

ความคิดเห็นของบุคลากรการแพทยงาน RDU จังหวัดพิษณุโลกต่อการรายงาน
ข้อมูลตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด

**Opinions of medical personnel about RDU in Phitsanulok province on
reporting data indication of antibiotic use in fresh traumatic wounds**

แสงสุดา เพ็งคุ้ม¹, อรรถวิทย์ สมศิริ²,

แสงหล้า พลนออก³ และ อัษฎางค์ พลนออก^{4*}

^{1,2,4}มหาวิทยาลัยนเรศวร, ³มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

**Sangsuda Pengkum¹, Atawit Somsiri²,
Sanglar Polnok³ and Assadang Polnok⁴**

^{1,2,4}Naresuan University, Thailand

³Nursing Dhonburi Rajabhat University, Thailand

Corresponding Author, E-mail: assadangp@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเห็นบุคลากรการแพทย์เกี่ยวกับการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของกระทรวงสาธารณสุข เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ สัมภาษณ์ความเห็นของบุคลากรการแพทยงาน RDU จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 25 คน แบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหาเชิงความคิดเห็น (Content analysis) แบบสร้างข้อสรุป ผลวิจัยพบว่า ความเห็นบุคลากรการแพทย์เกี่ยวกับการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของกระทรวงสาธารณสุข 1. ประเด็นการรายงานติดตามข้อมูลตัวชี้วัดจาก HDC ง่ายสะดวกรวดเร็ว อย่างไรก็ตามควรพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ โดย HDC ควรแยกรหัส ICD10 เป็น 4 กลุ่ม ตามแนวทาง CPG จะได้ข้อมูลที่แยกกลุ่มแสดงความสมเหตุผลการสั่งใช้ยาได้ชัดเจน 2. ประเด็นความเห็นต่อเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุไม่เกินร้อยละ 50 นั้น มีความเหมาะสม แต่อาจทบทวนปรับเกณฑ์การผ่านให้เหมาะกับบริบทโรงพยาบาล 3. ประเด็นการดำเนินงาน RDU พบว่าปัญหาอุปสรรค คือ การสั่งยาของแพทย์ ความเข้าใจนโยบาย การให้ความสำคัญ การรับรู้ข้อมูลความสมเหตุผลการสั่งใช้ยา ข้อมูลการติดเชื้อ ทั้งนี้ ข้อเสนอการแก้ปัญหา คือ ควรมีการอบรมสร้างความเข้าใจพื้นฐานด้าน RDU ให้แพทย์และบุคลากรการแพทย์จบใหม่ก่อนปฏิบัติงานจริง สรุปว่า การรายงานข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของกระทรวงสาธารณสุขไม่เหมาะสมเพียงพอที่จะแสดงความสมเหตุผลการสั่งใช้ยา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรายงานข้อมูลตัวชี้วัด ควรนำผลสรุปที่ได้จากงานวิจัยมาปรับใช้เพื่อให้ตัวชี้วัดสามารถสะท้อนผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลได้อย่างแท้จริงต่อไป

* วันที่รับบทความ: 19 กันยายน 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 14 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับบทความ: 15 พฤศจิกายน 2566

คำสำคัญ: บาดแผลสด; การใช้ยาปฏิชีวนะ; การใช้ยาอย่างสมเหตุผล; ตัวชี้วัด

Abstracts

The objective of this research was to study the opinions of medical personnel regarding the reporting of antibiotic usage indicators for fresh traumatic wound injuries resulting from accidents under the Ministry of Public Health. This qualitative research used an interview that has been verified by experts involved interviews with medical personnel from the Rational Drug Use (RDU) of 25 personnel in Phitsanulok province. In content analysis the opinions of RDU medical personnel in Phitsanulok province on reporting data indication of antibiotic use in fresh traumatic wounds. The data were analyzed to draw the following conclusions:

Reporting indicators from the Health Data Center (HDC) are perceived as easy, convenient, and fast. However, there is a need for improvements to enhance efficiency. HDC should categorize ICD-10 codes into four groups following Clinical Practice Guidelines (CPG) to provide clear and categorized data that explain the rationale for antibiotic prescriptions.

Opinions on the target criteria for antibiotic usage in fresh wound injuries from accidents not exceeding 50% were considered appropriate. However, these criteria may need revision to better suit the hospital context.

The RDU operations faced challenges, including issues related to physician prescribing practices, understanding policies, prioritizing tasks, and comprehending the rationale behind antibiotic prescriptions and infection data. To address these issues, it is recommended that basic training and understanding of RDU be provided to newly graduated physicians and medical personnel before they begin their professional practice.

In summary, the current reporting of antibiotic usage indicators for fresh wound injuries from accidents under the Ministry of Public Health is deemed insufficient in reflecting the rationale behind antibiotic prescriptions. Relevant agencies responsible for data reporting should consider incorporating the findings of this research to ensure that the indicators can more accurately reflect the logical reasoning behind antibiotic usage in the future.

