันทิยา สมเจตนากุล

ที่ปรึกษา

ภญ.ดร. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการ

อาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย การรับรู้และการนำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 ไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล วิธีการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถามส่งไปยังโรงพยาบาลในประเทศไทยจำนวน 1,355 แห่ง ระหว่างเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2562 ได้รับกลับมาจำนวน 402 แห่ง (ผลตอบสนอง 29.7%) ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบคำถามเป็นตำแหน่งที่ไม่ใช่ผู้บริหารโรงพยาบาลแต่รับผิดชอบงานด้าน การดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ร้อยละ 72.4 ผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ร้อยละ 20.9 และผู้อำนวยการ ร้อยละ 5.7 ตามลำดับ การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.6 รับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 ผ่านช่องทางการเข้าร่วมอบรม/ประชุมมากที่สุด เมื่อทดสอบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้แผนยุทธศาสตร์พบว่า มีจำนวนผู้ตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 ในแต่ละประเด็น โรงพยาบาลประเมินความเข้มแข็งในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพโดยรวมของโรงพยาบาลในระดับเข้มแข็งมาก และมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร การนำข้อมูลมาวางแผนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เน้นการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องรวมถึงการอบรมให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม รวมถึงการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเสนอแนะแนวทางขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทยต่อไป

Abstract

The research aimed to study the perception of Antimicrobial Resistance problems of Thailand hospitals, the perception of The Strategy implication for 2017-2021 focuses on antibiotic resistance management to operate for handling antibiotic resistance problems in each hospitals. The research methodology used quantitative approach to collect with questionnaires which were sent to total 1,355 hospitals in Thailand during July to August, 2019. And were received from 402 hospitals (response rate 29.7%) . The results found that general background of respondents shown non-executive positions for 72.4% executive positions for hospital Antimicrobial Resistance for 20.9% and chief director for 5.7% consecutively. The total perception of Antimicrobial Resistance problems of hospital samples was in intermediate level. Mostly, 77.6% of samples have perceived of Thailand Strategy for 2017-2021 by joining meetings and conferences. Respondent knowledge of strategy was checked and found that more than 80% of respondents answered correctly in each items. The respondents evaluated the strength of operation in high level. The respondents' opinion suggested on enhance executive participation, bring information to plan antimicrobial resistance prevention and control, focus on serious and continuing operation including training health professionals to control and monitor antimicrobial proper usage as well as promote people knowledge. These findings can propose practical guidance on moving forward on the strategy of antibiotic resistance management in Thailand hospitals further.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง สำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย เป็นการศึกษาการรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพและแผนยุทธศาสตร์ฯ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานเพื่อจัดการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย

ทางคณะผู้ศึกษาขอขอบคุณ นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ภาณุ.นภวรรณ เจนใจ และ ดร.ภาณุ.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ ผู้ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เป็นอย่างยิ่ง จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้ศึกษาวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาครั้งนี้จะมีส่วนช่วยผลักดันและขับเคลื่อนพัฒนาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ อันจะทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายของการลดการป่วย การตาย และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ อันนำไปสู่การลดต้นทุนด้านสุขภาพของประเทศที่เกิดจากเชื้อดื้อยาต่อไป

ผู้วิจัย

มกราคม 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามนำวิจัย	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการศึกษา	3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา	3
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	3
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
สถานการณ์และผลกระทบของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย	5
แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564	7
ระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย	11
การดำเนินงานเพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลในประเทศไทย	13
การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management: IAM)	16
มุมมองทางความคิด (Mindset)	19
ประเภทสังกัดโรงพยาบาล และจำนวนโรงพยาบาลในประเทศไทย	19
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้แผนยุทธศาสตร์	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	26
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	26
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	26
วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	27
การวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูล.....	28
การแปลผลข้อมูล.....	28
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	29
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	29
การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง.....	32
การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564.....	33
การนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ.....	34
ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล.....	36
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	46
สรุปผลการวิจัย.....	46
อภิปรายผลการวิจัย.....	48
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	50
บรรณานุกรม.....	52
ภาคผนวก	
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ.....	55
ข แบบประเมินผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม.....	57
ค แบบสอบถาม เรื่อง “สำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย”.....	64

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 เป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุไว้ 5 ประการ และยุทธศาสตร์ 6 ด้าน.....	9
ตารางที่ 2.2 สรุปคะแนนในภาพรวม.....	11
ตารางที่ 2.3 มุมมองทางความคิด (Mindset).....	19
ตารางที่ 2.4 แสดงจำนวนสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน แบ่งตามประเภทสังกัด.....	20
ตารางที่ 4.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง.....	29
ตารางที่ 4.2 ประเภทของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....	30
ตารางที่ 4.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง.....	31
ตารางที่ 4.4 การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง.....	32
ตารางที่ 4.5 การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง.....	33
ตารางที่ 4.6 จำนวนโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่รู้จัก/รับรู้กรอบการทำงาน Integrated AMR Management: IAM.....	34
ตารางที่ 4.7 จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในกรอบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในสถานพยาบาล (IAM).....	35
ตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการนำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพไปปฏิบัติในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง.....	36
ตารางที่ 4.9 ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะด้าน Governance mechanism.....	37
ตารางที่ 4.10 ข้อเสนอแนะด้าน AMR Surveillance.....	39
ตารางที่ 4.11 ข้อเสนอแนะด้าน AMR Surveillance.....	41
ตารางที่ 4.12 ข้อเสนอแนะด้าน Antimicrobial stewardship.....	43
ตารางที่ 4.13 ข้อเสนอแนะด้านอื่น ๆ.....	44

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 กรอบการบูรณาการเพื่อการขับเคลื่อน แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564.....	10
ภาพที่ 2.2 องค์ประกอบหลักของการจัดการการติดยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล.....	18
ภาพที่ 2.3 แนวคิดการรับรู้แผนยุทธศาสตร์.....	23

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) ของเชื้อแบคทีเรียได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการดื้อยาต้านจุลชีพในอดีตเคยใช้ได้ผลกลับกลายเป็นใช้ได้ไม่ผลแล้วในปัจจุบัน ขณะเดียวกัน อุตสาหกรรมยาทั่วโลกยังขาดนวัตกรรมการวิจัยและพัฒนาหรือคิดค้นยาต้านจุลชีพชนิดใหม่ที่สามารถต่อสู้เชื้อแบคทีเรียดื้อยา ทำให้ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่ยุคหลังยาปฏิชีวนะ คือ การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรียเล็กน้อยก็สามารถอันตรายผู้ป่วยให้ถึงแก่ชีวิตได้ และอาจนำไปสู่การล่มสลายทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่หัตถการทั่วไปก็ไม่สามารถทำได้อีกต่อไป

การใช้ยาต้านจุลชีพที่เพิ่มขึ้นและการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมทั้งในการแพทย์ การสาธารณสุข การสัตวแพทย์ และการเกษตร ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้แบคทีเรียดื้อยาเร็วขึ้น นอกจากนี้ การเดินทางระหว่างประเทศที่สะดวกรวดเร็ว การค้าระหว่างประเทศ การเติบโตของธุรกิจการท่องเที่ยว สุขภาพเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายรวดเร็วเช่นกัน อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพายาต้านจุลชีพในการป้องกันและรักษาโรคเพิ่มขึ้น และอาจกลายเป็นความเสี่ยงต่อเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นด้วย

ผลกระทบจากการดื้อยาต้านจุลชีพ ทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณละ 700,000 คน หากไม่เร่งแก้ไขปัญหา คาดว่าในปีพ.ศ.2593 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านล้านบาท (100 trillion USD) สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้นพบว่า มีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท

ในปี พ.ศ.2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมร่วมกับทุกภาคส่วนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีต้นทุนเชิงระบบที่ดีในการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ แต่ขาดความเป็นเอกภาพและทิศทางการทำงานที่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีนโยบายระดับประเทศเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นการเฉพาะ และต่อมาในปี พ.ศ.2558 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ประกอบด้วยหน่วยงานจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ภาคการศึกษา สมคมวิชาชีพ และภาคประชาสังคม โดยมีหน้าที่พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย เพื่อเป็นกรอบการทำงานร่วมกัน ของหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศ

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 มีการกำหนดวิสัยทัศน์คือ การป่วย การตาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเชื้อดื้อยาลดลง และกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุภายในปี พ.ศ.2564 ไว้ 5 ประการ คือ การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ 50

การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์และสัตว์ลดลงร้อยละ 20 และ 30 ตามลำดับ ประชาชนมีความรู้เรื่อง เชื้อดื้อยา และตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และประเทศไทยมีระบบ จัดการการดื้อยาต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ที่วางไว้ ต้องมี การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 6 ด้าน ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้ แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ยุทธศาสตร์ที่ 2 การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุล ชีพอย่างเหมาะสม ยุทธศาสตร์ที่ 4 การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยา ต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อ ยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน รวมไปถึงการปฏิบัติอย่างเป็น รูปธรรมในยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารและพัฒนาคลังระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยา ต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน ซึ่งแนวคิดของการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management: IAM) เป็นกรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลอันประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก กลไก การบริหารระบบ การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม โดยอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม

การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ในส่วนของยุทธศาสตร์ที่ 3 ซึ่งมีกรอบการประสานงาน ระดับประเทศเพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล โดยมี หน่วยงานประสานหลัก 2 หน่วยคือ กรมการแพทย์และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับ โรงพยาบาลนอกและในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ภาระของ กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องวัดผลการดำเนินงานเบื้องต้นกับโรงพยาบาลในฐานะองค์กรที่ทำหน้าที่จัดการดื้อ ยาต้านจุลชีพประเทศไทยโดยตรง จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาการรับรู้ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย เพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทยต่อไป อันจะเป็นพลัง สำคัญในการขับเคลื่อนให้ระบบสาธารณสุขประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายของการลดการป่วยการ ตาย และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ อันนำไปสู่ลดต้นทุนด้านสุขภาพของประเทศที่เกิดจากเชื้อดื้อยาต่อไป

1.2 คำถามนำวิจัย

- 1) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีการรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลของตนหรือไม่
- 2) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีการรับรู้ถึงแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 หรือไม่
- 3) โรงพยาบาลในประเทศไทยมีการนำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทยไป ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด

4) มีข้อเสนอแนะต่อแนวทางการขับเคลื่อนการจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทยอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหาการติดเชื้อต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย
- 2) เพื่อศึกษาการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ของโรงพยาบาลในประเทศไทย
- 3) เพื่อศึกษาการนำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการติดเชื้อต้านจุลชีพในโรงพยาบาล
- 4) เพื่อเสนอแนะแนวทางการจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย

1.4 ขอบเขตการศึกษา

ผู้ดำเนินงานกำหนดประชากรเป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ หน่วยงานอิสระ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และเอกชนของประเทศไทยทั้งจำนวน 1,355 แห่ง และขอบเขตการศึกษามุ่งเน้นการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ของการจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 ของโรงพยาบาลในประเทศไทย

1.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

- 1) ได้ผลสำรวจการรับรู้ปัญหาการติดเชื้อต้านจุลชีพ การรับรู้ยุทธศาสตร์ของการจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย และการจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย
- 2) ได้แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของการจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

การรับรู้ หมายถึง การตระหนัก หรือความรู้ความเข้าใจในปัญหาความสำคัญ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ของการจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพ

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 หมายถึง แผนการจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ที่เน้นการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อต้านจุลชีพโดยเฉพาะ โดยในยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management: IAM) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก กลไกการบริหารระบบ การเฝ้าระวังเชื้อต้านจุลชีพ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม

โรงพยาบาล หมายถึง สถานที่สำหรับตรวจ รักษา และป้องกันโรค รวมทั้งมีเตียงให้คนไข้นอนพักรักษาตัวด้วย มีทั้งของรัฐบาล และเอกชน ซึ่งอยู่ใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และมีผู้บริหารเป็นบุคคล

โรงพยาบาลระดับ A หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลระดับ S และ M1 หมายถึงโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การดื้อยาต้านจุลชีพ (**Antimicrobial Resistance: AMR**) หมายถึง ความสามารถของจุลินทรีย์ (เช่น แบคทีเรีย ไวรัส และรา) ในการเจริญเติบโต หรืออยู่รอดได้แม้สัมผัสกับยาฆ่าเชื้อ (ยาต้านจุลชีพ) ที่มีความเข้มข้นเพียงพอในการฆ่าหรือยับยั้งเชื้อในสายพันธุ์เดียวกัน หรือสูงกว่าความเข้มข้นที่ใช้ในการป้องกันและรักษาโรค ในแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 จะหมายถึงการดื้อยาต้านจุลชีพของแบคทีเรียเป็นหลัก

ยาต้านจุลชีพ (**antimicrobial medicine**) หมายถึง ยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย รวมทั้งมีฤทธิ์ในการทำลายและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียเป็นหลัก

การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม (**antimicrobial stewardship**) หมายถึง การบริหารจัดการการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างระมัดระวังและอย่างมีความรับผิดชอบ โดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพในทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการคัดเลือกยาต้านจุลชีพที่เหมาะสม (ทั้งชนิด ขนาด ช่วงเวลาที่เริ่มให้ วิธีการให้ และระยะเวลาในการให้) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ในการป้องกันและรักษาการติดเชื้ออย่างเหมาะสมที่สุดจากการใช้ยาต้านจุลชีพ โดยเกิดอาการไม่พึงประสงค์และพิษจากการใช้ยาต้านจุลชีพน้อยที่สุด และก่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุดในการทำให้เกิดเชื้อดื้อยาและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่อาจตามมาในภายหลัง รวมทั้งลดผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปโดยไม่จำเป็น

ระบาดวิทยา หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับความถี่การแพร่กระจายของโรค และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชากร แล้วนำผลการศึกษาดัง ๆ เหล่านี้ไปใช้ประโยชน์เพื่อการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพในประชากร

สมรรถนะการตรวจและการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยาทางการแพทย์ เพื่อให้ได้ผลการตรวจที่ถูกต้อง แม่นยำ สามารถนำประโยชน์ไปใช้ได้ทั้งในทางการรักษาโรค ตลอดจนการเฝ้าระวังเชื้อจุลชีพดื้อยาและเชื้อโรคที่สำคัญต่าง ๆ

การใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสม หมายถึง การใช้ยาต้านจุลชีพในโรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาต้านจุลชีพ รวมถึงการใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่ตรงข้อบ่งใช้ ชนิด ขนาด หรือระยะเวลาของยา เป็นต้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “สำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย” ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ได้แก่

- สถานการณ์และผลกระทบของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย
- แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564
- ระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย
- การดำเนินงานเพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลในประเทศไทย
- แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้แผนยุทธศาสตร์
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สถานการณ์และผลกระทบของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย

การค้นพบยาปฏิชีวนะ Penicillin เมื่อ พ.ศ. 2471 โดย Sir Alexander Fleming ถือเป็นความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่สำหรับมวลมนุษยชาติ เพราะสามารถช่วยชีวิตคนนับล้านที่ป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรียให้หายได้ ทำให้ขณะนั้นยาปฏิชีวนะถูกขนานนามว่า ‘miracle drug หรือ ยาปาฏิหาริย์’ แต่อย่างไรก็ตาม ความปาฏิหาริย์หรือประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะชนิดต่าง ๆ ได้ลดลงอย่างมาก เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียมีการปรับตัวให้ดื้อต่อยา ส่งผลให้ยาปฏิชีวนะที่มีในปัจจุบันมีประสิทธิภาพลดลงจนอาจไม่สามารถรักษาโรคติดเชื้อได้อีกต่อไป

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) ของเชื้อแบคทีเรียได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่จำนวนยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ก็ออกสู่ท้องตลาดลดลง เนื่องจากอุตสาหกรรมยาเห็นว่าการวิจัยและพัฒนายาปฏิชีวนะเป็นการลงทุนไม่คุ้มค่า เพราะไม่ทานเชื้อแบคทีเรียก็จะพัฒนาตัวเองให้ดื้อต่อยาใหม่นั้นได้อีก จึงเป็นการลงทุนที่ไม่น่าสนใจเมื่อเทียบกับการลงทุนในกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นหนึ่งในภัยคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญมากในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากการประมาณการณาคาดว่าปัจจุบันทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่มีการแก้ไขปัญหานี้จะจริงจัง คาดว่าในปี ค.ศ. 2050 หรือ พ.ศ. 2593 จะมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาสูงถึง 10 ล้านคน โดยทวีปเอเชียและแอฟริกาจะเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 และ 4.2 ล้านคนตามลำดับ คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านล้านบาท (100 trillion USD) สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้นพบว่า มีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท

แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของเชื้อแบคทีเรียดื้อยากำลังทำให้โลกเข้าสู่ ‘ยุคหลังยาปฏิชีวนะ หรือ Post-antibiotic era’ ที่การติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และที่สำคัญ

อาจเกิดการล่มสลายทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (Collapse of modern medicine) เนื่องจากไม่สามารถทำหัตถการทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดทั่วไป การผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหรือเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะ รวมทั้งการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด เพราะหัตถการทางการแพทย์เหล่านี้ล้วนแต่ต้องพึ่งพิงประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะในการป้องกันและรักษาการติดเชื้อ

ใน พ.ศ. 2553 การดื้อยาด้านจุลชีพได้เป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของคนทั่วไปและนักวิชาการอีกครั้ง เมื่อชาวยุโรปเดินทางมาทำศัลยกรรมความงามที่ประเทศอินเดีย และติดเชื้อดื้อยา NDM-1-producing *Enterobacteriaceae* เช่น NDM-1-producing *E.coli* กลับไปและเกิดการแพร่กระจายที่ประเทศของตน และบางรายเสียชีวิต เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียที่มียีนดื้อยาชนิด NDM-1 นี้สามารถผลิตเอนไซม์ที่ทำลายยากกลุ่ม Carbapenems ได้ ซึ่งจัดเป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา หากไม่สามารถใช้ยากกลุ่มนี้ได้จะต้องกลับไปใช้กลุ่ม Polymixins เช่น Colistin ที่มีอันตรายสูง เนื่องจากขนาดยาที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อทำให้เกิดพิษต่อไต ทำให้ไตวายและเสียชีวิตได้เช่นกัน

ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 งานวิจัยระบุว่าพบยีนดื้อยาชนิดใหม่ใน *E.coli* คือ MCR-1 หรือ Plasmid-Mediated Colistin Resistance ในประเทศจีน โดยพบ *E.coli* ที่มียีน MCR-1 ในหมู่นกและเนื้อสัตว์ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีการติดเชื้อ *E.coli* และ *K. pneumoniae* ที่มียีน MCR-1 ที่สำคัญคือ งานวิจัยนี้ระบุว่ากลไกการดื้อยา Colistin ที่พบนี้แตกต่างจากของเดิมซึ่งเป็นแบบ Chromosomal mutations ที่ยังไม่ค่อยเสถียรหรือแพร่กระจายสู่แบคทีเรียชนิดอื่น แต่กลไกการดื้อยา Colistin ที่พบครั้งนี้เป็นการถ่ายทอดยีน MCR-1 ที่ดื้อยา Colistin ผ่านทาง Plasmid แบบ Horizontal Gene Transfer ซึ่งแปลว่า การแพร่กระจายของ *E.coli* ที่มียีน MCR-1 ซึ่งดื้อต่อยา Colistin จะง่าย สะดวก รวดเร็วมากขึ้น และสามารถแพร่กระจายข้ามสายพันธุ์สู่แบคทีเรียชนิดอื่นที่เป็นเชื้อดื้อยาที่สำคัญได้ในโรงพยาบาล และสามารถแพร่กระจายต่อไประหว่าง คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมอีกด้วย ปัจจุบัน พบเชื้อแบคทีเรียที่มียีนดื้อยานี้ ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย

การใช้ยาด้านจุลชีพที่เพิ่มขึ้นและการใช้อย่างไม่เหมาะสมทั้งในการแพทย์ การสาธารณสุข การสัตวแพทย์ และการเกษตร เป็นปัจจัยกระตุ้นให้แบคทีเรียดื้อยาเร็วขึ้น ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาระบุว่า ยาด้านจุลชีพเป็นกลุ่มยาที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูงสุดติดต่อกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยใน พ.ศ.2552 มูลค่ากลุ่มยาด้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ฆ่าแบคทีเรีย สูงถึงประมาณ 1.1 หมื่นล้านบาท ซึ่งคิดเป็นมูลค่ามากกว่ายาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาระบบประสาทส่วนกลาง และยารักษามะเร็ง ตามลำดับ **แสดงให้เห็นความเสี่ยงทางเศรษฐกิจจากการใช้ยาด้านจุลชีพไม่เหมาะสม**

ปัญหาการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุผลพบในสถานพยาบาลทุกระดับของประเทศ พบว่ามี การใช้ยาด้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น การใช้ในโรคหวัด ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส พบได้ทั้งในโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก และร้านยา ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่าในปี พ.ศ. 2555 พบว่าในการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมสูงกว่ามาตรฐาน

มาก ทั้งนี้สำหรับร้านยา พบว่ามีการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้ เช่น ไข้หวัด ไซนัสอักเสบ จากเชื้อไวรัส และบาดแผลถลอก ส่วนสถานการณ์การใช้ยาในคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมีข้อมูลค่อนข้างจำกัด แต่**สามารถ**คาดการณ์ได้ว่าน่าจะมีปัญหาไม่น้อยกว่ากันที่พบในโรงพยาบาลภาครัฐ

ปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคนเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสัตว์ ห่วงโซ่อาหาร และสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการพบการใช้ยาด้านจุลชีพในอุตสาหกรรมการเลี้ยงสัตว์เพื่อการบริโภค นอกจากนี้ยังมีการนำไปรักษาโรคพืช เช่น โรคกรีนนิ่งในพืชตระกูลส้ม เช่น ส้มเขียวหวาน ส้มโอ และมะนาว มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าการดื้อยาด้านจุลชีพเป็นปัญหา one health คือ สุขภาพหนึ่งเดียวนั้น มีการศึกษาสำรวจความชุกของเชื้อ ESBL-producing *E. coli* ในคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม ที่สะท้อนให้เห็นถึงการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในห่วงโซ่การผลิตและห่วงโซ่อุปทานของอาหาร และสิ่งแวดล้อมที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคน

การเดินทางระหว่างประเทศที่สะดวกรวดเร็ว การค้าระหว่างประเทศ การเติบโตของธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นปัจจัยให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายรวดเร็วเช่นกัน ระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาของประเทศยังไม่เชื่อมโยงอย่างบูรณาการทั้งภายในสถานพยาบาลและระหว่างสถานพยาบาล รวมทั้งระหว่างมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ทำให้การจัดการปัญหาไม่ครอบคลุม โรงพยาบาลหลายแห่งมีข้อจำกัดเรื่องระบบการควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ความแออัดภายในโรงพยาบาลจากการมีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมาก เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดและแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และส่งผลกระทบต่อการรักษา นอกจากนี้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทำให้จำนวนผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่มากขึ้น ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพายาด้านจุลชีพในการป้องกันและรักษาโรคเพิ่มขึ้น และอาจเสี่ยงต่อเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นด้วย

2.2 แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564

เนื่องจากปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญและมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องวางแนวทางและมาตรการเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหา และการแก้ไขปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพเป็นงานที่มีความซับซ้อนเป็นอย่างมาก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ และสิ่งแวดล้อม จึงทำให้มีหน่วยงานและกลุ่มคนจำนวนมากเข้ามาเกี่ยวข้อง และจำเป็นต้องเร่งส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การสัตวแพทย์ การเกษตร การศึกษา และด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งคนไทยทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพ ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสมและรับผิดชอบต่อสังคม รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของระบบการควบคุมและกำกับการใช้และจ่ายยาปฏิชีวนะ และระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมเชื้อดื้อยาระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น เมื่อตุลาคม พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการประชุมหารือร่วมกับหน่วยงานทุกภาคส่วนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพ และหารือแนวทางการบูรณาการงานด้านการดื้อยาด้านจุลชีพของประเทศไทย และพบว่าประเทศไทยมีต้นทุนเชิงระบบที่ดีเกี่ยวกับ

การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังขาดความเป็นเอกภาพ เนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งการทำงานยังไม่เชื่อมประสานหรือทำงานอย่างสอดคล้องกัน บางส่วนทับซ้อนกัน ขาดการบริหารจัดการในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เนื่องจากการไม่มีนโยบายระดับประเทศเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นการเฉพาะ โดยต่อมาได้เริ่มดำเนินการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 เพื่อเป็นกรอบการทำงานร่วมกันของหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 อยู่บนแนวคิด 'สุขภาพหนึ่งเดียว' ที่เน้นการแก้ไขปัญหาพร้อมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพสำหรับสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม และแนวคิด 'สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา' ที่ต้องอาศัยทั้งอำนาจรัฐ อำนาจสังคม และอำนาจความรู้ ทั้งนี้อยู่บนหลักการที่เน้นลงมือทำ เน้นการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ และกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นทางการเมือง เพื่อให้เกิดการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 เป็นนโยบายหลักของประเทศในการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ จึงสามารถใช้ในการอ้างอิงในการพัฒนานโยบายและแผนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่จะตามมา เพื่อให้กระบวนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาคือการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้อง และบูรณาการการดำเนินงานจากหน่วยงานองค์กรหลากหลายและแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังเป็นการร่วมมือกับนานาชาติในการแก้ปัญหาคือการดื้อยาต้านจุลชีพซึ่งจัดเป็นภัยคุกคามด้านความมั่นคงทางสุขภาพโลกที่สำคัญ (threat to global health security) และสนับสนุนการดำเนินการตามมติสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 68 เรื่อง Global Action Plan on AMR ที่ขอให้สมาชิกทุกประเทศมีแผนดำเนินการระดับประเทศ (National Action Plan on Antimicrobial Resistance) ดังนั้น แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ. 2560-2561 เป็นยุทธศาสตร์ฉบับแรกของประเทศไทยที่เน้นการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยเฉพาะ และเป็นการแสดงถึงความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบของประเทศไทยต่อประชาคมโลกในการร่วมมือแก้ไขปัญหา AMR ดังกล่าวอีกด้วย

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2559 กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การป่วย การตาย และการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากเชื้อดื้อยาลดลง มีเจตนารมณ์เพื่อเสริมสร้างการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาคือการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Approach) และพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพที่เข้มแข็งและยั่งยืน ประกอบไปด้วยเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุไว้ 5 ประการ และยุทธศาสตร์ 6 ด้านดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุไว้ 5 ประการ และยุทธศาสตร์ 6 ด้าน

เป้าประสงค์ (Goals): ภายในปี พ.ศ.2564 การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลง ร้อยละ 50

1. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์ลดลง ร้อยละ 20

2. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์ลดลง ร้อยละ 30
3. ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
4. ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพมีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล ไม่ต่ำกว่าระดับ 4

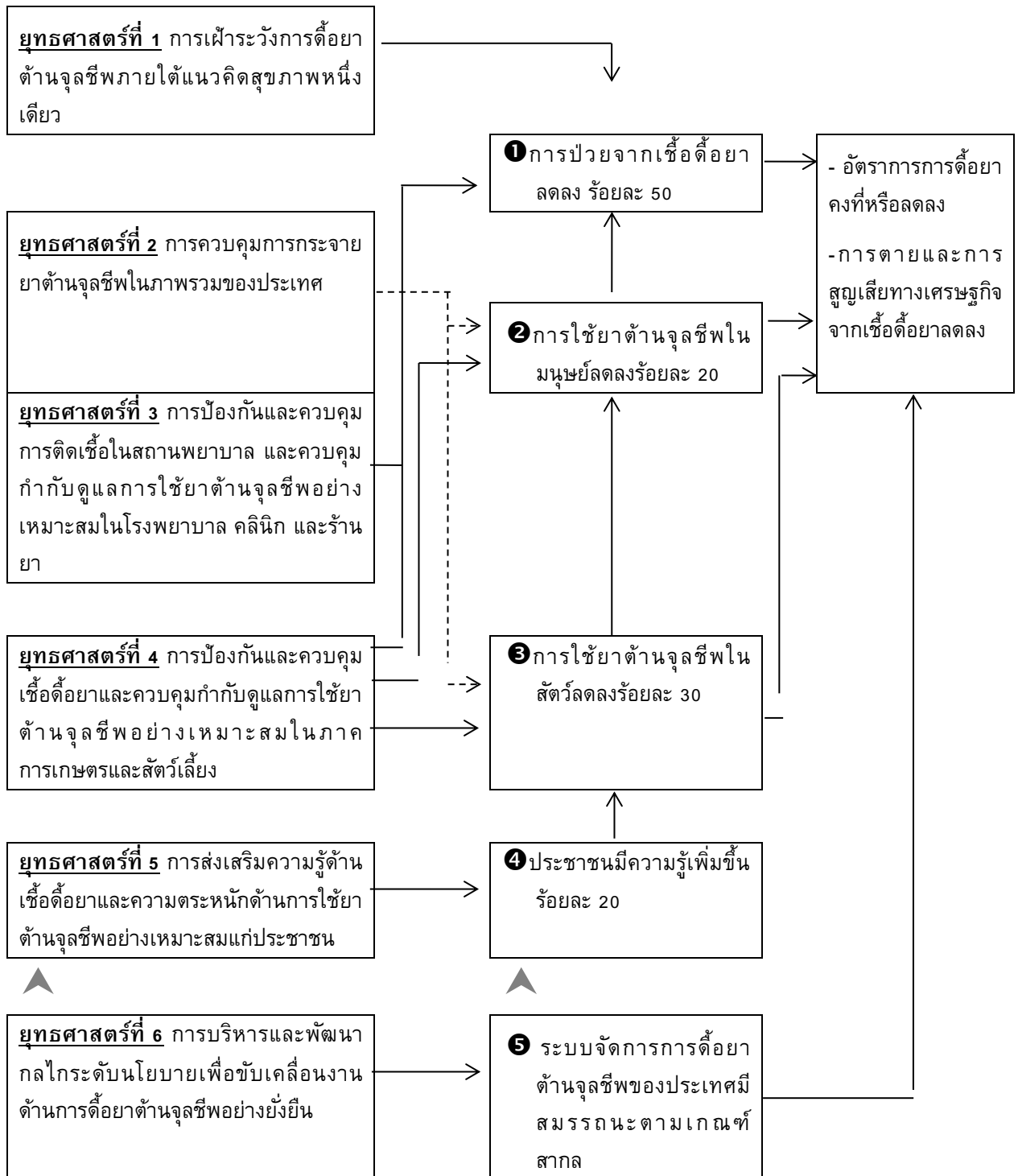
ยุทธศาสตร์

1. การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว
2. การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ
3. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม
4. การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาค การเกษตรและสัตว์เลี้ยง
5. การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน
6. การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน

กรอบการบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย ตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า การบรรลุเป้าหมายในแต่ละข้อทั้ง 5 ข้อ ต้องอาศัยการทำงานร่วมของยุทธศาสตร์ หลายๆด้านร่วมกัน แสดงในภาพที่ 2.1

ยุทธศาสตร์ 6 ด้าน

เป้าประสงค์ 5 ข้อ



ภาพที่ 2.1 กรอบการบูรณาการเพื่อการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564

สำหรับยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการในสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลนั้น จะเป็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ซึ่งว่าด้วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ สถานพยาบาลมีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการติดเชื้อและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ประกอบไปด้วยกลยุทธ์หลัก 5 ด้านดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 จัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนอย่างเป็นระบบและบูรณาการ

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้านโรคติดเชื้อ

กลยุทธ์ที่ 3 กำกับ ติดตาม และประเมินผลการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาล

กลยุทธ์ที่ 4 ควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในคลินิก

กลยุทธ์ที่ 5 ควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในร้านยา

2.3 ระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย

เครื่องมือการประเมินร่วมจากภายนอกตาม “กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548” (Joint External Tool: International Health Regulation 2005) จัดทำโดยองค์การอนามัยโลกและเผยแพร่เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 เป็นแนวทางของการดำเนินการ (Implementation guidance) เพื่อจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในส่วนของมนุษย์และสัตว์รวมทั้งภาคการเกษตร ประกอบด้วยการประเมินสมรรถนะของการดำเนินงานโดยใช้ 4 ตัวชี้วัด คือ 1) การเฝ้าระวังและตรวจจับเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (AMR) 2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อดื้อยา (Surveillance of Infection caused by AMR pathogens) 3) ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-associated Infection Prevention and Control) และ 4) ระบบการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship) โดยตัวชี้วัดแต่ละตัว จะมีคะแนน 5 ระดับ ซึ่งสรุปคะแนนในภาพรวมเป็นดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 สรุปคะแนนในภาพรวม

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีศักยภาพ	ไม่มีแผนระดับชาติ (national plan) ในการจัดการปัญหาแต่ละด้านจึงเสมือนยังไม่มีการดำเนินการอย่างมีสมรรถนะ
2 มีศักยภาพจำกัด	มีแผนระดับชาติในการจัดการปัญหาแต่ละด้านที่ผ่านความเห็นชอบ
3 มีศักยภาพที่กำลังพัฒนา	มีการดำเนินงานบางส่วนตามแผนระดับชาติในหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย (designated units) หรือพื้นที่ ๆ กำหนด (sentinel sites)

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
4 มีศักยภาพเชิงประจักษ์	มีการดำเนินงานตามระดับ 3 อย่างครบถ้วน ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี
5 มีศักยภาพอย่างยั่งยืน	มีการดำเนินงานตามระดับ 4 ติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปี และมีระบบเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง
หมายเหตุ* เนื้อหาส่วนนี้ดัดแปลงมาจากเครื่องมือการประเมินร่วม JEE การนำไปใช้ควรอ้างอิงจากเอกสารต้นฉบับ	

เมื่อวันที่ 26-30 มิถุนายน พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีการประเมินร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกและองค์การอนามัยโลก ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (Joint External Evaluation: JEE) มีการประเมินทั้งหมด 19 หัวข้อ และ หัวข้อ “ระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย AMR” เป็นหนึ่งในนั้น