Keywords: Fresh traumatic wound; Antibiotic use; Rational drug use; Indication

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดหลักและระดับเป้าหมายสำหรับโรงพยาบาลเพื่อประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use, RDU) จำนวนรวม 12 ตัวชี้วัด โดยมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับยาปฏิชีวนะ ทั้งหมด 4 ตัวชี้วัด ดังแสดงในตารางที่ 1 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564 : 170-171)

ตารางที่ 1 Rational drug use indication on antibiotics

	Indicator	Criteria
	Upper respiratory tract infection and Acute Bronchitis	≤ 20%
	Acute diarrhea	≤ 20%
	Fresh traumatic wound	≤ 50%
	Normal labor	≤ 15%

การใชยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการสั่งจ่ายยาสมเหตุผล ทั้งนี้ บาดแผลสด (Fresh traumatic wound, FTW) หมายถึง บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายใน 6 ชั่วโมงก่อนได้รับการรักษา (คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใชยาอย่างสมเหตุผล, 2558: 91-93) โดยกำหนดเป้าหมายให้การใชยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากเดิมไม่เกินร้อยละ 40 เป็นไม่เกินร้อยละ 50 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564: 170-171) ตามคู่มือการดำเนินงานโครงการใชยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งได้แบ่งประเภทบาดแผลสด (FTW) ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 บาดแผลสะอาดที่ไม่ควรใชยาปฏิชีวนะ กลุ่มที่ 2 บาดแผลที่มีโอกาสติดเชื้อและควรใชยาปฏิชีวนะ กลุ่มที่ 3 บาดแผลที่มีสิ่งปนเปื้อนและควรใชยาปฏิชีวนะ และกลุ่มที่ 4 บาดแผลอื่นๆ ที่ไม่แนะนำให้ใชยาปฏิชีวนะหากที่บาดแผลแต่ให้ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือหรือยาทำลายเชื้อ (คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใชยาอย่างสมเหตุผล, 2558: 91-93)

อย่างไรก็ตามพบว่าแม้จะมีการปฏิบัติตามแนวทางการใชยาปฏิชีวนะ แต่อัตราการใชยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยบาดแผลสดของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิษณุโลกยังคงมีโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ แม้ว่าจะเป็น การใชยาอย่างสมเหตุผล (แสงสุดา เพ็งคุ้ม และอัฐภาณุ พลนอก, 2565: 625-633) สอดคล้องกับการศึกษา ประเภทของบาดแผลและรูปแบบการใชยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลมหาสารคาม (ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, พิริยา ตียาภักดิ์, อนันตเดช วงศรียา, และสุรศักดิ์ ไชยสงค์, 2562: 116-124) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 267 คน มีอัตราการใชยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยบาดแผลสดจากอุบัติเหตุเท่ากับร้อยละ 65.5 ซึ่งสูงเกินเป้าหมาย ลักษณะบาดแผลที่พบส่วนใหญ่เป็นบาดแผลสั้วกัดและบาดแผลมีสิ่งปนเปื้อน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ควรใชยาปฏิชีวนะ

ในขณะที่การศึกษาของ รุจิภาส สิริจตุภัทร และคณะ (Sirijatuphat, R., Choochan, T., Siritongtaworn, P., Sripojtham, V., & Thamlikitkul, V, 2015: 245-252) ได้ศึกษาการนำแนวทาง CPG ไปใช้ที่ศูนย์อุบัติเหตุโรงพยาบาลศิริราช ในผู้ป่วยจำนวน 600 คน พบบาดแผลที่มีโอกาสติดเชื้อและควรใชยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 6.7 และบาดแผลที่มีสิ่งปนเปื้อนควรใชยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ 3 ร้อยละ 30.1 มีการใหยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อร้อยละ 85.3 อุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลพบเพียงร้อยละ 1.0 ของ

ผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยร้อยละ 40.5 ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะ โดยการศึกษาได้สรุปว่า อัตราการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในบาดแผลสดของผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช ควรน้อยกว่าร้อยละ 36.8 (กลุ่มที่ 2 และ กลุ่มที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของชุดิมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ (ชุดิมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ, 2562: 116-124) กับการศึกษาของ รุจิภาส สิริจิตุภัทร และคณะ (Sirijatuphat R. et al, 2015: 245-252) พบว่าชนิดของบาดแผลมีความแตกต่างกัน โดยการศึกษาของ ชุดิมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ โรงพยาบาล มหาสารคาม พบบาดแผลสัตว์กัดร้อยละ 55.1 ขณะที่ในโรงพยาบาลศิริราชพบบาดแผลสัตว์กัดเพียงร้อยละ 14.7 ซึ่งบาดแผลสัตว์กัดจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางการรักษา นอกจากนี้ยังพบบาดแผลปนเปื้อน ในโรงพยาบาลมหาสารคามร้อยละ 74.5 ซึ่งสูงกว่าโรงพยาบาลศิริราชที่พบร้อยละ 52.5 ซึ่งบาดแผลปนเปื้อน จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางการรักษาด้วยเช่นกัน

กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับตัวชี้วัดโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็น 12 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2565 โดยปรับเกณฑ์ FTW จาก RDU ชั้นที่ 2 $\leq$ ร้อยละ 50 และ RDU ชั้นที่ 3 $\leq$ ร้อยละ 40 เป็น $\leq$ ร้อยละ 50 โดยไม่แบ่งระดับชั้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) อย่างไรก็ตามแม้จะมีการปรับเกณฑ์เป็นไม่เกินร้อยละ 50 แต่ยังคงมีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะ จากบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (HDC–Dashboard, 2022)

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน RDU ในจังหวัดพิษณุโลก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการรายงานข้อมูลตัวชี้วัด การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด จากอุบัติเหตุ ของกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสม

ระเบียบวิธีวิจัย

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยสัมภาษณ์ความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน RDU ในจังหวัดพิษณุโลกที่มีประสบการณ์การทำงานด้าน RDU 2 ปี ขึ้นไป แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 25 คน

2. เครื่องมือการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์ความเห็นของบุคลากรการแพทยงาน RDU จังหวัดพิษณุโลก เรื่อง การประเมินการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิษณุโลก ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เป็นคำถามทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็น เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ของผู้วิจัย คำถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ผลการให้คะแนนพบว่าทุกข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 มีการตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนทำการวิเคราะห์โดยยึดแหล่งบุคคลเป็นหลัก นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทป

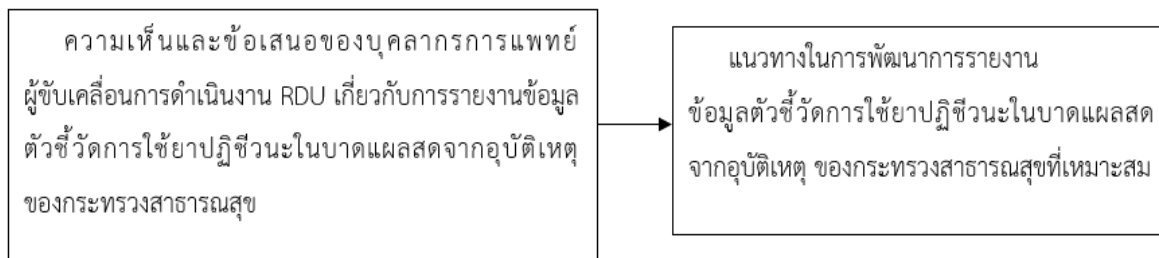
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน RDU ในจังหวัดพิษณุโลก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 25 คน ได้แก่ นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (รองนายแพทย์ฯ ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ผู้อำนวยการประจำโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิษณุโลก 7 แห่ง หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคหรือเภสัชกรที่กำกับดูแลงาน RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิษณุโลกทั้ง 8 แห่ง และหัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินประจำโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิษณุโลกทั้ง 8 แห่ง โดยการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้าและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ร่วมกับการใช้เครื่องบันทึกเสียง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหาเชิงความคิดเห็น (Content analysis) แยกประเด็นที่สอดคล้องกัน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ความเหมาะสมในการพัฒนาการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของกระทรวงสาธารณสุขแบบสร้างข้อสรุป เพื่อสรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย จากนั้นนำผลการวิเคราะห์มาอภิปรายความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขที่ IRB No. P10006/64

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลการวิจัย

วิชาชีพ	รหัสลำดับการสัมภาษณ์																									จำนวน (คน)
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
แพทย์	●		●	●		●		●				●	●					●								8
เภสัชกร		●					●		●	●	●			●	●		●								●	9
พยาบาล					●											●			●	●	●	●	●	●		8
รวมทั้งสิ้น																									25	

แผนภาพที่ 2 ลำดับการสัมภาษณ์

ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของกระทรวงสาธารณสุขลำดับการสัมภาษณ์ดังแผนภาพที่ 2 แบ่งประเด็นได้ดังนี้

1. ประเด็นความเห็นการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุและข้อเสนอการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสม

พบความเห็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์คิดเห็นตรงกันมากที่สุดว่าเหมาะสม คือ สะดวกรวดเร็วประหยัดเวลาในการกำกับติดตามข้อมูลแนวโน้มภาพรวมระดับประเทศ เนื่องจากตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนมากและการเก็บข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูลง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน สะท้อนได้จากตัวอย่างคำสัมภาษณ์ คือ

“มีความเหมาะสมในช่วงระยะเริ่มต้นเนื่องจากมีความรวดเร็วและง่ายในการดูภาพรวม”

(นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกันและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 7 กันยายน 2565)

“เหมาะสมแต่ไม่ละเอียด วัดง่ายไม่ซับซ้อน ทุกที่มีการเก็บข้อมูลและติดตามง่าย”

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 28 กันยายน 2565)

“หากติดตามในภาพรวมระดับประเทศก็ถือว่าโอเค แต่อยากให้มีการแยกในส่วนระยะเวลาเกี่ยวกับเรื่อง
แฟลส്ടัวร์กิดด้วย”

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 13 ตุลาคม 2565)

“ถ่ายทอดพื้นที่ในการติดตามข้อมูล”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชีวิต RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 18 กันยายน
2565)

“เป็นการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล ลดการตี้อยา”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชีวิต RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 13 ตุลาคม
2565)