ผลการประเมิน “ระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย AMR” โดยการประเมินร่วมขององค์การอนามัยโลก (ผลการประเมิน JEE) สรุปได้ว่า

1. การเฝ้าระวังและตรวจจับเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (Detection of AMR) ประเทศไทยได้ระดับคะแนน = 4 จุดแข็งประเทศไทยมีศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติสำหรับมนุษย์ และมีการรายงานข้อมูลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และเป็น WHO collaborating center for AMR surveillance and training ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่จุดอ่อนคือยังขาดความครอบคลุมและการเชื่อมโยงบูรณาการตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อดื้อยา (Surveillance of Infection caused by AMR pathogens) ได้ระดับคะแนน = 3 จุดแข็งคือ โรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังและติดตามการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลของตนเอง แต่จุดอ่อนคือยังไม่มีระบบลักษณะ case-finding based surveillance ซึ่งในปี พ.ศ.2560 จึงได้เริ่มดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อดื้อยา คือโครงการ Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS)

3. ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-associated Infection Prevention and Control) ได้ระดับคะแนน = 3 ประเทศไทยมีระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลมานานกว่า 40 ปี และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีระบบการประเมินคุณภาพงานด้านนี้ และมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่จุดอ่อนคือยังไม่มีหน่วยงานกลางหรือกลไกกลางระดับชาติที่เป็นศูนย์รวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตราป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลของประเทศ ที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงในเรื่องการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อสถานพยาบาล

4. ระบบการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship) ได้ระดับคะแนน = 2 ประเทศไทยมีบางส่วนที่มีการลดใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่จำเป็นต้องใช้โรคที่พบบ่อยในแผนกผู้ป่วยนอก แต่จุดอ่อนคือยังไม่มีแผนระดับชาติว่าด้วยการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ ที่มองทั้ง

ระบบทั้งการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในชุมชน ในฟาร์มสัตว์ สัตว์ที่เลี้ยงเป็นเพื่อน พืช และสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญ ยังไม่มีระบบการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพที่ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 การดำเนินงานเพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลในประเทศไทย

หลังจากมีแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 (สิงหาคม พ.ศ.2559-มิถุนายน พ.ศ. 2560) ในส่วนของยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ทั้งในโรงพยาบาล คลินิก และร้านยา ได้มีการดำเนินงานดังนี้

1. มีการยกร่างแผนแม่บทว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 ภายใต้คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งชาติ

2. มีการดำเนินการเพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่จำเป็นในโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลเลือดออก อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยเริ่มจากโครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use: ASU โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สำหรับในปี พ.ศ. 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประกาศใช้นโยบาย Pay-for-Performance (P4P) เพื่อจูงใจสถานพยาบาลในการลดการใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่จำเป็น ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะระหว่างปี พ.ศ. 2555-2560 ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนลดลงจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 41 และในโรคท้องร่วงเฉียบพลันลดลงจากร้อยละ 47 เป็นร้อยละ 34 จากนั้นในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขมีการเพิ่มมาตรการทางการปกครอง คือ การประกาศใช้นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital policy) เป็นตัวชี้วัดใน Rational Drug Use Service plan (แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาระบบการบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล) เพื่อแรงจูงใจโรงพยาบาลในสังกัดลดการใช้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นในกลุ่มโรคเป้าหมายดังกล่าว

ต่อมาหลังจากการมีการประชุมคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2560 เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ได้มีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล เพื่อให้ดำเนินการตามหน้าที่ตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ในการวางแผนและขับเคลื่อนงานเพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน และต่อมาได้มีคำสั่งคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติได้ที่ 1/2561 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล” แล้วเสร็จ โดยมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนการ กำกับ เร่งรัด ติดตามประเมินผลในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 3 ในกาลต่อมา นอกจากนี้คณะกรรมการฯ ยังได้มีมติเห็นชอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 พร้อมกรอบวงเงิน

งบประมาณ ทั้งนี้คณะกรรมการนโยบายการต่อต้านจุลชีพแห่งชาติครั้งที่ 2/2560 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ได้มีมติเห็นชอบต่อแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าวในกาลต่อมา

เนื่องจากการแก้ปัญหาการต่อต้านจุลชีพในสถานพยาบาลนั้น มีความซับซ้อนเป็นอย่างมาก ยังมีการดำเนินการอย่างแยกส่วนขึ้นกับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และยังไม่มีความมาตรฐานหรือแนวทางของประเทศในการแก้ปัญหาได้อย่างบูรณาการร่วมกัน ดังนั้นเพื่อเป็นบรรทัดฐานให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องประสานการทำงานร่วมกันในการวางมาตรฐานการแก้ปัญหาการต่อต้านจุลชีพในสถานพยาบาลอย่างบูรณาการคณะกรรมการนโยบายการต่อต้านจุลชีพแห่งชาติครั้งที่ 2/2560 เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 จึงมีมติเห็นชอบต่อ “**แนวทางระดับนโยบายต่อการจัดการเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล**” ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน และมอบหมายให้คณะกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาลได้ดำเนินการต่อไป

แผนปฏิบัติการการจัดการการต่อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ในส่วนของยุทธศาสตร์ที่ 3 นั้น ได้ระบุกลยุทธ์ไว้หลายด้าน โดยหนึ่งในกลยุทธ์ข้อที่ 1 คือ กำหนดให้มีการจัดการการปัญหาการต่อต้านจุลชีพภายในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนอย่างเป็นระบบและบูรณาการ ดังนั้นคณะกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ 1/2561 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 จึงได้มีมติเห็นชอบต่อ “**กรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ (Hospital Operational Framework)**” ซึ่งสาระของกรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ หรือ Hospital Operational Framework นั้น เสนอว่าการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาลยุคปัจจุบัน ต้องเริ่มจากบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องปรับกระบวนทัศน์ทางความคิด (mindset) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดการยอมรับว่าวิธีการแก้ปัญหาแบบที่ทำสืบต่อกันมานั้นมีข้อจำกัด โดยสามารถที่จะก้าวข้ามข้อจำกัดนี้ได้โดยการปรับมุมมองกระบวนทัศน์ต่อการแก้ปัญหา AMR และกรอบการทำงานดังกล่าวจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่ทำงานอย่างเชื่อมโยงกันโดยมีเป้าหมายสุดท้ายร่วมกันคือ การลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา (Morbidity due to AMR)

สำหรับการนำ**กรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ**ไปใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจ แม้กระทั่งโรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ จำเป็นต้องมีกรอบการประสานงานระดับประเทศเพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (National coordination framework) เพื่อเป็นกลไกการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับทิศทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์การจัดการการต่อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560- 2564 รวมถึงเป็นกลไกในการเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นคณะกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ 1/2561 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 จึงมีมติเห็นชอบต่อ “**กรอบการประสานงาน**

ระดับประเทศเพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (National coordination framework)” โดยมีกลไกประสานงานเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) กลไกประสานงานสำหรับโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานประสานหลัก เพื่อทำหน้าที่ประสานการทำงานของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถดำเนินการตามกรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ

2) กลไกการประสานงานสำหรับโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีกรมการแพทย์เป็นหน่วยงานประสานหลัก เพื่อทำหน้าที่ประสานการทำงานระหว่างโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลเอกชน เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายนี้สามารถดำเนินการตามกรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เพื่อเป็นการดำเนินการตามกรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ จึงได้มีแผนการดำเนินการนำร่อง “ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management : IAM)” โดยดำเนินการโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นคณะอนุกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาลในการประชุมครั้งที่ 2/2561 วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ได้มีมติโดยมอบหมายให้กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการสรรหาโรงพยาบาลในสังกัดจำนวน 24 แห่ง โดยกระจายตามเขตสุขภาพ เขตละ 2 แห่ง เพื่อเข้าร่วมโครงการ และมอบหมายให้กรมการแพทย์ประสานขอรายชื่อจากโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดละ 5 แห่ง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งต่อมาโครงการนำร่องระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management: IAM) ในโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2561 เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2561

สืบเนื่องจากคณะอนุกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล ครั้งที่ 2/2561 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ได้มีมติให้มีสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับแนวคิด IAM และเห็นชอบให้มีการจัดทำเอกสารประชาสัมพันธ์และคลิป หรืออนิเมชัน เกี่ยวกับ IAM โดยต่อมาฝ่ายเลขานุการ ได้มีการจัดทำกรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management : IAM) ทั้งในรูปแบบเอกสารและคลิปอนิเมชัน ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแผนงานความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก โดยได้นำส่งสื่อประชาสัมพันธ์ IAM ไปยังหน่วยงานกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สภาวิชาชีพ สมาคม ชมรมวิชาชีพ และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์กรอบการทำงาน IAM ดังกล่าว

2.5 การจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management: IAM) (factsheets IAM, คณะอนุกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยา ในสถานพยาบาล)

2.5.1 ความหมายและหลักการสำคัญ

IAM คือ กรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ มีหลักการสำคัญอยู่ 3 ประการคือ

1. นโยบายบูรณาการทุกฝ่ายภายในโรงพยาบาลด้วยรูปแบบ IAM โดยถือว่าเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาระดับโรงพยาบาลที่ทุกฝ่ายต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม มีกลไกการจัดการที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพในระดับโรงพยาบาล
2. ภาวะผู้นำ มีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยผู้บริหารโรงพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญอย่างมาก
3. การตั้งเป้าหมายของโรงพยาบาล ที่ทุกฝ่ายต้องการบรรลุร่วมกันในการแก้ปัญหา AMR ของโรงพยาบาล

2.5.2 องค์ประกอบหลัก (Components)

1. **Governance mechanism** คือ กลไกการบริหารระบบ ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการกำหนดนโยบาย วางยุทธศาสตร์ อำนาจการ และกำกับทิศของการทำงานในการแก้ไขปัญหา AMR ของโรงพยาบาล โดยมีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลเป็นประธานของคณะกรรมการ โดยใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลมากำหนดเป้าหมายของโรงพยาบาลที่ทุกฝ่ายต้องการบรรลุร่วมกัน รวมทั้งติดตามการทำงานและกำกับทิศการทำงาน ทั้งนี้ ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย จะมีบทบาทสำคัญในกลไกการบริหารระบบนี้

2. **AMR surveillance** คือ การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ประกอบด้วย 2 ประเภทหลัก ดังนี้

2.1 การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ เป็นประโยชน์ต่องาน Antimicrobial stewardship เนื่องจากจะทำให้ได้ข้อมูล 3 ชนิด คือ

(1) ข้อมูล Antibigram ของโรงพยาบาล เป็นการบอกความไวของเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะที่ใช้ในโรงพยาบาล ข้อมูลนี้มีประโยชน์ในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อ Empirical treatment และมีประโยชน์ในการพิจารณาคัดเลือกยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล (หมายเหตุ: หากโรงพยาบาลส่งข้อมูลนี้

ให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จะทำให้ได้ข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มเชื้อดื้อยาในระดับประเทศและเขตสุขภาพ)

(2) ข้อมูล Sensitivity test ของเชื้อดื้อยา เป็นข้อมูลที่ได้จากการเพาะเชื้อจากผู้ป่วยแต่ละราย ข้อมูลนี้มีประโยชน์ในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาโรคติดเชื้อของผู้ป่วยรายนั้นๆ

(3) ข้อมูล Unusual AMR คือ ข้อมูลเชื้อดื้อยาที่ไม่เคยพบในโรงพยาบาลมาก่อน ซึ่งหากพบควรส่งเชื้อดังกล่าวมาที่ห้องปฏิบัติการอ้างอิงเพื่อประเมินความเสี่ยง

ทั้งนี้ นักเทคนิคการแพทย์ นักจุลชีววิทยา และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา มีบทบาทสำคัญในการการเฝ้าระวังประเภทนี้

2.2 การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาดวิทยา เป็นประโยชน์ต่องาน IPC มี 3 ระบบ คือ

(1) การเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (Case-based surveillance of clinical syndromes) เป็นระบบปัจจุบันที่มีการดำเนินการในทุกโรงพยาบาล โดยเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI surveillance) เพื่อทราบสถานการณ์ ตรวจจับการระบาด (detect) และแจ้งเตือน (early warning) เพื่อเลือกมาตรการ IPC ที่เหมาะสม

(2) การเฝ้าระวังแบบค้นหาผู้ป่วย (Case-finding based on priority specimens sent routinely to laboratories for clinical purposes) เป็นระบบเฝ้าระวังตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (GLASS) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังและตรวจจับ (detect) เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาจากตัวอย่างที่เก็บจากผู้ป่วย ทำให้ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาที่เฝ้าระวัง และการกระจายของเชื้อตามบุคคล เวลา และสถานที่ สามารถประเมินภาระโรคจากการติดเชื้อดื้อยา (AMR burden) ในโรงพยาบาลหรืองานสาธารณสุข สามารถใช้ติดตามแนวโน้มการกระจายของเชื้อดื้อยาที่เกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือในชุมชน การเปลี่ยนแปลงกลุ่มประชากร (ผู้ป่วย) ที่พบเชื้อดื้อยา

(3) การเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่สำคัญ (highly pathogenic multidrug resistance organisms use case-finding based on priority specimens sent routinely to laboratories for clinical purposes method) เป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่พบเชื้อดื้อยาที่สำคัญหรือพบไม่บ่อยในโรงพยาบาล ได้แก่ VRE, VRSA, A. baumannii ที่ดื้อต่อ colistin, P. aeruginosa ที่ดื้อต่อ Colistin, N. gonorrhoeae ที่ดื้อต่อ 3rd generation Cephalosporin และกลุ่ม unusual AMR เพื่อทำการแจ้งเตือน (AMR alert) ได้ทันท่วงที (หมายเหตุ: หากพบผู้ป่วยด้วยเชื้อเหล่านี้ ให้แจ้งไปยังสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค)

ทั้งนี้ ICN เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา มีบทบาทสำคัญในการการเฝ้าระวังประเภทนี้

3. Infection Prevention and Control คือ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อลดการแพร่กระจายและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล การเลือกใช้มาตรการ IPC ควรนำข้อมูลสถานการณ์การดื้อยาในโรงพยาบาลมาพิจารณา ทั้งนี้ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จะมีบทบาทสำคัญในงานด้านนี้

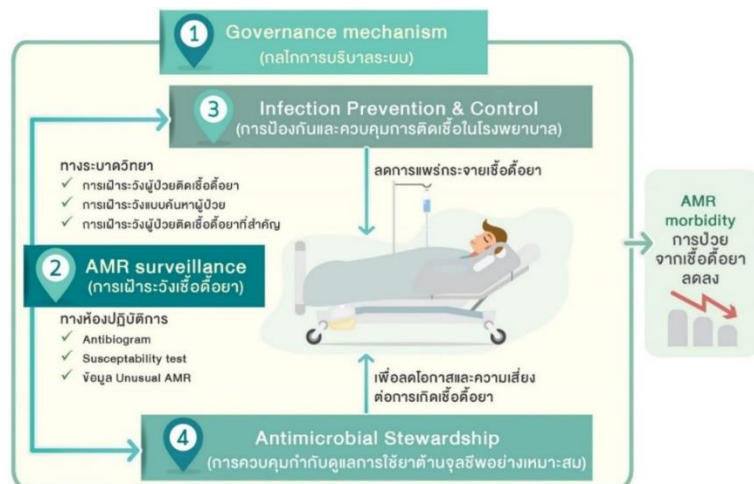
4. Antimicrobial Stewardship คือ การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เพื่อลด selective pressure ที่เหนียวแน่นทำให้เกิดเชื้อดื้อยา หลักการ คือ เปลี่ยนการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพที่เดิมอาศัยพิจารณาตามส่วนตัวของผู้ใช้ มาเป็นการมีระบบหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพมาควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับดำเนินงานนี้ คือ

4.1 ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพในหน่วย DDD (Defined Daily Dose – ปริมาณยาโดยเฉลี่ยสำหรับการรักษาต่อวันสำหรับการใช้ตามข้อบ่งใช้หลักของยานั้น) เป็นการบอกสถานการณ์และใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล และสามารถเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาล ระดับเขตและประเทศได้

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพกับอัตราเชื้อดื้อยา เป็นการนำข้อมูลปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ (DDD) และอัตราเชื้อดื้อยามาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดหรือเพิ่มขึ้นของเชื้อดื้อยา รวมทั้งเพื่อติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน Antimicrobial Stewardship ของโรงพยาบาล

4.3 ข้อมูลการสั่งใช้ยา (prescribing behavior) เป็นการใช้กระบวนการประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ในการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพในภาพรวมของโรงพยาบาลหรือในระดับบุคคล รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลนี้มีประโยชน์ในการวิเคราะห์และออกแบบระบบ Antimicrobial Stewardship ของโรงพยาบาล

ทั้งนี้ แพทย์ และเภสัชกร จะมีบทบาทสำคัญในงานด้านนี้



ภาพที่ 2.2 องค์ประกอบหลักของการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล

2.6 มุมมองทางความคิด (Mindset)

Mindset มีผลต่อการตัดสินใจและการกระทำ การดำเนินงาน IAM ต้องอาศัยมุมมองทางความคิดแบบใหม่ (new mindset) ในการแก้ปัญหา AMR ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 มุมมองทางความคิด (Mindset)

	Old mindset	New mindset
ภาวะการเป็นผู้นำ (Leadership)	Technical or professional leadership ที่จัดการปัญหาด้วยฐานคิดเชิงวิชาการเป็นหลัก	Organization leadership ที่จัดการปัญหาด้านฐานคิดเชิงระบบ (systems thinking) และมีวิสัยทัศน์ชัดเจน
การวางตำแหน่งของงาน AMR (Positioning)	AMR เป็นงานระดับปฏิบัติการ (operational level) จึงเป็นการทำงานแบบตั้งรับ	AMR เป็นงานระดับนโยบาย (policy level) ทำงานแบบมี strategic direction
การทำงาน	ทำงานแบบแยกส่วน เช่น มอบให้ IC แก้ปัญหาฝ่ายเดียว หรือมีการดำเนินการในทุกฝ่ายแต่ต่างคนต่างทำ	ทำงานแบบบูรณาการ คือ รู้จักและยอมรับบทบาทของตนเองและคนอื่น และดึงบทบาทของแต่ละคนมาทำงานร่วมกัน
ความคุ้มค่า	งาน AMR ก่อให้เกิดรายจ่าย เช่น ค่าอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการ และในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	งาน AMR เป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะหากจัดการ AMR ไม่ดีทำให้เกิด 'ต้นทุนแฝง' ในการรักษาโรคอื่น ๆ
มุมมอง	ยอมจำนนกับปัญหา โดยมองว่า AMR เป็นเรื่องปกติพบทั่วไป ดังนั้น จึงใช้วิธีเดิม ๆ แก้ปัญหา	มองว่า AMR เป็นปัญหาที่จัดการได้ โดยพิจารณาปัญหาดังกล่าวด้วยมุมมองที่แตกต่างจากเดิม จึงนำไปสู่วิธีแก้ปัญหาที่ต่างจากเดิม

2.7 ประเภทสังกัดโรงพยาบาล และจำนวนโรงพยาบาลในประเทศไทย

รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีเตียงรองรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในประเทศไทยปี พ.ศ.2560 มีทั้งหมด 1355 แห่ง แบ่งเป็น กระทรวงสาธารณสุข 943 แห่ง กระทรวงอื่น ๆ 87 แห่ง หน่วยงานอิสระ 7 แห่ง องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 10 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 308 แห่ง ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 แสดงจำนวนสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน แบ่งตามประเภทสังกัด

ประเภทสังกัด	จำนวนแห่ง
กระทรวงสาธารณสุข	943
กระทรวงกลาโหม	62
กระทรวงการคลัง	1
กระทรวงคมนาคม	1

ประเภทสังกัด	จำนวนแห่ง
กระทรวงมหาดไทย	3
กระทรวงยุติธรรม	1
กระทรวงศึกษาธิการ	17
กรุงเทพมหานคร	9
สำนักนายกรัฐมนตรี	2
หน่วยราชการอิสระ	5
องค์กรมหาชน	1
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	1
มูลนิธิ	1
เอกชน	308
รวม	1355

จากตารางดังกล่าวพบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลในสังกัดมากที่สุดจากในสังกัดทั้งหมด ทั้งนี้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแบ่งเป็นส่วนภูมิภาคและส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ได้แก่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่วนกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ฯลฯ เป็นต้น

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะส่วนภูมิภาคที่อยู่ภายใต้กรอบการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่งสร้างความเชื่อมโยงในภาพของเครือข่ายบริการ สามารถรองรับการส่งต่อ จะมีการแบ่งประเภทสถานบริการสาธารณสุขตามระดับการส่งต่อ คือ กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น และระดับปฐมภูมิ

2.7.1 กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูง (High-Level Referral Hospital) แบ่งเป็น

(1) โรงพยาบาลศูนย์ (Advance Level Hospital) หรือโรงพยาบาลระดับ A เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง โดยให้มีครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ชีตความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษา และงานวิจัยทางการแพทย์ จึงประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยทุกสาขาตามความจำเป็น สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากระดับตติยภูมิ ภายในเขตสุขภาพเดียวกันหรือเขตใกล้เคียง

(2) โรงพยาบาลทั่วไป (Standard-Level Hospital) หรือระดับ S เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน ชีตความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ย่างยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารองครบทุกสาขา และสาขาย่อยบางสาขา สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการภายในจังหวัดโดยมีอย่างน้อย 1 แห่ง ต่อจังหวัด

2.7.2 กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (Mid-Level Referral Hospital) แบ่งเป็น

(1) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก หรือระดับ M1 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ชีตความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ย่างยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น สามารถรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการระดับตติยภูมิ

(2) โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย หรือระดับ M2 เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 120 เตียงขึ้นไป มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญี) อย่างน้อยสาขาละ 2 คน มีการบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย ประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบรักษาของแพทย์ 6 สาขาหลัก รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

2.7.3 กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น (First-Level Referral Hospital) แบ่งเป็น

(1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หรือระดับ F1 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 90-120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน รวม 3-10 คน มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิซึ่งแต่ละอำเภอ

(2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หรือระดับ F2 เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 60-90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวม 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

(3) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก หรือระดับ F3 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 30-60 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวรวม 1-2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก หรือไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีเตียงผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน ไม่มีโอกาสเกิดความเสียหายสูง รองรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อสังเกตอาการ/ส่งต่อ สนับสนุนเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิของแต่ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

2.7.4 กลุ่มหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ แบ่งเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือระดับ P1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือระดับ P2 สถานบริการสาธารณสุขชุมชนหรือระดับ P3 ทั้งนี้จะไม่

ขอกล่าวถึงรายละเอียด เนื่องจากในการศึกษานี้จะมีขอบเขตเชิงพื้นที่เป้าหมายในการศึกษาในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ ทั่วไป และชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

2.8 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้แผนยุทธศาสตร์

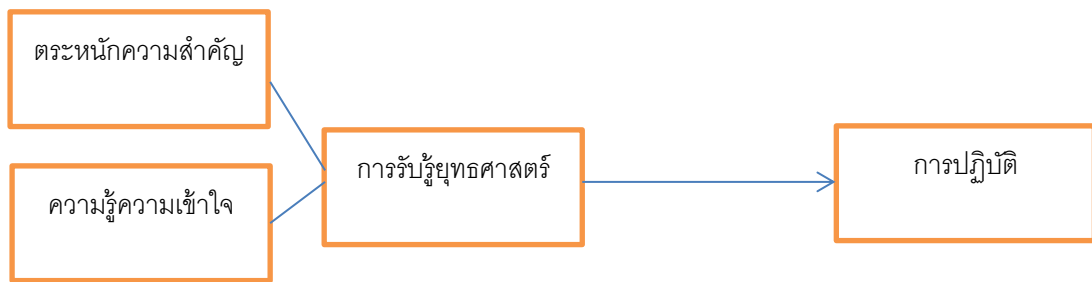
การรับรู้ในระดับบุคคลมีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายท่าน อาทิ Schiffman & Kanuk, 2000:146 กล่าวว่า การรับรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลแต่ละคนมีการเลือก การประมวลผลและการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้นออกมา เพื่อให้ความหมาย หรือ Knech and et al. (1962) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่าหมายถึง สภาพความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการได้รับสัมผัสจากสิ่งเร้าภายนอกผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย แล้วแปลความหมายจนเป็นความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งการรับรู้ในระดับบุคคลหมายถึงความรู้ความเข้าใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งภายนอก และแปลความ

การรับรู้ในระดับมหภาค อันเกี่ยวข้องกับ การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ หรือ นโยบายระดับประเทศ เป็นการตระหนักด้วยความรู้ความเข้าใจในปัญหาความสำคัญ และแผนยุทธศาสตร์ เพื่อนำไปปฏิบัติการต่อไป โดยคำนึงถึงว่าผู้รับรู้หรือองค์กร หน่วยงานเป็นหน่วยปฏิบัติแทน หรือเป็นตัวแทนของการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ (Tjora and Scambler, 2009) ดังนั้น แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขอาศัยสถานบริการสาธารณสุขเป็นตัวแทนเชิงปฏิบัติการตามการริเริ่มแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

แนวคิดการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ประสบความสำเร็จได้อาศัยการรับรู้แผนยุทธศาสตร์เป็นสำคัญ (Knapp and Ferrante, 2012) การบังคับให้ดำเนินการไม่ก่อให้เกิดการร่วมมือในแผนยุทธศาสตร์อย่างมีประสิทธิภาพ โครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอาศัยการรณรงค์จากการรับรู้ของประชาชนเป็นสำคัญ (McIlfatrick et al., 2013) สถานบริการสาธารณสุขที่รับแผนยุทธศาสตร์จึงจำเป็นต้องสร้างการรับรู้แผนยุทธศาสตร์เป็นพื้นฐานการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ให้ประสบความสำเร็จเช่นเดียวกัน

แนวคิดการรับรู้แผนยุทธศาสตร์จึงประกอบขึ้นจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Planned Behavior) อันกล่าวถึง มนุษย์แสดงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจที่มีสาเหตุมาจากทัศนคติได้สร้างขึ้นจากข้อมูลต่างๆที่ได้รับรู้ (Fishbein and Ajzen, 1980) ซึ่งการวิจัยในองค์กรสนับสนุนแนวคิดนี้โดยการวิจัยการปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัยในการใช้ระบบสารสนเทศขององค์กรด้วยแบบสอบถามและการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง ซึ่งสรุปว่าพนักงานในองค์กรต้องรับรู้นโยบายเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องจึงจะนำไปสู่การปฏิบัติตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bulgurcu, Cavusoglu, and Benbasat, 2010) หรือ การวิจัยนโยบายการจัดการของเสียชีวภาพในโรงพยาบาล ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีความรู้ความเข้าใจในนโยบายอย่างเพียงพอจึงดำเนินการตามนโยบายได้ (Lakbala and Lakbala, 2013)

ดังนั้นแนวคิดการรับรู้แผนยุทธศาสตร์จึงมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่



ภาพที่ 2.3 แนวคิดการรับรู้แผนยุทธศาสตร์

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์การจัดการการต่อต้านจุลชีพดังนี้ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2561) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และความตระหนักของประชาชนไทยในปัญหาการต่อต้านจุลชีพ โดยแบบสอบถามที่พัฒนามาจาก Eurobarometer เพื่อใช้ในการวัดความตระหนักของประชาชน โดยเครื่องมือยังอยู่ในระหว่างการเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามผลการดำเนินงาน

วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล (2558) ได้ทำโครงการวิจัยและพัฒนาการควบคุมและป้องกันการต่อต้านจุลชีพในประเทศไทย ดำเนินงาน 10 กิจกรรม (action) ได้แก่

- (1) คำนวณขนาดปัญหาการต่อต้านจุลชีพในประเทศไทย
- (2) ระบุวงจรและพลวัตของการเกิด และการแพร่กระจายของเชื้อต่อต้านจุลชีพในประเทศไทย
- (3) พัฒนาโครงสร้างระดับชาติของการควบคุมและป้องกันการต่อต้านจุลชีพในประเทศไทย
- (4) พัฒนาห้องปฏิบัติการและระบบเฝ้าระวังการต่อต้านจุลชีพ เฝ้าระวังการใช้ต้านจุลชีพ และเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- (5) ประสานงานการควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในมนุษย์ สัตว์ เกษตรกรรม และอุตสาหกรรม
- (6) สร้างความตระหนักและรณรงค์เกี่ยวกับการต่อต้านจุลชีพและการควบคุมและป้องกันการต่อต้านจุลชีพ
- (7) สร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสนับสนุนมาตรการควบคุมและป้องกันการต่อต้านจุลชีพในบริบทของประเทศไทย
- (8) พัฒนา “ชุดควบคุมและป้องกันการต่อต้านจุลชีพ”
- (9) นำ “ชุดควบคุมและป้องกันการต่อต้านจุลชีพ” ซึ่งไปใช้ในพื้นที่นำร่อง
- (10) วิจัยและพัฒนาวิธีใหม่ในการวินิจฉัย รักษา และป้องกันการต่อต้านจุลชีพ

โดยโครงการดังกล่าวมีผลงานสำคัญ ได้แก่ ทราบขนาดปัญหาการต่อต้านจุลชีพในประเทศไทย ทราบวงจรและพลวัตของการเกิดและการแพร่กระจายของเชื้อต่อต้านจุลชีพในประเทศไทย มี

โครงสร้างระดับชาติของการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยแล้วส่วนหนึ่ง มีห้องปฏิบัติการและแผนการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ การเฝ้าระวังการใช้ต้านจุลชีพ และการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีระบบการควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในมนุษย์และสัตว์แล้วส่วนหนึ่ง มี “ชุดควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ” สำหรับสร้างความตระหนักและแรงจูงใจเกี่ยวกับการดื้อยาต้านจุลชีพและการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยอาศัยข้อมูลและหลักฐานในประเทศไทยและนานาชาติ ซึ่งได้นำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มแล้ว และมีโครงการและผลงานวิจัยและพัฒนาการวินิจฉัยการรักษา และการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ประจวบ ทองเจริญ (2558) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้กลวิธีหลากหลายต่อการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน กลวิธีหลากหลายที่นำมาใช้ประกอบด้วย การจัดตั้งทีมควบคุมการติดเชื้อการใช้กลวิธีที่หลากหลายโดยการอบรม การติดโปสเตอร์เตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน ผลการวิจัยพบว่าการใช้กลวิธีหลากหลายในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานทำให้บุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น

กุลดา พฤติวรรณ (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยามีอัตราการติดเชื้อที่สูงขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาไม่เพียงพอ ระบบกำกับติดตามขาดความสม่ำเสมอ ขาดอัตรากำลัง ความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของพยาบาล และแนวทางในการเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย คือ การติดตั้งระบบปฏิบัติการคู่ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการในแนวคิดและระบบเครือข่ายเชิงกลยุทธ์ในแนวราบ กล่าวคือ การสร้างสำนักแห่งความเร่งด่วนของการเปลี่ยนแปลง การริเริ่มแนวทางร่วมกัน การวางเป้าหมายและทิศทางการทำงาน การสื่อสารให้ผู้อื่นทราบ การมอบอำนาจให้บุคคล การสร้างความสำเร็จระยะสั้น การสร้างความต่อเนื่อง และการให้ความสำคัญกับผลงานที่ดี และวัฒนธรรมการทำงานใหม่ โดยผลการดำเนินงาน พบว่า สามารถจำกัดการติดเชื้อข้ามคน ลดจำนวนวันนอนเฉลี่ย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ และพบว่าพยาบาลมีความรู้และปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น

สุกัญญา ชิตวิสัย (2556) ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดราชบุรี ทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยรวมในระดับดี และมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วยผู้บริหารโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ
ไทยทั้งภาครัฐและเอกชน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้บริหารโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ
ไทยไม่น้อยกว่า 400 โรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามที่จัดส่งทางไปรษณีย์ถึงผู้บริหาร
โรงพยาบาลทั้งหมด

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้เทคนิคการสำรวจ (Survey) จากเครื่องมือในการวิจัยที่พัฒนาขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 1 ชุด คือ แบบสอบถามเรื่อง "สำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย" ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามแบบเลือกเติมคำตอบ และเติมข้อความลงใน ช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายในโรงพยาบาลของท่าน เป็นคำถามแบบเลือกตอบด้วยมาตราค่า 5 ระดับ (5 = ตระหนักถึงความสำคัญมากที่สุด, 4 = ตระหนักถึงความสำคัญมาก, 3 = ตระหนักถึงความสำคัญปานกลาง, 2 = ตระหนักถึงความสำคัญน้อย และ 1 = ตระหนักถึงความสำคัญน้อยที่สุด) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 เป็นคำถามแบบเลือกเติมคำตอบ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 การนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นคำถามแบบเลือกเติมคำตอบจำนวน 2 ข้อ และคำถามแบบเลือกตอบด้วยมาตราค่า 10 ระดับ (0= ไม่มีความเข้มแข็งเลย, 1= มีความเข้มแข็งน้อยที่สุด ไปจนถึง 10= มีความเข้มแข็งมากที่สุด) จำนวน 1 ข้อใหญ่ ประกอบไปด้วย 4 ข้อย่อย และคำถามแบบเลือกตอบถูกหรือผิด (0= ไม่ทราบ, 1= ผิด และ 2= ถูก) จำนวน 1ข้อใหญ่ 7 ข้อย่อย

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ ตอบด้วยการเติมคำในช่องว่างอย่างอิสระเป็นจำนวน 5 ข้อ

โดยนำเครื่องมือไปตรวจหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยมีวิธีคำนวณค่า IOC (ประสพชัย พสุนนท์, 2558) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ $IOC = \frac{\sum R}{N}$ และ N คือผลรวมคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน และจำนวนผู้เชี่ยวชาญตามลำดับ

และเมื่อคำนวณคะแนน IOC จากการตรวจหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามีค่าเกิน ๐.๕ ทุกข้อ

3.3 วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย ๒ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สํารวจเบื้องต้นและเก็บข้อมูล ซึ่งประกอบไปด้วย ๕ กิจกรรม ได้แก่

1) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สถานการณ์ยุทธศาสตร์การจัดการการต้อตาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย

2) ออกแบบและพัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

3) ตรวจสอบความตรง และทดสอบเครื่องมือ

4) สํารวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการต้อตาต้านจุลชีพไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย

5) วิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ระยะที่ 2 ระยะสรุปผลและนำเสนอ ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

1) จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเสนอผลการวิจัยและแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการการต้อตาต้านจุลชีพในประเทศไทย

2) จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 1,393 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามที่จัดส่งทางไปรษณีย์

3.5 การวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความถี่ (frequency) และร้อยละ (Percentage)

3.6 การแปลผลข้อมูล

การแปลผลข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของค่าเฉลี่ยจากคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้ (อโณทัย งามวิชัยกิจ, 2559)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.21-5.00	เห็นด้วยมาก/มากที่สุด
3.41-4.20	เห็นด้วย/มาก

2.61-3.40	ปานกลาง
1.81-2.60	ไม่เห็นด้วย/น้อย
1.00-1.80	ไม่เห็นด้วยมาก/น้อยที่สุด

การแปลผลข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของค่าเฉลี่ยจากคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้ (อโณทัย งามวิชัยกิจ, 2559)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
8.21 – 10.00	มีความเข้มแข็งมากที่สุด
6.41 – 8.20	มีความเข้มแข็งมาก
4.61 – 6.40	มีความเข้มแข็งปานกลาง
2.81 – 4.6	มีความเข้มแข็งน้อย
1.00 – 2.80	มีความเข้มแข็งน้อยที่สุด

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง สำนวนการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย แบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วน คือ

- ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง
- การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564
- การนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ
- ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลในประเทศไทยแสดงผลในตารางที่ 4.1 และ 4.2 และผลวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแสดงผลในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
สังกัด	
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	269 (67.1)
- โรงพยาบาลชุมชน	181 (45.1)
- โรงพยาบาลศูนย์	14 (3.5)
- โรงพยาบาลทั่วไป	16 (4.0)
กรมการแพทย์	16 (4.0)
กระทรวงกลาโหม	8 (2.0)
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1 (0.2)
กรุงเทพมหานคร	6 (1.5)
กระทรวงอุดมศึกษาฯ	9 (2.2)
เอกชน	77 (19.2)
อื่นๆ	15 (3.7)
ข้อมูลไม่ปรากฏ	1 (0.2)
รวม	402 (100.0)
ภาค	
เหนือ	52 (13.0)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	88 (22.0)
ตะวันออก	31 (7.7)
กลาง	146 (36.3)
ตะวันตก	20 (5.0)
ใต้	61 (15.2)
รวม	402 (100.0)

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลตัวอย่างอยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 269 แห่งคิดเป็นร้อยละ 67.1 รองลงมาคือโรงพยาบาลภายใต้สังกัดเอกชน จำนวน 77 แห่งคิดเป็นร้อยละ 19.2 และพบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมาจากภาคกลางมากที่สุด

จำนวน 146 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.3 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 88 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.0

ตารางที่ 4.2 ประเภทของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเภทโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(ร้อยละ)
โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	269 (100.00)
- โรงพยาบาลชุมชน	181 (67.29)
• M2	36 (13.38)
• F1	18 (6.69)
• F2	104 (38.66)
• F3	16 (5.95)
- โรงพยาบาลศูนย์	14 (5.20)
- โรงพยาบาลทั่วไป	48 (17.84)
• S	30 (11.15)
• M1	18 (6.69)
ข้อมูลไม่ปรากฏ	26 (9.67)

จากตารางที่ 4.2 พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุดจำนวน 181 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 67.29 รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 48 แห่งคิดเป็นร้อยละ 17.84

นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเตียงเฉลี่ย 183.89 เตียง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 248.01) โดยมีจำนวนเตียงอยู่ระหว่าง 0 ถึง 2000 เตียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาล แสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	105 (26.1)
หญิง	290 (72.1)
ข้อมูลไม่ปรากฏ	7 (1.7)
รวม	402 (100.0)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรี	250 (62.2)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (ร้อยละ)
ปริญญาโท	132 (32.8)
ปริญญาเอก	9 (2.2)
อื่นๆ	4 (1.0)
ข้อมูลไม่ปรากฏ	7 (1.7)
รวม	402 (100.0)
วิชาชีพ	
แพทย์	69 (17.2)
เภสัชกร	257 (63.9)
พยาบาล	69 (17.2)
อื่นๆ	2 (0.5)
ข้อมูลไม่ปรากฏ	5 (1.2)
รวม	402 (100.0)
ตำแหน่ง	
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	23 (5.7)
ผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านเชื้อมีด้อยค่าด้านจุลชีพ	84 (20.9)
ไม่ใช่ผู้บริหารแต่รับผิดชอบงานด้านการมีด้อยค่าด้านจุลชีพ	291 (72.4)
ข้อมูลที่ไม่ปรากฏ	4 (1.0)
รวม	402 (100.0)

จากตารางที่ 4.3 พบข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

- เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 72.1 และเป็นเพศชายจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1
- ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2
- วิชาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าประกอบวิชาชีพเภสัชกรมากที่สุดจำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 63.9 รองลงมาคือแพทย์และพยาบาล จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 17.2
- ตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ผู้บริหารแต่รับผิดชอบงานด้านการมีด้อยค่าด้านจุลชีพมากที่สุดจำนวน 291 คน คิดเป็นร้อยละ 72.4 รองลงมาคือผู้บริหารแต่รับผิดชอบงานด้านการมีด้อยค่าด้านจุลชีพจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 โดยดำรงตำแหน่งปัจจุบันมาแล้วเฉลี่ย 9.096 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.992) และระยะเวลาในตำแหน่งปัจจุบันอยู่ระหว่างน้อยกว่า 1 ปี ถึง 30 ปี

นอกจากนี้ยังพบว่าอายุของผู้ตอบแบบสอบถามเฉลี่ยอยู่ที่ 41.28 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.108) และมีช่วงอายุระหว่าง 24 ถึง 71 ปี

4.2 การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นปัญหา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความหมาย	อันดับ
บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเชื้อดื้อยา	3.36	0.887	ปานกลาง	3
การสั่งใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น	3.26	1.033	ปานกลาง	
ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นจากการติดเชื้อดื้อยาอันเนื่องมาจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น	3.33	1.068	ปานกลาง	2
มูลค่ายาต้านจุลชีพโดยรวมที่มีการใช้ในแต่ละปีสูงขึ้น	3.40	1.027	ปานกลาง	1
พบเชื้อก่อโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug Resistance Organisms-MDROs)	3.18	1.232	ปานกลาง	
ทางเลือกในการรักษาโรคติดเชื้อมีน้อยลงหรือจำกัดมากขึ้น	3.40	1.027	ปานกลาง	1
ขาดสมรรถนะการตรวจและการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการ	3.16	1.167	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4.4 พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ปัญหาระดับปานกลางในประเด็นมูลค่ายาต้านจุลชีพโดยรวมที่มีการใช้ในแต่ละปีสูงขึ้นและทางเลือกในการรักษาโรคติดเชื้อมีน้อยลงหรือจำกัดมากขึ้นเป็นอันดับที่หนึ่งที่คะแนน 3.40 เท่ากัน รองลงมาคือประเด็นค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นจากการติดเชื้อดื้อยาอันเนื่องมาจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ที่คะแนน 3.33 โดยอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

4.3 การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564

ผลการวิเคราะห์การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้แผนยุทธศาสตร์	
รับทราบ	312 (77.6)
ไม่มั่นใจ	37 (9.2)
ไม่รู้จัก	47 (11.7)
ข้อมูลไม่ปรากฏ	6 (1.5)
รวม	402 (100.0)
ปีที่รับรู้แผนยุทธศาสตร์	
ก่อน พ.ศ. 2560	39 (9.7)
พ.ศ. 2560	93 (23.1)
พ.ศ. 2561	127 (31.6)
พ.ศ. 2562	90 (22.4)
ข้อมูลไม่ปรากฏ	53 (13.2)
รวม	402 (100.0)
ช่องทางการรับรู้แผนยุทธศาสตร์	
จากการเข้าร่วมอบรม/ประชุม	244 (48.7)
สื่อออนไลน์	127 (25.3)
ได้รับการบอกกล่าวจากเพื่อนร่วมงาน/คนรู้จัก	84 (16.8)
อื่นๆ	46 (9.2)
รวม	501 (100.0)
ช่องทางการรับทราบความก้าวหน้าแผนยุทธศาสตร์	
หน่วยงานต้นสังกัด	86 (13.5)
จากการเข้าร่วมอบรม/ประชุม	241 (37.9)
เพื่อนร่วมงาน	51 (8.0)
สื่อออนไลน์ เช่น อีเมลล์ เฟซบุ๊ก ไลน์	136 (21.4)
หนังสือราชการ	111 (17.5)
อื่นๆ	11 (1.7)
รวม	636 (100.0)

จากตารางที่ 4.5 พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับทราบแผนยุทธศาสตร์ จำนวน 312 แห่ง จาก 402 แห่ง โดยคิดเป็นร้อยละ 77.6 โดยรับรู้ในปี พ.ศ. 2561 มากที่สุด รองลงมารับรู้ในปี พ.ศ.2560 และ พ.ศ.2562 คิดเป็นร้อยละคิดเป็นร้อยละ 31.6 (127 แห่ง) ร้อยละ 23.1 (93 แห่ง) และ 22.4 (90 แห่ง) ตามลำดับ

สำหรับช่องทางการรับทราบแผนยุทธศาสตร์ฯ พบว่ารับทราบผ่านทางเข้าร่วมอบรม/ประชุมมากที่สุด (ร้อยละ 48.7) รองลงมาคือรับรู้จากสื่อออนไลน์ (ร้อยละ 25.3)

นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับทราบความก้าวหน้าของแผนยุทธศาสตร์ฯ ผ่านช่องทางจากการเข้าร่วมประชุม/อบรมมากที่สุด ร้อยละ 37.9 (241 แห่ง) รับรู้จากสื่อออนไลน์เป็นอันดับสอง ร้อยละ 21.4 (136 แห่ง)

ทั้งนี้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่รู้จักแผนยุทธศาสตร์ฯ จะไม่ต้องตอบคำถามในส่วนที่ 4 (ข้ามไปส่วนที่ 5) และไม่ถูกนำมาแปลผลในส่วนที่ 4

4.4 การนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดำเนินงานด้านจลชีพ

ผลการวิเคราะห์การนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดำเนินงานด้านจลชีพของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลในตารางที่ 4.6 - 4.8

ตารางที่ 4.6 จำนวนโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่รู้จัก/รับรู้รอบการทำงาน Integrated AMR Management: IAM

การรับรู้รอบการทำงาน IAM	จำนวน (ร้อยละ)
รู้จัก/เคยได้ยิน	245 (70.2)
ไม่แน่ใจ	58 (16.6)
ไม่รู้จัก	92 (26.4)
ข้อมูลไม่ปรากฏ	7 (2.0)
รวม	349 (100.0)

จากตารางที่ 4.6 พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรู้จัก/เคยได้กรรอบทำงาน Integrated AMR Management: IAM จำนวน 245 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.9 และไม่รู้จักกรรอบการทำงาน จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9

ตารางที่ 4.7 จำนวนผู้ตอบแบบถามที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในกรอบการจัดการการดำเนินงานด้านจลชีพอย่างบูรณาการในสถานพยาบาล (IAM)

ประเด็นปัญหา	จำนวนคนที่ตอบ (ร้อยละ)		
	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1. กรอบ IAM ประกอบด้วย 3 หลักการสำคัญ คือนโยบายบูรณาการ ภาวะผู้นำ และการตั้งเป้าหมายรพ.	251 (88.7)	15 (5.3)	17 (6.0)

ประเด็นปัญหา	จำนวนคนที่ตอบ (ร้อยละ)		
	ถูก	ผิด	ไม่ แน่ใจ
2. การจัดการ AMR ด้วยฐานคิดเชิงวิชาการเป็นหลักไม่จำเป็นต้องใช้ฐานคิดเชิงระบบ	273 (96.5)	4 (1.4)	6 (2.1)
3. การดำเนินการ IPC สามารถควบคุมปัญหา AMR อย่างมีประสิทธิภาพได้	275 (97.5)	5 (1.8)	2 (0.7)
4. AMR เป็นงานระดับนโยบายทำงานแบบมี Strategic direction คือมีการกำหนดทิศทาง กลยุทธ์ วางแผนการดำเนินงาน	270 (95.4)	7 (2.5)	6 (2.1)
5. การเฝ้าระวัง AMR ทางห้องปฏิบัติการทำให้ได้ข้อมูล 3 ชนิด คือ Antibiogram, Susceptibility และ unusual AMR	262 (92.9)	5 (1.8)	15 (5.3)
6. ASP เช่น DUE สามารถลดโอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิด AMR ได้	274 (96.8)	3 (1.1)	6 (2.1)
7. การดำเนินการจัดการ AMR เป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า ก่อให้เกิดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น	265 (93.6)	10 (3.5)	8 (2.8)

จากตารางที่ 4.7 พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในกรอบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในสถานพยาบาล (IAM) เนื่องจากตอบถูกเกินร้อยละ 80 ทุกข้อ

ตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการนำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพไปปฏิบัติในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ ในโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ความหมาย	อันดับ
นำกรอบการทำงาน IAM ไปใช้ในการแก้ไขปัญหา AMR	3.33	1.157	มีความเข้มแข็ง น้อย	
ท่านคิดว่ารพ.ของท่านมีกลไกการบริหาร ระบบเข้มแข็งมากน้อยเพียงใด	5.804	2.1875	มีความเข้มแข็ง ปานกลาง	
ท่านคิดว่ารพ.ของท่านมีการเฝ้าระวังเชื้อดื้อ ยาทางห้องปฏิบัติการเข้มแข็งมากน้อย เพียงใด	6.28	2.267	มีความเข้มแข็ง ปานกลาง	
ท่านคิดว่ารพ.ของท่านมีการเฝ้าระวังเชื้อดื้อ ยาทางระบาดเข้มแข็งมากน้อยเพียงใด	6.44	2.190	มีความเข้มแข็ง มาก	2
ท่านคิดว่ารพ.ของท่านมี IPC เข้มแข็งมาก น้อยเพียงใด	7.356	1.6243	มีความเข้มแข็ง มาก	1
ท่านคิดว่ารพ.ของท่านมี ASP เข้มแข็งมาก น้อยเพียงใด	6.305	1.9198	มีความเข้มแข็ง ปานกลาง	3

จากตารางที่ 4.8 พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในประเด็นการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Prevention and Control) มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 7.356) ในระดับมีความเข้มแข็งมากเป็นลำดับรองลงมาคือประเด็นการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาด (ค่าเฉลี่ย = 6.44) ในระดับมีความเข้มแข็งมาก

4.5 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้ตั้งคำถามแบบปลายเปิด(Open Ended Questionnaire) สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามได้นำเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการขับเคลื่อนการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทยตาม “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2560 - 2564” ใช้วิเคราะห์ความถี่ (Frequency) และนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย ปรากฏดังตารางที่ 4.9 – 4.13

4.5.1 ข้อเสนอแนะด้าน Governance mechanism

ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานด้าน Governance mechanism กลไกการบริหารระบบตามลำดับจากความถี่มากไปหาน้อย คือ ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย

AMR โดยกำหนดนโยบาย เป้าหมาย รวมถึงกำกับติดตามการดำเนินงานในโรงพยาบาล ควรมีการจัดประชุม จึงควรมีนโยบายสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารโรงพยาบาล เช่น กำหนดตัวชี้วัด การจัดประชุมหรือ การอบรมผู้บริหารเพื่อชี้แจงแผนยุทธศาสตร์และนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นต้น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ รวมถึงสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะด้าน Governance mechanism

ลำดับที่	ข้อเสนอแนะ	ความถี่
1	ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย AMR โดยกำหนดนโยบาย กำหนดเป้าหมาย รวมถึงกำกับติดตามการดำเนินงานในโรงพยาบาล	48
2	ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญของงาน AMR รวมถึงสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	14
3	ควรมีการจัดอบรม ประชุม ผู้บริหาร เพื่อชี้แจงแผนยุทธศาสตร์และนโยบาย เพื่อให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ	9
4	ส่วนกลางควรมีนโยบายเชิงบังคับไปที่ผู้บริหาร เช่น กำหนดตัวชี้วัด เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงาน	7

ตัวอย่างข้อเสนอแนะด้าน Governance mechanism หรือกลไกการบริหารระบบ

“ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญอย่างยิ่งและต้องเป็นผู้นำมีวิสัยทัศน์ รวมถึงการสร้างค่านิยมขององค์กรที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพรวมถึงมีประสิทธิผลสามารถผลักดันงานให้ทุก ๆ หน่วยงานได้มีส่วนร่วมได้อย่างเข้มแข็งยั่งยืน”

“ผู้บริหารระดับสูงควรรับทราบและเข้าใจนโยบายการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างถ่องแท้ เห็นถึงความสำคัญในการจัดการปัญหา และเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด”

“การสนับสนุนการทำงานเพื่อแก้ปัญหา AMR สำคัญอย่างยิ่งที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา มีการติดตามผลการทำงาน สม่ำเสมอ”

“กลไกการบริหารระบบ เป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยา โดยผู้บริหารระดับสูง แพทย์ที่ได้รับมอบหมาย มีบทบาทสำคัญ นำเนื้อหาที่กำหนดเป็นนโยบายให้ทุกฝ่ายร่วมมือกันป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ”