“เหมาะสมในระดับหนึ่งหากมองในภาพกว้าง ซึ่งต้องนำไปวิเคราะห์ต่อ”

(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 27 กันยายน 2565)

อย่างไรก็ตามมีผู้ที่ให้ความคิดเห็นตรงกันว่าไม่เหมาะสม คือ ความละเอียดของข้อมูลไม่มากพอในการ
พิจารณาความสมเหตุผล สะท้อนได้จากตัวอย่างคำสัมภาษณ์ คือ

“ข้อมูลหายากเกินไปในการคิดเป็นร้อยละการผ่าน/ไม่ผ่าน ทำให้ระยะหลังนำไปใช้ดูภาพรวมได้ไม่
ละเอียดเท่าที่ควร”

(นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกันและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 7 กันยายน 2565)

“ในมุมมองของผู้บริหารกับมุมมองของแพทย์นั้นต่างกัน การดูแลผู้ป่วยจะมีการให้ยาปฏิชีวนะ
เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งอยู่ที่การพิจารณาของแพทย์ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการใช้ยาปฏิชีวนะ
ในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุต่างจากการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหรือโรคระบบทางเดิน
หายใจส่วนบน เพราะหากผู้ป่วยบาดแผลสดร้องขอยาปฏิชีวนะแล้วแพทย์ไม่ให้ หากต่อมาพบว่าการติดเชื้อ
หรืออาการรุนแรงมากขึ้น แพทย์อาจถูกฟ้องร้องได้ ดังนั้นเรื่องแฟลสจึงเป็นเรื่องยากในการตัดสินใจ นอกจากนั้น
Compliance ของผู้ป่วยหรือโรคร่วมแต่ละคนแตกต่างกัน ความจำเป็นในการให้ยาจึงต่างกัน”

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 24 กันยายน 2565)

“ไม่เหมาะสมเพราะไม่ได้มีการแจกแจงทางสถิติ อาจไม่ได้เป็นตัวแทนของข้อมูลที่แท้จริง”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชีวิต RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 26 ตุลาคม
2565)

“ไม่ละเอียดมากพอ ทำให้ผู้กำกับติดตามตัวชีวิตในโรงพยาบาลต้องหาเวลามาวិเคราะห์”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชีวิต RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 11 ตุลาคม 2565)

“ความละเอียดของข้อมูลไม่มากพอในการพิจารณาความสมเหตุผล ต้องนำไปวิเคราะห์ต่อ”

(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 27 กันยายน 2565)

“ข้อมูลอาจไม่ครบถ้วนหากลงรหัสไม่ถูกต้องอาจทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนได้”

(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 25 ตุลาคม 2565)

พบความเห็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์คิดเห็นตรงกันมากที่สุดด้านข้อเสนอการรายงานข้อมูลตัวชีวิตการใช้ยา ปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสม คือ ควรพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพ การรายงานข้อมูลควรแยกประเภทบาดแผลเป็น 4 กลุ่ม ตามแนวทาง CPG ให้ชัดเจน มีการแยกรหัส ICD10 ตามความรุนแรงของโรคและบริบทของพื้นที่ เช่น ความสะอาดของแผล ระยะเวลาการเกิดแผล แยกแผลสัตว์กัด แผลที่ควรให้ยากับไม่ควรให้ยา เป็นต้น โปรแกรมควรมีความสามารถในการดึงข้อมูลจาก ICD10 โดยแยกประเภทของบาดแผลออกเป็น 4 กลุ่ม ตามแนวทาง CPG ได้โดยอัตโนมัติ สะท้อนได้จากตัวอย่างคำสัมภาษณ์ คือ

“หากโปรแกรมสามารถแยกข้อมูลออกมาเป็นกลุ่มตามแนวทาง CPG ได้เลยก็จะดี”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชีวิต RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 7 กันยายน 2565)

“การบันทึก ICD10 จะมีในส่วนตำแหน่งบาดแผลและลักษณะบาดแผล ซึ่งควรจะมีการลงรหัสในส่วนความรุนแรงของโรคและบริบทของพื้นที่ด้วย เช่น ความสะอาดของบาดแผลระยะทางที่ห่างไกลยากต่อการติดตาม เป็นต้น เพราะแพทย์อาจให้ยาปฏิชีวนะไว้มาก่อนเพื่อป้องกัน เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการรักษาความสะอาดบาดแผลได้ไม่ดีเท่าที่ควร จึงอยากให้กระทรวงฯ ดูเชิงลึก อยากรู้ให้แยกให้ชัดเจนเป็นกลุ่ม/ ชนิดของบาดแผลอย่างชัดเจน”

(เภสัชกรหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข, สัมภาษณ์วันที่ 23 กันยายน 2565)

“ต้องดูว่าเรามีเครื่องมือที่ดีพอหรือยัง ในการเก็บข้อมูลลักษณะแผล ความละเอียดของข้อมูล การเก็บข้อมูล ซึ่งด้วยเวลาและปริมาณคนที่จำกัด จึงเป็นที่มาของการที่ส่วนกลางดึงข้อมูลจากรหัส ICD10 ซึ่งสามารถนำมาเปรียบเทียบข้อมูลได้เลย แต่อาจมีข้อเสียตรงที่หากลงรหัสผิดข้อมูลก็อาจจะไม่ถูกต้อง และข้อมูลอาจจะได้หายๆ การจะให้ระบบดึงข้อมูลแยกออกเป็น 4 กลุ่ม ต้องดูว่า ICD10 เอื้อต่อการแยกเป็นกลุ่มๆ หรือไม่”

(นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกันและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 7 กันยายน 2565)

“ควรยึดตามที่โรงพยาบาลต่างๆ สามารถกำกับติดตามข้อมูลที่เป็นปัจจุบันได้ ถ้าไม่ผ่านให้โรงพยาบาล list ประเด็น แล้วนำไปปรับปรุง อยากให้ข้อมูลใน HDC เป็นข้อมูลที่เป็นปัจจุบันจริงๆ และสามารถกำหนดช่วงเวลาที่ต้องการดูข้อมูลได้ว่าการดูข้อมูลในช่วงเวลาใด”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชี้วัด RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 16 กันยายน 2565)

“อยากให้ทุกพื้นที่มีการวิเคราะห์ข้อมูล มีช่องให้ระบุสาเหตุที่ไม่ผ่านเพื่อที่ส่วนกลางจะได้ทราบข้อมูล มีเอกสารการวิเคราะห์ข้อมูลแนบไปด้วย ซึ่งถ้าผู้บริหรมองแต่ตัวเลขไม่ได้ดูข้อมูลเชิงพรรณนาก็จะไม่ทราบสาเหตุที่ไม่ผ่านอย่างแท้จริง หรืออาจมีการหาโปรแกรมที่สามารถวิเคราะห์เชิงลึกได้โดยไม่ต้องใช้เจ้าหน้าที่มานั่งวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อมาช่วยขยายความว่าที่ไม่ผ่านเกิดจากการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจริงหรือไม่ ก็จะช่วยประหยัดเวลา”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชี้วัด RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 18 กันยายน 2565)

“การเก็บข้อมูลภาพรวมระดับประเทศต้องเก็บเป็นตัวเลข แต่ต้องมีการให้คำจำกัดความของสิ่งที่เก็บข้อมูลให้มีความละเอียดกว่าเดิม โดยอาจจะมีการแยกกลุ่มให้ชัดเจนมากขึ้น”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชี้วัด RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2565)

“ไม่แน่ใจว่าเขาสามารถจำกัดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะได้หรือไม่ การลงรหัส ICD10 บางครั้งก็ไม่ตรงกับแปลไม่ตรงกับโรค อยากให้ระบบสามารถดึงข้อมูลได้จำเพาะและแม่นยำมากขึ้น จะได้ไม่ต้องนำมาวิเคราะห์แบบ manual”

(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 23 กันยายน 2565)

“อยากให้ส่วนกลางมีระบบการรายงานข้อมูลที่สามารถวิเคราะห์ได้เลยไม่เพิ่มภาระงานเจ้าหน้าที่ที่ต้องมาแยกข้อมูลเพิ่มเติม พัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น”

(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 25 ตุลาคม 2565)

2. ประเด็นความเห็นต่อเกณฑ์เป้าหมายอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ไม่เกินร้อยละ 50

พบความเห็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์คิดเห็นตรงกันมากที่สุดว่า มีความเหมาะสมกว่าเดิม ถือว่าระดับกลางที่พอดี ผู้กำกับติดตามตัวชี้วัดและบุคลากรไม่เครียด มีความยืดหยุ่น จากเดิมไม่เกินร้อยละ 40 เป็นไม่เกินร้อยละ 50 และหากตั้งเพดานสูงกว่านี้จะทำให้พื้นที่ไม่ให้ความสำคัญ อย่างไรก็ตามมีความเห็นว่าควรปรับเกณฑ์การ

ผ่านให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น ภูมิภาค ขนาดโรงพยาบาล เป็นต้น สะท้อนได้จากตัวอย่าง คำสัมภาษณ์ คือ

“เหมาะสมเนื่องจากผ่านง่ายกว่าก่อนหน้านี้ ที่หากจะผ่าน RDU ชั้น 3 ได้ ต้องใช้ยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 40 ทั้งนี้กระทรวงต้องไปดูข้อมูลระดับประเทศว่าการเกิดสัตว์กัดเป็นเท่าไร ซึ่งอาจจะมีจำนวนมากสูงกว่าผลจากอุบัติเหตุทั่วไป นอกจากนั้นความแตกต่างของสังคมเมืองกับสังคมชนบทนั้นแตกต่างกัน การเลี้ยงสัตว์อย่างมีรั้วรอบขอบชิดต่างกัน แต่ใช้เกณฑ์เดียวกัน”

(เภสัชกรหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข, สัมภาษณ์วันที่ 23 กันยายน 2565)

“ควรมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ในเมืองนอกเมือง การจราจร ต้องดูว่าเกณฑ์หากวัดตามบริบทของพื้นที่สามารถทำได้หรือไม่ ถ้าทำได้อาจได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้นในการดูว่าผ่านหรือไม่ ผ่านตามเป้าที่กำหนดไว้”