จากข้อเสนอแนะเหล่านี้สะท้อนว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้องการนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร รวมถึงการสนับสนุน การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร จึงจะทำให้การดำเนินงานจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลประสบผลสำเร็จ

4.5.2 ข้อเสนอแนะด้าน AMR Surveillance

ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานด้าน AMR Surveillance การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาตามลำดับจากความถี่มากไปหาน้อย คือ มีความสำคัญมากในการนำข้อมูลมาวางแผนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ควรกำหนดให้เป็นนโยบายและดำเนินงานเป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถกำกับติดตามประเมินผลได้และดำเนินการอย่างจริงจัง อาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย, ระบบเฝ้าระวังควรที่มีการเชื่อมโยงและบูรณาการกันโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยสนับสนุน, ควรมีระบบการเฝ้าระวังและข้อมูลระดับประเทศ, ควรมีการสนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือสำหรับการปฏิบัติงาน, จำนวนห้องปฏิบัติการที่เพียงพอ และมาตรฐานห้องปฏิบัติการ เป็นส่วนสำคัญต่อการดำเนินงาน ให้สะดวกรวดเร็ว ตอบสนองต่อนโยบาย IAM และการมีบุคลากรเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ และมีอัตรากำลังเพียงพอจะช่วยส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ข้อเสนอแนะด้าน AMR Surveillance

ลำดับที่	ข้อเสนอแนะ	ความถี่
1	มีความสำคัญมากในการนำข้อมูลมาวางแผนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ควรกำหนดให้เป็นนโยบายและดำเนินงานเป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถกำกับติดตามประเมินผลได้ และทำอย่างจริงจัง อาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย	40
2	ระบบเฝ้าระวังควรที่มีการเชื่อมโยงและบูรณาการกันโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยสนับสนุน	23

3	ควรมีระบบการเฝ้าระวังและข้อมูลระดับประเทศ	15
4	ควรมีการสนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือสำหรับการปฏิบัติงาน	12
5	จำนวนห้องปฏิบัติการที่เพียงพอ และมาตรฐานห้องปฏิบัติการ เป็นส่วนสำคัญต่อ การดำเนินงาน ให้สะดวกรวดเร็ว ตอบสนองต่อนโยบาย IAM	12
6	การมีบุคลากรเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ และมีอัตรากำลังเพียงพอจะส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพ	8

ตัวอย่างข้อเสนอแนะด้าน AMR Surveillance หรือ การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

“การที่มี AMR Surveillance ทำให้สามารถรู้สถานการณ์เชื้อดื้อยาใน รพ. และสามารถกำกับติดตามการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม”

“ระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในแต่ละ รพ. ออกแบบภายใต้บริบทของตนเอง ทั้งนี้การ Implement นโยบายการเฝ้าระวังในแง่บุคลากรให้มีความเข้าใจปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสม, วางแผนระบบภาครายงานร่วมกับทีม Lab, เกสซ์กรและทีม IC ของ รพ.เพื่อประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวัง AMR ของ รพ.ให้มีความเข้มแข็ง”

“เพิ่มความสำคัญของงานระบาดวิทยา หรืองานป้องกันให้มากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม”

“การพัฒนา ระบบ IT ในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกับระบบงานของโรงพยาบาลแบบ real time ให้สามารถวางแผนการรักษาและช่วยให้การเฝ้าระวังเป็นไปได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและห้องปฏิบัติการควรมีเครื่องมือที่สามารถตรวจได้ผลถูกต้องรวดเร็ว รายงานผลได้ทันที”

จากความเห็นส่วนใหญ่สะท้อนว่า การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทั้งนี้ควรกำหนดให้เป็นนโยบายและดำเนินงานเป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถกำกับติดตามประเมินผลได้ และทำอย่างจริงจัง

อาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย และระบบเฝ้าระวังควรเป็นระบบที่มีการเชื่อมโยงและบูรณาการกันโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยสนับสนุน

4.5.3 ข้อเสนอแนะด้าน Infection Prevention and Control

ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานด้าน Infection Prevention and Control ตามลำดับจากความถี่มากไปหาน้อย คือ เน้นการดำเนินงานตามแนวทาง หรือแนวปฏิบัติตัวอย่างอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เช่นการทำ Hand Hygiene, contact precaution เป็นต้น, ต้องการการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ป้องกันเช่น PPE, เสื้อกาวน์, ห้องแยกโรค รวมถึงสนับสนุนด้านโครงสร้างอาคาร หรือพื้นที่ ที่จะช่วยลดความแออัดได้, ต้องทำงานร่วมมือกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการเชื่อมโยงข้อมูลกันรวมถึงครอบคลุมระบบส่งต่อผู้ป่วยด้วย, ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของงาน IPC, มีระบบการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง, จัดอบรม ประชุมวิชาการ ให้ความรู้และนโยบายการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติงานอยู่เสมอ รวมถึงมีระบบโรงพยาบาลพี่เลี้ยงคอยที่เป็นที่ปรึกษางาน และ ควรเพิ่มอัตรากำลัง ICN ให้เพียงพอกับภาระงาน **ดังแสดงในตารางที่ 4.11**

ตารางที่ 4.11 ข้อเสนอแนะด้าน AMR Surveillance

ลำดับที่	ข้อเสนอแนะ	ความถี่
1	เน้นการดำเนินงานตามแนวทาง/แนวปฏิบัติตัวอย่างอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เช่นการทำ Hand Hygiene, contact precaution เป็นต้น	24
2	ต้องการการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ป้องกันเช่น PPE, เสื้อกาวน์, ห้องแยกโรค รวมถึงสนับสนุนด้านโครงสร้างอาคาร หรือพื้นที่ ที่จะช่วยลดความแออัดได้	21

ลำดับที่	ข้อเสนอแนะ	ความถี่
3	ต้องทำงานร่วมมือกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการเชื่อมโยงข้อมูลกันรวมถึงครอบคลุมระบบส่งต่อผู้ป่วยด้วย	18
4	ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของงาน IPC	12
5	มีระบบการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	10
6	จัดอบรม ประชุมวิชาการ ให้ความรู้และนโยบายการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติงานอยู่เสมอ รวมถึงมีระบบรพ.พี่เลี้ยงคอยที่เป็นที่ปรึกษา	9
7	ควรเพิ่มอัตรากำลัง ICN ให้เพียงพอกับภาระงาน	9

ตัวอย่างข้อเสนอแนะด้าน Infection Prevention and Control

“เน้นการปฏิบัติที่เป็นพื้นฐานของการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อได้แก่ การล้างมือให้ทำอย่างเป็นนิสัย”

“มาตรการ IPC ช่วยลดปัญหาการติดเชื้อได้ หากบุคลากรมีความเคร่งครัดและตระหนัก เช่น hand hygiene”

“ปัจจุบันบุคลากรมีความรู้ด้านการควบคุมเชื้อ และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจึงต้องมีการกระตุ้นและติดตามระบบควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงการให้ความรู้เพิ่มเติม และพยายามสะท้อนปัญหา รวมทั้งความรุนแรงของปัญหา เพื่อให้เกิดความตระหนัก”

“ปฏิบัติตามแนวทาง IC และเพิ่มความเข้มงวดมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันมีเรื่อง เชื้อดื้อยาบ่อยมาก และรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ”

“งาน IPC เป็นงานที่ดำเนินการอยู่แล้ว แต่อาจมีข้อจำกัดในด้านอาคาร สถานที่ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ยังไม่ครบถ้วน จึงต้องการการสนับสนุนในสายนี้”

จากความเห็นเหล่านี้สะท้อนว่า งานด้าน Infection Prevention and Control ส่วนใหญ่เห็นว่าควรเน้นการดำเนินงานตามแนวทางหรือแนวปฏิบัติอย่างจริงจังและทำอย่างต่อเนื่อง เช่นการทำ

Hand Hygieneและต้องการการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ป้องกันเช่น PPE, เสื้อกาวน์, ห้องแยกโรค รวมถึงสนับสนุนด้านโครงสร้างอาคาร หรือพื้นที่ ที่จะช่วยลดความแออัดได้

4.5.4 ข้อเสนอแนะด้าน Antimicrobial stewardship

ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงาน Antimicrobial stewardship ตามลำดับจากความถี่มากไปหาน้อย คือ อบรมให้ความรู้เรื่อง ASP แก่บุคลากร และควรมีหลักสูตรให้นักศึกษาแพทย์เรียน ทั้งนี้เพื่อสร้างความตระหนักและให้เห็นถึงความสำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ, มีการกำกับติดตามประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เช่นทำ DUE โดยนำข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบการพิจารณาร่วมกัน โดยที่ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญและให้เป็นนโยบาย, การทำงานเป็นทีม ร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีความสำคัญมากต่อการทำ ASP โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและเภสัชกรมีบทบาทมาก, ต้องการแนวทาง CPG คู่มือ ASP คู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล, ต้องการอัตรากำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ด้านโรคติดเชื้อ และเภสัชกร, และ การควบคุมกำกับการดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ทำให้ลดการดื้อยาของเชื้อได้ และผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการได้รับยาที่เหมาะสม ด้วย **ดังแสดงในตารางที่ 4.12**

ตารางที่ 4.12 ข้อเสนอแนะด้าน Antimicrobial stewardship

ลำดับที่	ข้อเสนอแนะ	ความถี่
1	อบรมให้ความรู้เรื่อง ASP แก่บุคลากร และควรมีหลักสูตรให้นักศึกษาแพทย์เรียน ทั้งนี้เพื่อสร้างความตระหนักและให้เห็นถึงความสำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ	38

2	มีการกำกับติดตามประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เช่น ทำ DUE โดยนำข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบการพิจารณาร่วมกัน โดยที่ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญและให้เป็นนโยบาย	35
3	การทำงานเป็นทีม ร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีความสำคัญมากต่อการทำ ASP โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและเภสัชกรมีบทบาทมาก	22
4	ต้องการแนวทาง CPG คู่มือ ASP คู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	18
5	ต้องการอัตรากำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ ID และเภสัชกร	12
6	เห็นด้วยกับการควบคุมกำกับการดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ทำให้ลดการดื้อยาของเชื้อได้ และผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการได้รับยาที่เหมาะสมด้วย	11

ตัวอย่างข้อเสนอแนะด้าน Antimicrobial stewardship

“บุคลากรในทีมมีความสำคัญในการขับเคลื่อนงาน หากทุกคนในทีมมีองค์ความรู้ที่ได้รับการ update เป็นประจำและได้องค์ความรู้มาปรับใช้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปในรูปแบบที่ง่ายและรวดเร็วขึ้น”

“จัดหลักสูตรการอบรม/เพิ่มพูนทักษะงาน Antimicrobial Stewardship จัดทำแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อแต่ละกลุ่มโรคที่เป็นมาตรฐานของประเทศ ที่จะสามารถนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล”

“ความสำเร็จของ ABO stewardship จะอยู่ที่นโยบายการสนับสนุน Backup ของผู้บริหาร รวมถึง ประเมินผล และ feedback ผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ ๆ”

จากความเห็นเหล่านี้สะท้อนว่า Antimicrobial stewardship ส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการอบรมให้ความรู้เรื่อง ASP แก่บุคลากร และควรมีหลักสูตรให้นักศึกษาแพทย์เรียน ทั้งนี้เพื่อสร้างความตระหนักและให้เห็นถึงความสำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และมีการกำกับติดตามประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เช่นทำ DUE โดยนำข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบการพิจารณาร่วมกัน โดยที่ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญและให้เป็นนโยบาย ตามลำดับ

4.5.5 ข้อเสนอแนะด้านอื่น ๆ

ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะเกี่ยวกับด้านอื่น ๆ ตามลำดับจากความถี่มากไปหาน้อย ดังนี้ ให้ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและวิธีปฏิบัติเพื่อช่วยลดการดื้อยา และสร้างความตระหนักรู้ต่อประชาชน, จัดการให้ครอบคลุมถึงสถานพยาบาลเอกชน คลินิก และร้านยา, มีหลักสูตรอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน รวมถึงควรบรรจุหลักสูตรในระดับชั้นการศึกษา, ควบคุมกำกับดูแลเป็นระบบสุขภาพหนึ่งเดียว, ส่วนกลางควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อให้มีการดำเนินงานได้ และมีแนวทางมาตรฐานที่สามารถนำมาใช้ในแต่ละโรงพยาบาลได้ ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ข้อเสนอแนะด้านอื่น ๆ

ลำดับที่	ข้อเสนอแนะ	ความถี่
1	ให้ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและวิธีปฏิบัติเพื่อช่วยลดการดื้อยา และสร้างความตระหนักรู้ต่อประชาชน	21
2	จัดการให้ครอบคลุมถึงสถานพยาบาลเอกชน คลินิก และร้านยา	19
3	มีหลักสูตรอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน รวมถึงควรบรรจุหลักสูตรในระดับชั้นการศึกษา	15
4	ควบคุมกำกับดูแลเป็นระบบสุขภาพหนึ่งเดียว	11
5	ส่วนกลางควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อให้มีการดำเนินงานได้	10
6	มีตัวชี้วัดการดำเนินงานที่ชัดเจนจากส่วนกลาง	8
7	มีแนวทางมาตรฐานที่สามารถนำมาใช้ในแต่ละโรงพยาบาลได้	6

ตัวอย่างข้อเสนอแนะด้านอื่น ๆ

“ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไม่เพียงแต่เฉพาะในโรงพยาบาลแต่ควรให้ความรู้ทุกฝ่ายที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการส่งเสริมและสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเพิ่มมากขึ้น เช่น ความรู้เกี่ยวกับ Hand Hygiene เป็นต้น”

“การจัดการซื้อตัวยาต้านจุลชีพ ควรทำแบบรอบด้านครบวงจร ไม่เฉพาะแต่ใน รพ.ของรัฐ
กล่าวคือต้องจัดการใส่ส่วนของ รพ.เอกชน คลินิก สถานพยาบาล และร้านขายยา”

จากความเห็นเหล่านี้สะท้อนว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่า ควรให้ความรู้เรื่องซื้อตัวยาและวิธีปฏิบัติตนและสร้างความตระหนักและวิธีปฏิบัติต่อประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ควรจัดการให้ครอบคลุมถึงสถานพยาบาลเอกชน คลินิก และร้านยา

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง การสำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย การรับรู้และการนำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการประเมินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทยต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม ส่งไปยังโรงพยาบาลในประเทศไทยระหว่างเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2562

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 67.1 โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 67.29 และอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 36.3

ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 และเพศชาย ร้อยละ 26.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.28 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.2 ประกอบวิชาชีพเภสัชกร ร้อยละ 63.9 และดำรงตำแหน่งไม่ใช่ผู้บริหารแต่รับผิดชอบงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 72.4 ระยะเวลาดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 9.1 ปี

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อนำมาประเมินการรับรู้การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย นำมาสรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาการรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ปัญหาระดับปานกลางในทุกประเด็น โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนของประเด็นมูลค่ายาต้านจุลชีพโดยรวมที่มีการใช้ในแต่ละปีสูงขึ้น และทางเลือกในการรักษาโรคติดเชื้อมีน้อยลงหรือจำกัดมากขึ้น อยู่ในระดับสูงที่สุด

5.1.2 การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2560 – 2564 ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษารับรู้แผนยุทธศาสตร์ฯ พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 77 รับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ และส่วนใหญ่รับรู้ในปี พ.ศ. 2561 สำหรับช่องทางการรับรู้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ผ่านทางทางเข้าร่วมอบรม/ประชุมมากที่สุด และรับรู้ผ่านทางสื่อออนไลน์เป็นลำดับรองลงมา ทั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษารับทราบความก้าวหน้าของแผนยุทธศาสตร์ฯ ที่ส่วนใหญ่รับรู้ทราบผ่านการเข้าร่วมประชุม/อบรมมากที่สุด และสื่อออนไลน์เป็นลำดับรองลงมา

5.1.3 การนำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ

ผลการศึกษานำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้จัก/เคยได้ยินกรอบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในสถานพยาบาล (IAM) โดยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในกรอบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในสถานพยาบาล (IAM) และโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งมากในการนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปปฏิบัติในโรงพยาบาลในประเด็นการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)

5.1.4 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล

จากข้อมูลสรุปข้อเสนอแนะที่จัดว่ามีความถี่มากที่สุดสองอันดับแรกในด้านต่างๆ ได้แก่

ก) ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะด้าน Governance mechanism

ส่วนใหญ่มีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะว่า 1) ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย AMR โดยกำหนดนโยบาย กำหนดเป้าหมาย รวมถึงกำกับติดตามการดำเนินงานในโรงพยาบาล และ 2) ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญของงาน AMR รวมถึงสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตามลำดับ

ข) ข้อเสนอแนะด้าน AMR Surveillance

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีข้อเสนอแนะว่า 1) มีความสำคัญมากในการนำข้อมูลมาวางแผนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ควรกำหนดให้เป็นนโยบายและดำเนินงานเป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถกำกับติดตามประเมินผลได้ และทำอย่างจริงจัง อาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย และ 2) ระบบเฝ้าระวังควรที่มีการเชื่อมโยงและบูรณาการกันโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยสนับสนุนตามลำดับ