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 28 กันยายน 2565)

“เป้าหมายเหมาะสมแล้วที่ไม่เกินร้อยละ 50 เพราะหากตั้งเพดานสูงกว่านี้จะทำให้พื้นที่ปล่อยปละละเลยไป”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชี้วัด RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 11 ตุลาคม 2565)

“เหมาะสม จากเดิมเพดานร้อยละ 40 เป็นเพดานร้อยละ 50 เพราะทำให้ผู้กำกับตัวชี้วัดและบุคลากรผ่อนคลายมากขึ้น มีความยืดหยุ่น ผู้กำกับติดตามตัวชี้วัดและบุคลากรไม่เครียด”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชี้วัด RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 16 กันยายน 2565)

“เกณฑ์ที่ร้อยละ 50 เป็นการปรับเพดานขึ้นจากเดิม ตอบได้ไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ว่าเหมาะสมไหม แต่ทำให้ภาพรวมของประเทศดีขึ้น และการปรับเป็นสี เขียว เหลือง แดง ที่นับเป็นจำนวนข้อที่ผ่าน ทำให้โรงพยาบาลผ่านมากขึ้น”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชี้วัด RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2565)

“เหมาะสมร้อยละ 50 ก็ถือว่าครึ่งๆ”

(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 26 ตุลาคม 2565)

3. ประเด็นข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาการดำเนินงาน RDU

พบความเห็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์คิดเห็นตรงกันมากที่สุดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค คือ การสั่งยาของแพทย์ ความเข้าใจในนโยบาย การให้ความสำคัญ การรับรู้ข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์ ความสมเหตุผลของการใช้ยา ข้อมูลการติดเชื้อ สะท้อนได้จากตัวอย่างคำสัมภาษณ์ คือ

“ข้อมูลความสมเหตุผลของการติดเชื้อจากการให้ยา/ ไม่ให้ยา ที่แพทย์ควรรับรู้”

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 24 กันยายน 2565)

“ความต่อเนื่องและยั่งยืน เนื่องจากแพทย์มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียน”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชีวิต RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 16 กันยายน 2565)

“ปัญหาอุปสรรคอยู่ที่การสั่งยาของแพทย์”

(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชีวิต RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 19 กันยายน 2565)

“ความเชื่อของประชาชนที่เขาอยากได้ยา และขาดแคลนไม่ค่อยมียามาทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงความเข้าใจของแพทย์”

(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 23 กันยายน 2565)

“แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จบใหม่ไม่ตระหนักถึงนโยบาย RDU”

(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 25 ตุลาคม 2565)

“การรับรู้ข้อมูลของผู้ที่อยู่นางานและการให้ความสำคัญ”

(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 25 ตุลาคม 2565)

พบความเห็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์คิดเห็นตรงกันมากที่สุดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่จบใหม่ก่อนบรรจุรับราชการ เกี่ยวกับแนวทาง/นโยบาย RDU ของจังหวัดเพื่อเป็นพื้นฐานและสร้างความเข้าใจก่อนปฏิบัติงานจริง และง่ายในการติดต่อประสานงานกับผู้กำกับดูแลตัวชีวิต RDU และผู้ที่ยู่นางาน สะท้อนได้จากตัวอย่างคำสัมภาษณ์ คือ

“ควรมีการอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่จบใหม่ก่อนบรรจุรับราชการถึงแนวทาง/ นโยบาย RDU ของจังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นการปูพื้นฐานก่อนทำงานจริงและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินงาน RDU แต่ละโรงพยาบาลจะได้สามารถอ้างอิงถึงแนวทาง/ นโยบายได้”

(เภสัชกรหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข, สัมภาษณ์วันที่ 23 กันยายน 2565)
“แพทย์ควรรับรู้ข้อมูลความสมเหตุผลของการติดเชื้อจากการให้ยาและไม่ให้ยา จึงควรเพิ่มเติมข้อมูล
การติดเชื้อและเห็นว่าควรให้แผล FTW อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ และนอกจากนั้นควรติดตามควบคุมการใช้
ยาปฏิชีวนะใน IPD ด้วย”

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 24 กันยายน 2565)
“อยากให้ประชาชนมีความรู้ และอยากให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น”
(เภสัชกรผู้ดูแลตัวชีวิต RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 13 ตุลาคม
2565)

“คนเปลี่ยนแต่ระบบยังคงอยู่ เห็นด้วยกับบางโรงพยาบาลที่นำระบบ IT เข้ามาช่วยในการรายงาน
ข้อมูล”
(ผู้ให้ข้อมูลเป็นเภสัชกร: ผู้ดูแลตัวชีวิต RDU ประจำโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 16 กันยายน
2565)

“การให้ความรู้แพทIENTข้อมูล อบรมแบบเข้าฐานตัวอย่างเคส แก่บุคลากรการแพทย์”
(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 23 กันยายน 2565)
“ควรมีการปฐมพยาบาลหรือให้ข้อมูลที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จบใหม่”
(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 25 ตุลาคม 2565)
“การชี้แจงให้ผู้ที่อยู่หน้างานทราบและเห็นความสำคัญจะทำให้ผ่านตัวชีวิต การลงรหัสโรค และอยาก
ให้มีข้อมูลว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ยา มีการกลับมาด้วยอาการติดเชื้อหรือไม่”
(หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์วันที่ 25 ตุลาคม 2565)

อภิปรายผลการวิจัย

การรายงานข้อมูลตัวชีวิตการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดของกระทรวงสาธารณสุข มีความสะดวก
รวดเร็วประหยัดเวลาในการกำกับติดตามข้อมูลแนวโน้มภาพรวมระดับประเทศ เนื่องจากตัวชีวิตกระทรวง
สาธารณสุขมีจำนวนมาก การเก็บข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูลง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน อย่างไรก็ตามความ
ละเอียดของข้อมูลไม่มากพอในการพิจารณาความสมเหตุผล ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ วีรยุทธ์ เลิศนที,
เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, อีสริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์, ไตรเทพ ฟองทอง, นภาพรณ ภูมิปัญญาพานิช, ทอง บุญยศ
และประเสริฐ อาปิงชิง (2566: ค-91) ที่รวบรวมไว้ว่า คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) มี
ข้อดีของการใช้ฐานข้อมูลของ HDC คือ มีข้อมูลของทุกจังหวัด ทำให้สามารถใช้เป็นข้อมูลระดับประเทศได้
แต่ก็มีข้อเสีย คือ 1) ความครบถ้วนของข้อมูล 2) ความทันเวลาของข้อมูล 3) ความปลอดภัยของข้อมูล และ 4)
คุณภาพของข้อมูล

จะพบว่าปัญหาความถูกต้องของข้อมูลใน HDC ของกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างมาก ส่งผลให้เมื่อประมวลผลข้อมูลจาก HDC เป็นรายงานตัวเลขที่ออกมาจึงดูต่ำมากจนไม่น่าเชื่อถือ สอดคล้องกับรายงานโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อรองรับตัวชี้วัดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลของ วิริยฤทธิ์ เลิศนที และคณะ (2566: ค-91) ที่กล่าวว่าข้อมูลใน HDC service ซึ่งเป็นข้อมูลโรงพยาบาลทั่วประเทศ เน้นไปที่โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น จะมีความถูกต้องในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สมบูรณ์เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ดังนี้ 1. ความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งมาจากโรงพยาบาล หากบุคลากรในโรงพยาบาล ไม่สามารถควบคุมข้อมูลพื้นฐานเหล่านี้ให้ถูกต้อง ซึ่งนอกจากข้อมูลจะต้องมีความถูกต้องแล้วระยะเวลาในการส่งข้อมูลต้องให้ทันตามเวลาที่กำหนด ดังนั้นในส่วนนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ข้อมูลใน HDC ไม่ถูกต้องสมบูรณ์มากนัก 2. ปัญหาจากการประมวลผลข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือ จังหวัดขนาดใหญ่ ซึ่งมีประชากรจำนวนมาก การประสานงานเรื่องของระยะเวลาในการประมวลผลข้อมูลที่เหมาะสมและแก้ไขปัญหาให้ได้ ควรเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข 3. จะต้องมีความหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องของการปรับค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินผลให้มีความถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เช่น รายการยาที่ใช้ในการประมวลผลของตัวชี้วัดต่างๆ และควรจะมีการปรับตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เพื่อให้เกิดการประมวลผลที่ถูกต้องตลอดระยะเวลาในปีงบประมาณนั้นๆ

มีความเห็นที่สะท้อนความเป็นจริงอีกข้อหนึ่งคือมุมมองของผู้บริหารและมุมมองของแพทย์นั้นแตกต่างกัน การใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดนั้นเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง หากไม่ให้ยาแล้วผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในภายหลัง เนื่องจากการดูแลรักษาแผลและโรคร่วมของแต่ละคนแตกต่างกัน ความจำเป็นในการให้ยาจึงต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยความคิดเห็นของแพทย์ต่อการปฏิบัติตามนโยบายการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล กรณีศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของ สุภักษา วาดพิมาย, กรแก้ว จันทภาษา และจรัสใจ อาริมิตร, (2563: 114-127) ที่กล่าวไว้ว่าการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลนั้นปฏิบัติตามได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบริบทของพื้นที่ ความเชื่อเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะของประชาชน และความกังวลหรือความกลัวของแพทย์เกี่ยวกับผลการรักษา และโอกาสเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องหากเกิดความผิดพลาด

ข้อเสนอการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดของกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสม มีผู้ให้ความเห็นตรงกันมากที่สุดว่าควรพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพ การรายงานข้อมูลควรแยกประเภทบาดแผลเป็น 4 กลุ่ม ตามแนวทาง CPG ให้ชัดเจน มีการแยกรหัส ICD10 ตามความรุนแรงของโรคและบริบทของพื้นที่ เช่น ความสะอาดของแผล ระยะเวลาการเกิดแผล แยกแผลสัตว์กัด แผลที่ควรให้ยากับไม่ควรให้ยา เป็นต้น โปรแกรมควรมีความสามารถในการดึงข้อมูลจาก ICD10 โดยแยกประเภทของบาดแผลออกเป็น 4 กลุ่ม ตามแนวทาง CPG ได้โดยอัตโนมัติ รายงานโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การพัฒนาระบบ