ค) ข้อเสนอแนะด้าน Infection Prevention and Control

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีข้อเสนอแนะว่า 1) ควรเน้นการดำเนินงานตามแนวทางหรือแนวปฏิบัติอย่างจริงจังและทำอย่างต่อเนื่อง เช่นการทำ Hand Hygiene, Contact Precaution เป็น

ต้น และ 2) ต้องการการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ป้องกันเช่น PPE, เสื้อกาวน์, ห้องแยกโรค รวมถึงสนับสนุนด้านโครงสร้างอาคาร หรือพื้นที่ ที่จะช่วยลดความแออัดได้ ตามลำดับ

ง) ข้อเสนอแนะด้าน Antimicrobial stewardship

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีข้อเสนอแนะว่า 1) ควรมีการอบรมให้ความรู้เรื่อง ASP แก่บุคลากร และควรมีหลักสูตรให้นักศึกษาแพทย์เรียน ทั้งนี้เพื่อสร้างความตระหนักและให้เห็นถึงความสำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และ 2) มีการกำกับติดตามประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เช่นทำ DUE โดยนำข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบการพิจารณาร่วมกัน โดยที่ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญและให้เป็นนโยบาย ตามลำดับ

จ) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและวิธีปฏิบัติเพื่อช่วยลดการดื้อยา และสร้างความตระหนักรู้ต่อประชาชน และแนวทางการจัดการควรครอบคลุมถึงสถานพยาบาลเอกชน คลินิก และร้านยา ตามลำดับ

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบคำถามผลการศึกษาคำถามเป็นตำแหน่งที่ไม่ใช่ผู้บริหารโรงพยาบาลแต่รับผิดชอบงานด้าน AMR ร้อยละ 72.4 ผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้าน AMR ร้อยละ 20.9 และ ผู้อำนวยการ ร้อยละ 5.7 ตามลำดับ จากข้อมูลนี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่ดำเนินการจัดการด้าน AMR ส่วนใหญ่ เป็นระดับผู้ปฏิบัติการในโรงพยาบาล ดังนั้นการรับรู้ปัญหาหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ จึงสะท้อนจากระดับผู้ปฏิบัติการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีดังต่อไปนี้

5.2.1 การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 402 แห่งรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพระดับปานกลางในประเด็นมูลค่ายาต้านจุลชีพโดยรวมที่มีการใช้ในแต่ละปีสูงขึ้น และทางเลือกในการรักษาโรคติดเชื้อมีน้อยลงหรือจำกัดมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ปัญหาในทุกประเด็นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

5.2.2 การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2560 – 2564 ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.6 ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 ในปี พ.ศ. 2561 โดย โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 30 รับทราบผ่านช่องทางการเข้าร่วมอบรม/ประชุมมากที่สุด ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ปี พ.ศ. 2560 ก่อนหน้านั้น เป็นปีที่มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นทางการ จะเห็นได้จากการประชุมคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2560 เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 และครั้งที่ 2/2560 เมื่อ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 และปลายปีเดียวกัน ได้มีการเปิดตัวแผนยุทธศาสตร์ฯ “ประเทศไทยปักหมุด...

หยุดเชื้อด้วย” รวมถึงได้มีการลงนามในประกาศเจตนารมณ์เพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาร่วมกัน 25 องค์การ เมื่อวันที่ 21 และ 23 พฤศจิกายน ตามลำดับ ในการนี้จึงเป็นผลทำให้ปีถัดมามีการรับรู้ ความก้าวหน้าของแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นวงกว้าง สำหรับช่องทางการรับรู้แผนยุทธศาสตร์ ฯ ลำดับ รองลงมา พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับทราบผ่านช่องทางการเข้าร่วมอบรม/ประชุมมากที่สุด ร้อย ละ 68.7 ทั้งนี้พบว่ามีโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.7 ไม่รู้จักแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ดังกล่าวจะไม่ถูกนำมารายงานผลในหัวข้อถัดไป

5.2.3 การนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อ ยาต้านจุลชีพ

ในส่วนของการนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุล ชีพ พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่รับทราบแผนยุทธศาสตร์ฯ รับทราบกรอบการทำงานเพื่อจัดการ การแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management: IAM) มากกว่าร้อยละ 60 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจในกรอบ IAM เป็นอย่างดี

การนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติในโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง **ประเมินตนเอง** ว่ามีความเข้มแข็งด้าน IPC มาก รองลงมาคือการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาด และมีความเข้มแข็งระดับ ปานกลาง ในประเด็นการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ กลไกการบริหารระบบ และ Antimicrobial Stewardship Program เนื่องจากประเทศไทยมีการดำเนินการด้านการป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อ (IPC) มาอย่างยาวนาน

5.2.4 ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล กลุ่ม ตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสอบถามมีข้อเสนอแนะที่มีความถี่มากในแต่ละด้านต่อไปนี้

ก) ข้อเสนอแนะด้าน Governance mechanism ผู้ตอบแบบสอบถามเสนอแนะให้สร้างการมี ส่วนร่วมจากผู้บริหารโรงพยาบาล เนื่องจากผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย AMR โดย กำหนดนโยบาย เป้าหมาย รวมถึงกำกับติดตามการดำเนินงานในโรงพยาบาล จึงควรมีการจัดประชุม อบรมผู้บริหารเพื่อชี้แจงแผนยุทธศาสตร์และนโยบายเพื่อให้หากผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญของงาน AMR สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ข) ข้อเสนอแนะด้าน AMR Surveillance ผู้ตอบแบบสอบถามเสนอแนะให้นำข้อมูลมาวางแผน ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยกำหนดให้เป็นนโยบายและดำเนินงานเป็นรูปธรรมชัดเจน อาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ควรกำกับติดตามประเมินผลได้อย่างจริงจัง

ค) ข้อเสนอแนะด้าน Infection Prevention and Control ผู้ตอบแบบสอบถามเสนอแนะให้ มุ่งเน้นการดำเนินงานตามแนวทางหรือแนวปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งต้องสนับสนุน งบประมาณและอุปกรณ์ป้องกันอย่างเพียงพอ

ง) ข้อเสนอแนะด้าน Antimicrobial stewardship ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะการอบรมให้ความรู้เรื่อง ASP แก่บุคลากร และควรมีหลักสูตรให้นักศึกษาแพทย์เรียน ทั้งนี้เพื่อสร้างความตระหนักและให้เห็นถึงความสำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

จ) ข้อเสนอแนะด้านอื่น ๆ ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะการให้ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและวิธีปฏิบัติเพื่อช่วยลดการดื้อยาลง และสร้างความตระหนักสู่ต่อประชาชน และครอบคลุมถึงสถานพยาบาล เอกชน คลินิก และร้านยา

5.3 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

3.1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

3.1.1. คณะอนุกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการประเมินผลการประชาสัมพันธ์แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 รวมไปถึงผลขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ในระยะครึ่งแผนยุทธศาสตร์ (ปี พ.ศ.2560- เดือนสิงหาคม พ.ศ.2562)

3.1.2. คณะอนุกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาเป็นหนึ่งในข้อมูลประกอบการวางแผนแนวทางในการเผยแพร่แผนยุทธศาสตร์ รวมไปถึงแนวทางดำเนินการตามกรอบการทำงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลต่อไป

3.1.3. การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่แผนยุทธศาสตร์ผ่านการประชุมแล้ว การเผยแพร่ทางสื่อออนไลน์เป็นหนึ่งในช่องทางที่ทำให้บุคคลเข้าถึงง่าย หน่วยงานจึงควรสร้างช่องทางสื่อออนไลน์เพื่อประชาสัมพันธ์การดำเนินงานต่อไป

3.2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

3.2.1. การวิจัยในครั้งนี้ มุ่งเน้นไปที่การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ยังมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาล คือ คลินิก ร้านขายยา ดังนั้นจึงควรดำเนินการสำรวจความตระหนักของภาคส่วนอื่นๆที่อาจส่งผลต่อการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ต่อไป

3.2.2. การวิจัยนี้มุ่งเน้นไปที่การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม จากทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์ จึงควรดำเนินการสำรวจความตระหนักในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในยุทธศาสตร์อื่นๆต่อไป

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (มปป.). แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). การจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management: IAM), คณะอนุกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล, นนทบุรี.

- กุลดา พฤตวิวัฒน์และคณะ. (2560). การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(4), 10 – 33.
- กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561-2565. ค้นเมื่อกรกฎาคม 2562, จาก <https://phdb.moph.go.th>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี ๒๕๖๐. ค้นเมื่อกรกฎาคม 2562, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps
- คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ
 วิชาญ ชรรณลิขิตกุล. (2558). โครงการวิจัยและพัฒนาการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการโครงการวิจัยและพัฒนาการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2561, กันยายน). Addressing the threat of antibiotic resistance in Thailand: monitoring population knowledge and awareness WHO South-East Asia Journal of Public Health, 7(2), หน้าที่ 73 – 78.
- ประจวบ ทองเจริญและคณะ. (2558) ผลของการใช้กลวิธีหลากหลายต่อการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน. *พยาบาลสาร*, 42(1), 61 – 73.
- สุกัญญา ชิติวลัย. (2556). ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดราชบุรี. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2560, 13 กรกฎาคม). *วาระการประชุมคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติครั้งที่ 1/2560 เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2560 / และแผนยุทธศาสตร์ฯ. นนทบุรี:*
- เอกสารนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2560 วันที่ 13 กรกฎาคม 2560. กรุงเทพมหานคร.
- เอกสารนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการลดผลกระทบจากเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล ครั้งที่ 1/2561 วันที่ 16 กรกฎาคม 2561. นนทบุรี.
- เอกสารนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการลดผลกระทบจากเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 4 ธันวาคม 2561. นนทบุรี.
- เอกสารนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2561 วันที่ 14 ธันวาคม 2561. กรุงเทพมหานคร.
- Bulgurcu, B., Cavusoglu, H., & Benbasat, I. (2010). Information security policy compliance: an empirical study of rationality- based beliefs and information security awareness. *MIS quarterly*, 34(3), 523-548.

- Fishbein, M. , & Ajzen, I. (1980). Predicting and understanding consumer behavior: Attitude-behavior correspondence. *Understanding attitudes and predicting social behavior*, 148-172.
- Knapp, K. J., & Ferrante, C. J. (2012). Policy awareness, enforcement and maintenance: Critical to information security effectiveness in organizations. *Journal of Management Policy and Practice*, 13 (5), 66-80.
- Knech, D., Crutchfield, R.S. & Ballachey, E.L.(1962). *Individual in society*. Newyork: Mc Graw-Hill.Inc.
- Lakbala, P. , & Lakbala, M. (2013) . Knowledge, attitude and practice of hospital staff management. *Waste Management & Research*, 31(7), 729-732.
- Mcllfatrick, S. , Hasson, F. , McLaughlin, D. , Johnston, G. , Roulston, A. , Rutherford, L. , . . . & Kernohan, W. G. (2013). Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland. *BMC palliative care*, 12(1), 34.
- Schiffman, L. G., Kanuk, L. L., & Wisenblit, J. (2000). *Consumer behavior*. Upper Saddle River, NJ.
- Tjora, A. H., & Scambler, G. (2009). Square pegs in round holes: Information systems, hospitals and the significance of contextual awareness. *Social science & medicine*, 68 (3), 519-525.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ

รายชื่อ	ตำแหน่งงาน	หน่วยงาน
นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	ที่ปรึกษา	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ภญ.นภวรรณ เจนใจ	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ชำนาญการพิเศษ. กลุ่ม พัฒนาคุณภาพและ วิชาการ	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
ภญ.ดร.นิธิตา สุ่ม ประดิษฐ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ งานวิจัยพัฒนาระบบ กลุ่ม พัฒนาระบบ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ภาคผนวก ข
แบบประเมินผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม

แบบประเมินผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง:แบบประเมินความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม เรื่อง **สำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560- 2564** ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อคำถาม มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการสำรวจซึ่งจะทำการประเมินความเที่ยงตรงโดยได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเที่ยงตรงดังนี้

- 1= คำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
- 0 = ไม่แน่ใจว่าคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
- 1 = คำถามไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

โปรดเขียนเครื่องหมาย \surd ลงในช่องระดับความคิดเห็นของท่านว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องหรือถูกต้องเพียงใด

ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ผลการพิจารณา			ข้อเสนอแนะ
	1	2	3	
1. เพื่อทราบข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม				
1.1. โรงพยาบาลของท่านสังกัดอยู่หน่วยงานใด	1	1	1	
1.2. จังหวัด และอำเภอ	1	1	1	
1.3. จำนวนเตียง	1	1	1	
1.4. ตำแหน่ง	1	1	1	
1.5. อายุ	1	1	1	
1.6. เพศ	1	1	1	
1.7. วิชาชีพ	1	1	1	
1.8. ระดับการศึกษาสูงสุด	1	1	1	
1.9. ท่านทำงานในตำแหน่งปัจจุบันมาแล้วเป็นระยะเวลา. ปี	1	1	1	
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหาการติดยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย ข้อคำถาม ท่านคิดว่าประเด็นปัญหาเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลของท่านต่อไปนี้มีความสำคัญมากน้อยเพียงใด คนที่ 2: (คำถามส่วนที่ 2 นี้ให้ย้ายไปเป็นส่วนที่ 3 ตามหลังการรับรู้เรื่องแผนยุทธศาสตร์ และคิดว่าคำถาม 2.1-2.6 ยังไม่ครอบคลุม จึงขอเสนอประเด็นเพื่อตั้งคำถาม ดังนี้)				

ข้อความคำถามในแบบสอบถาม	ผลการพิจารณา			ข้อเสนอแนะ
	1	2	3	
<ul style="list-style-type: none"> จากประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วย ท่านประเมินความรุนแรงของสถานการณ์เชื้อดื้อยาใน รพ. มากน้อยอย่างไร ปัญหาเชื้อดื้อยา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ รพ. อย่างไร รพ. มีระบบการติดตามสถานการณ์เชื้อดื้อยาอย่างจริงจัง และสม่ำเสมออย่างไร ความรู้ความเข้าใจ ความสนใจ และความร่วมมือจากบุคลากรของ รพ. มากน้อยอย่างไร (แยกเป็นผู้บริหาร แพทย์ เภสัชกร พยาบาล จนท.ห้องปฏิบัติการ ผลลัพธ์ของการลดปัญหาเชื้อดื้อยาโดยรวมของ รพ. ที่ผ่านมา เป็นอย่างไร จุดอ่อนที่สำคัญของการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาของ รพ. (ใน 4 ระบบ) 				
2.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ (AMR)	1	0	1	
2.2 แพทย์มีการสั่งใช้ยาด้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น เช่นการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งทำให้กระตุ้นการเกิดเชื้อดื้อยาได้	1	1	1	คนที่ 2: จุดอ่อน
2.3 ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นจากการติดเชื้อดื้อยาอันเนื่องมาจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น	1	1	1	คนที่ 1: อันเนื่องมาจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เป็น เป็นสาเหตุหนึ่ง คนที่ 2: ผลกระทบ
2.4 มูลค่ายาด้านจุลชีพรวมที่มีการใช้ในแต่ละปีสูงขึ้น	1	1	1	คนที่ 2: ผลกระทบ
2.5 พบเชื้อก่อโรคดื้อยาหลายขนาน ทำให้ทางเลือกการรักษาน้อยลงหรือจำกัด	1	1	1	คนที่ 2: ผลกระทบ
2.6 ศักยภาพของห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยาในการตรวจเชื้อดื้อยา	0	1	1	คนที่ 1: คำถามไม่ชัด คนที่ 2: จุดอ่อน
3. เพื่อศึกษาการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ของโรงพยาบาลในประเทศไทย				
3.1 ท่านเคยได้ยินหรือทราบเกี่ยวกับ“แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564”หรือไม่	1	1	1	

ข้อความคำถามในแบบสอบถาม	ผลการพิจารณา			ข้อเสนอแนะ
	1	2	3	
3.2 ท่านเคยได้ยิน/รับทราบเกี่ยวกับ“แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564”เมื่อปีใด	1	1	1	
3.3 ท่านรู้จัก “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564” จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1	1	1	
3.4 ท่านทราบความก้าวหน้าของการดำเนินการตาม“แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564” ผ่านทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1	0	1	คนที่ 2: ควรเปลี่ยนประเด็นเป็นความเข้าใจต่อ ‘มูลเหตุและความมุ่งหมาย’ ของแผนยุทธศาสตร์
4. เพื่อศึกษาการนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล				
4.1 ท่านรู้จักหรือเคยได้ยินกรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management: IAM) หรือไม่	1	1	1	คนที่ 2: ชุดที่ 2
4.2. โรงพยาบาลของท่านได้นำกรอบการทำงาน IAM ไปใช้ในการแก้ไขปัญหา AMR มากน้อยเพียงใด	1	-1	1	คนที่ 2: คำถามกว้างเกินไปไม่เจาะจง
4.3 ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานในด้านต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด 4.3.1) กลไกการบริหารระบบ (Governance mechanism)ในการดำเนินงาน IAM คำอธิบาย : กลไกบริหารระบบ ทำหน้าที่เป็นศูนย์บัญชาการในการกำหนดนโยบายวางแผนยุทธศาสตร์ อำนาจการ และกำกับทิศของการทำงานในการแก้ไขปัญหา AMR ของโรงพยาบาลเช่น คณะทำงาน/คณะกรรมการ	1	-1	1	คนที่ 2: ปรับแก้เป็นชุดที่ 1 เช่น - มีนโยบายของ รพ./ผู้บริหาร หรือไม่ - การจัดการอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ คกก. ใด - มีระบบติดตามสถานการณ์ กำกับผลการดำเนินงาน (M&E) อย่างไร - ผู้บริหารให้ความสำคัญอย่างไร

ข้อความคำถามในแบบสอบถาม	ผลการพิจารณา			ข้อเสนอแนะ
	1	2	3	
<p>4.3.2) การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR Surveillance)</p> <p>คำอธิบาย: การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ประกอบด้วย 2 ประเภทหลัก คือ การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ และการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาดวิทยา</p>	-1	-1	1	<p>คนที่ 1: คำถามไม่น่าถูกต้อง</p> <p>คนที่ 2: ข้อมูลเชื้อดื้อยาจาก lab นอกจากการรักษาผู้ป่วยเฉพาะรายแล้ว มีการนำไปประเมินสถานการณ์เชื้อดื้อยาอย่างไร</p> <p>- การวิเคราะห์สถานการณ์เชิงระบาดวิทยา มีหรือไม่</p>
<p>4.3.3) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Prevention and Control)</p> <p>คำอธิบาย: งาน IPC เพื่อลดการแพร่กระจายและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล</p>	1	-1	1	<p>คนที่ 2: ความจริงจิงของการปฏิบัติ IPC และ Hygiene</p> <p>- ประสิทธิภาพกับภาระงาน</p>
<p>4.3.4) Antimicrobial stewardship</p> <p>คำอธิบาย: การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เพื่อลดโอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยา เช่น มีระบบหรือกลไกที่ควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล</p>	1	-1	1	<p>คนที่ 1: คำอธิบายนี้ใช้ reference จากไหน น่าจะลองดูจากแหล่งอื่นด้วย</p> <p>คนที่ 2 พฤติกรรมสั่งใช้ยาของแพทย์ มีความเหมาะสมเพียงใด</p> <p>- ระบบหรือกลไกกำกับดูแลการใช้ยาฯ มีประสิทธิภาพเพียงใด</p>
<p>4.4 โปรดทำเครื่องหมายถูกหลังข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องเพียงคำตอบเดียว</p> <p>4.4.1) กรอบการทำงานระดับโรงพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management: IAM) ประกอบด้วย 3 หลักการสำคัญ คือ นโยบายบูรณาการทุกฝ่ายภายในโรงพยาบาล ด้วยรูปแบบ Integrated AMR Management (IAM), ภาวะผู้นำ และการตั้งเป้าหมายของโรงพยาบาล</p>	1	1	1	<p>คนที่ 2: ชุด ๒ ความคิดเห็น</p> <p>4.4.1 เน้นหลักการสำคัญ ๓ ประการ</p>
<p>4.4.2) การดำเนินการป้องกันและควบคุม</p>	0	1	1	<p>คนที่ 1: 4.4.1 และ 4.4.2 คล้ายกัน</p>

ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ผลการพิจารณา			ข้อเสนอแนะ
	1	2	3	
การติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC) เพียงอย่างเดียวสามารถควบคุมปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพได้				คำถามที่ 2 อาจไม่มีความสามารถในการวัด
4.4.3) AMR เป็นงานระดับนโยบาย (Policy level) ทำงานแบบมี Strategic direction (กำหนดทิศทาง, กลยุทธ์ วางแผนในการดำเนินงาน)	0	1	1	คนที่ 1: คำถามค่อนข้างงง
4.4.4) การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทำให้ได้ข้อมูล 3 ชนิดคือ Antibiogram, ข้อมูล susceptibility ของเชื้อดื้อยา และ ข้อมูล Unusual AMR (ข้อมูลเชื้อดื้อยาที่ไม่เคยพบในโรงพยาบาลมาก่อน)	1	1	1	
4.4.5) การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ อย่างเหมาะสม เช่น Drug Use Evaluation: DUE สามารถลดโอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาได้	1	1	1	
4.4.6) การดำเนินงาน IAM มีเป้าหมายเพื่อลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา	1	-1	1	คนที่ 2: ข้อนี้ไม่ต้องถามก็ได้
4.4.7) การดำเนินงาน IAM ก่อให้เกิดรายจ่าย เช่น ค่าอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการและในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	1	0	1	
5. เพื่อได้ข้อเสนอแนะแนวทาง เพื่อนำไปประเมินการขับเคลื่อนการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทย				
ท่านมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการขับเคลื่อน “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2560 - 2564” อย่างไร โปรดระบุ	1	0	1	

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม เรื่อง “สำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย”

คำชี้แจงแบบสอบถาม เรื่อง “สำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย”

การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) เป็นวิกฤตร่วมของทุกประเทศทั่วโลก ที่ประเทศไทยประเทศหนึ่งไม่สามารถแก้ไขได้โดยลำพัง และเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคน สัตว์ พืช และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในวงกว้าง ดังนั้น การแก้ปัญหาดังกล่าว ต้องมีการดำเนินการทั้งระดับโลกและระดับประเทศไปพร้อมกัน สำหรับการแก้ปัญหา AMR ระดับประเทศ คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 เป็นยุทธศาสตร์แห่งชาติ เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2559 เน้นการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมจากหน่วยงานทุกภาคส่วน เพื่อแก้ไขปัญหา AMR ร่วมกันภายใต้สุขภาพหนึ่งเดียว

ในการวัดผลการดำเนินงานเบื้องต้นกับโรงพยาบาลในฐานะองค์กรที่ทำหน้าที่จัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทยโดยตรง จำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาการรับรู้การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทยเพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทยต่อไป อันจะเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนให้ระบบสาธารณสุขประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายของการลดการป่วยการตาย และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ อันนำไปสู่การลดต้นทุนด้านสุขภาพของประเทศที่เกิดจากเชื้อดื้อยาต่อไป

การสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพและแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ของโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายในโรงพยาบาลของท่าน

ส่วนที่ 3 การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564

ส่วนที่ 4 การนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ

ทั้งนี้ ขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านการจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลของท่านโดยเฉพาะเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามนี้ ไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง การเข้าร่วมตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ท่านเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลต่อท่านหรือหน่วยงานของท่าน คำตอบที่ได้และข้อมูลจำเพาะส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการศึกษา หรือนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

หากมีคำถามหรือข้อสงสัย ท่านสามารถติดต่อภญ.รฐา เบญจพลานนท์ email: raththar.b@gmail.com หรือภญ.นันทิยา สมเจตนากุล email: nuntiya.sjkl@gmail.com สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์/โทรสาร 02-590-7172 ทั้งนี้ คณะผู้ทำงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการสำรวจครั้งนี้ และขอขอบคุณอย่างสูงล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

หมายเหตุ: ขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านการจัดการปัญหาการต่อต้านจุลชีพในโรงพยาบาลของท่านโดยเฉพาะเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลและผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

1. โรงพยาบาลของท่านสังกัดอยู่หน่วยงานใด

<input type="checkbox"/> 1.สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 2.โรงพยาบาลชุมชน โปรดระบุ..... M2 /F1/ F2/ F3	
<input type="checkbox"/> 3.โรงพยาบาลศูนย์ (A)	<input type="checkbox"/> 4.โรงพยาบาลทั่วไป โปรดระบุ.....S/ M1	
<input type="checkbox"/> 5.กรมการแพทย์	<input type="checkbox"/> 6.กรมควบคุมโรค	<input type="checkbox"/> 7.กระทรวงกลาโหม
<input type="checkbox"/> 8.สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	<input type="checkbox"/> 9.กรุงเทพมหานคร	<input type="checkbox"/> 10.กระทรวงอุดมศึกษาฯ
<input type="checkbox"/> 11.เอกชน	<input type="checkbox"/> 12.อื่น ๆ โปรดระบุ	
2. อำเภอ..... จังหวัด.....
3. จำนวนเตียง.....เตียง
4. ตำแหน่งของท่าน 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

<input type="checkbox"/> 2. ผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> 3. ไม่ใช่ผู้บริหารแต่รับผิดชอบงานด้านเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (โปรดระบุ).....
5. อายุ.....ปี
6. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
7. วิชาชีพ 1.แพทย์ 2.เภสัชกร 3.พยาบาล 4.อื่น ๆ โปรดระบุ.....
8. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1.ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 2.ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> 3.ปริญญาเอก	<input type="checkbox"/> 4.อื่น ๆ โปรดระบุ.....
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---
9. ท่านทำงานในตำแหน่งปัจจุบันมาแล้วเป็นระยะเวลา.....ปี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ภายในโรงพยาบาลของท่าน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลของท่านต่อไปนี้ ท่านตระหนักถึงความสำคัญมากน้อยเพียงใด

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	น้อยมาก (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1	บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเชื้อดื้อยา					
2	การสั่งใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น					
3	คำรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นจากการติดเชื้อดื้อยอันเนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น					
4	มูลค่ายาต้านจุลชีพโดยรวมที่มีการใช้ในแต่ละปีสูงขึ้น					
5	พบเชื้อก่อโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug Resistant Organisms-MDROs)					
6	ทางเลือกการรักษาโรคติดเชื้อมีน้อยลงหรือจำกัดมากขึ้น					
7	ขาดสมรรถนะการตรวจและการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการ					

ส่วนที่ 3 การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564



โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

1. ท่านเคยได้ยิน/รับทราบเกี่ยวกับ “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564” หรือไม่

1. รับทราบ 2. ไม่มั่นใจ 3. ไม่รู้จัก (ข้ามไปส่วนที่ 4)

2. ท่านเคยได้ยิน/รับทราบเกี่ยวกับ “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564” เมื่อปีใด

1. ก่อน พ.ศ.2560 2. พ.ศ.2560 3. พ.ศ.2561 4. พ.ศ.2562

3. ท่านรู้จัก “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564” จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. จากการเข้าร่วมอบรม/ประชุม 2. สื่อออนไลน์
 3. ได้รับการบอกกล่าวจากเพื่อนร่วมงาน/คนรู้จัก 4. อื่น ๆ โปรดระบุ
.....

4. ท่านทราบความก้าวหน้าของการดำเนินการตาม “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564” ผ่านทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. หน่วยงานต้นสังกัด 2. จากการเข้าร่วมประชุม/อบรม
 3. เพื่อนร่วมงาน 4. สื่อออนไลน์ เช่น อีเมลล์ เฟซบุ๊ก ไลน์
 5. หนังสือราชการ 6. อื่น ๆ โปรดระบุ
.....

ส่วนที่ 4 การนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อจัดการการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพใน โรงพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

1. ท่านรู้จักหรือเคยได้ยินกรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management: IAM) หรือไม่

1. รู้จัก/เคยได้ยิน 2. ไม่แน่ใจ 3. ไม่รู้จัก (ข้ามไปส่วนที่ 5)

2. โรงพยาบาลของท่านได้นำกรอบการทำงาน IAM ไปใช้ในการแก้ไขปัญหา AMR มากน้อยเพียงใด

1.มากที่สุด 2.มาก 3.ปานกลาง 4.น้อย 5.น้อยที่สุด 6.ไม่แน่ใจ (ข้ามไปส่วนที่ 5)

3.ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานในด้านต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดกรอกตัวเลขลงในช่อง โดย 0 คือ ไม่มีความเข้มแข็งเลย ถึง 10 คือมีความเข้มแข็งมากที่สุด

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	0 - 10
3.1	<u>กลไกการบริหารระบบ (Governance mechanism) ในการดำเนินงาน IAM</u> คำอธิบาย : กลไกบริหารระบบ ทำหน้าที่เป็นศูนย์บัญชาการในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ อำนวยการ และกำกับทิศของการทำงานในการแก้ไขปัญหา AMR ของโรงพยาบาล โดยมีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลเป็นประธานของคณะกรรมการ โดยใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลมากำหนดเป้าหมายของโรงพยาบาล รวมถึงติดตามและกำกับทิศการทำงาน	
3.2	<u>เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR Surveillance)</u> คำอธิบาย: การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ประกอบด้วย 2 ประเภทหลัก คือ การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ และการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาดวิทยา	
	3.2.1 การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ เป็นประโยชน์ต่องาน Antimicrobial Stewardship เนื่องจากทำให้ได้ข้อมูล 3 ชนิดคือ ข้อมูล Antibigram, ข้อมูล Susceptibility test ของเชื้อดื้อยา และข้อมูล Unusual AMR ที่ไม่เคยพบในรพ.มาก่อน	
	3.2.2 การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาดวิทยา เป็นประโยชน์ก่อนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC) เช่น การเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การเฝ้าระวังแบบค้นหาผู้ป่วย และการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่สำคัญ	
3.3	<u>การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Prevention and Control)</u> คำอธิบาย: งาน IPC เพื่อลดการแพร่กระจายและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล และมาตรการมีหลายด้าน เช่น Hand Hygiene การทำ Contact precautions การเฝ้าระวังแบบ Active surveillance เป็นต้น รวมถึงการนำสถานการณ์เชิงระบาดวิทยาของ AMR ในโรงพยาบาลมาประกอบการพิจารณา	
3.4	<u>การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม (Antimicrobial stewardship)</u> คำอธิบาย: เพื่อลดโอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยา หลักการคือการมีระบบหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล เช่น การวิเคราะห์ความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อเลือกมาตรการที่เหมาะสม เช่น Preauthorization, Concurrent audit เป็นต้น รวมทั้งมีการนำข้อมูล	

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	0 - 10
3.1	<u>กลไกการบริหารระบบ (Governance mechanism) ในการดำเนินงาน IAM</u> คำอธิบาย : กลไกบริหารระบบ ทำหน้าที่เป็นศูนย์บัญชาการในการกำหนดนโยบาย วางยุทธศาสตร์ อำนวยการ และกำกับทิศของการทำงานในการแก้ไขปัญหา AMR ของโรงพยาบาล โดยมีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลเป็นประธานของคณะกรรมการ โดยใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลมากำหนดเป้าหมายของโรงพยาบาล รวมถึงติดตามและกำกับทิศการทำงาน	
3.2	<u>เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR Surveillance)</u> คำอธิบาย: การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ประกอบด้วย 2 ประเภทหลัก คือ การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ และการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาดวิทยา	
	3.2.1 การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ เป็นประโยชน์ต่องาน Antimicrobial Stewardship เนื่องจากทำให้ได้ข้อมูล 3 ชนิดคือ ข้อมูล Antibigram, ข้อมูล Susceptibility test ของเชื้อดื้อยา และข้อมูล Unusual AMR ที่ไม่เคยพบในรพ.มาก่อน	
	3.2.2 การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาดวิทยา เป็นประโยชน์ก่อนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC) เช่น การเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การเฝ้าระวังแบบค้นหาผู้ป่วย และการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่สำคัญ	
	ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพและอัตราเชื้อดื้อยามาวิเคราะห์ติดตามการดำเนินงาน	

4. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	ไม่ทราบ (1)	ผิด (2)	ถูก (3)
1	กรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ อย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management: IAM) ประกอบด้วย 3 หลักการสำคัญ คือ นโยบายบูรณาการทุกฝ่ายภายในโรงพยาบาลด้วยรูปแบบ Integrated AMR Management (IAM), ภาวะผู้นำ และการตั้งเป้าหมายของโรงพยาบาล			
2.	การจัดการปัญหา AMR ด้วยฐานเชิงจิตวิทยาการเป็นหลัก ไม่จำเป็นต้องอาศัยการจัดการที่เป็นฐานคิดเชิงระบบ			

3.	การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC) เพียงอย่างเดียวสามารถควบคุมปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพได้			
4.	AMR เป็นงานระดับนโยบาย (Policy level) ทำงานแบบมี Strategic direction คือมีการกำหนดทิศทาง, กลยุทธ์ วางแผนในการดำเนินงาน			
5.	การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ได้ข้อมูล 3 ชนิดคือ Antibiogram, ข้อมูล susceptibility ของเชื้อดื้อยา และ ข้อมูล Unusual AMR			
6.	การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เช่น Drug Use Evaluation: DUE สามารถลดโอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาได้			
7.	การดำเนินงานจัดการ AMR เป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า เพราะก่อให้เกิดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น เช่น ค่าอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการและในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ			

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ

ท่านมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการขับเคลื่อนการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลในประเทศไทยตาม “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2560 - 2564” ในแต่ละด้านอย่างไร

5.1) Governance mechanism

.....

.....

.....

5.2) AMR Surveillance

.....

.....

.....

5.3) Infection Prevention and Control

.....

.....

.....

5.4) Antimicrobial stewardship

.....
.....
.....

5.5) อื่น ๆ

.....
.....
.....

ขอขอบพระคุณที่ตอบแบบสอบถาม

กรุณาส่งแบบสอบถามกลับมายัง งานวิจัยและพัฒนาระบบ กลุ่มพัฒนาระบบ สำนักยา สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/24 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัด
นนทบุรี 11000 โทรศัพท์/โทรสาร 02-590-7172 หรือผ่านทาง email raththar.b@gmail.com /
nuntiya.sjkl@gmail.com **ภายในวันที่ 20 สิงหาคม 2562**