ฐานข้อมูลเพื่อรองรับตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของ วีรยุทธ์ เลิศนที และคณะ (2566: ค-91) ระบุว่า เนื่องจากการพิจารณาความสมเหตุผลของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะนั้น สามารถใช้ข้อมูลจาก HDC Big Data มาใช้ประมวลผลในงานของการใช้ยาสมเหตุผลได้ แต่ความถูกต้องมากหรือน้อยขึ้นกับความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล รวมถึงความถูกต้องและรวดเร็วในการนำส่งข้อมูลจากในโรงพยาบาลเข้าสู่ HDC ดังนั้น ข้อมูลควรมีความถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกในการใช้งาน และมีการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล

ความเห็นต่อเกณฑ์เป้าหมายอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดไม่เกินร้อยละ 50 มีผู้ให้ความเห็นตรงกันมากที่สุดว่าเกณฑ์เป้าหมายจากเดิมที่ไม่เกินร้อยละ 40 เป็นไม่เกินร้อยละ 50 มีความเหมาะสมกว่าเดิม ถือว่าระดับกลางที่พอดี ผู้กำกับติดตามตัวชี้วัดและบุคลากรไม่เครียด มีความยืดหยุ่น เป็นไม่เกินร้อยละ 50 และหากตั้งเพดานสูงกว่านี้จะทำให้พื้นที่อาจปล่อยปละละเลยไม่ให้ความสำคัญ ซึ่งจะเห็นว่าเมื่อปรับเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากเดิมร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 50 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มากขึ้น (HDC–Dashboard, 2565) ซึ่งโรงพยาบาลที่อยู่ต่างจังหวัดมีโอกาสมากขึ้น เนื่องจากเกณฑ์เป้าหมายที่ไม่เกินร้อยละ 40 มีที่มาจากการศึกษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช แต่เมื่อนำเกณฑ์มาใช้ที่ต่างจังหวัดอาจไม่เหมาะสม เพราะเป็นค่าเฉลี่ยของสถานที่ใดสถานที่หนึ่งแต่นำไปใช้เป็นเกณฑ์เดียวกันทั่วประเทศ โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงเรียนแพทย์ในเมืองหลวง ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนในต่างจังหวัดส่วนใหญ่มีการใช้ยาปฏิชีวนะเกินร้อยละ 50 บริบทชนบทชาวบ้านทำอาชีพเกษตรกรรมการปนเปื้อนจะมากกว่าคนในเมืองหลวง (ชุดิมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ, 2562: 116-124) จะพบว่าผลจากอุบัติเหตุของประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ใช่แผลสะอาด และภูมิประเทศเวชศาสตร์เขตร้อนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง (Martin-Davila P., et al., 2008: 60-96) จึงควรปรับเกณฑ์การผ่านให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาการดำเนินงาน RDU มีผู้ให้ความเห็นว่า ความเข้าใจและการให้ความสำคัญในนโยบายความสมเหตุผลของการใช้ยา การรับรู้ข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์ และข้อมูลการติดเชื้อ ทั้งนี้การประเมินความสมเหตุผลของการใช้นั้นต้องใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์อย่างละเอียด เนื่องจากการที่ตัวเลขการใช้ยาปฏิชีวนะที่ดึงจากรหัส ICD10 ไม่ผ่านนั้น ไม่ได้หมายความว่าเป็นการใช้ยาไม่สมเหตุผล และจากการที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จบใหม่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนซึ่งแพทย์ที่มาใหม่บางคนไม่ตระหนักถึงนโยบาย RDU นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้ความเห็นว่าควรมีการปฐมนิเทศอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จบใหม่ก่อนบรรจุรับราชการ เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แนวทาง/นโยบาย RDU ของจังหวัดพิษณุโลก การให้ความรู้แก่บุคลากรการแพทย์ เพื่อเป็นพื้นฐานและสร้างความเข้าใจก่อนปฏิบัติงานจริง เพื่อให้สะดวกต่อการติดต่อประสานงานกับผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด RDU และผู้ที่ปฏิบัติงาน แพทย์ควรรับรู้ข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์และเจ้าหน้าที่หน้างาน ความสมเหตุผลของการใช้ยา ข้อมูลการติดเชื้อ ขับเคลื่อนการใช้ยาสมเหตุผลสู่ชุมชนมากขึ้น โดยปัจจุบันได้มีการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลไปสู่ชุมชนมากขึ้น จึงควรมีหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องมาร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องนโยบายการ

ใช้อย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ของ คชาพล นิมเดช, จินตนา ลิ้มระนางกูร และศุศราภรณ์ สามประดิษฐ์, (2019: 1-7) ที่กล่าวว่าการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ร่วมกัน เช่น การผลิตยาสมุนไพร การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขจปใหม่ การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวัดและการประเมินผล เป็นต้น และทีมสหวิชาชีพที่ร่วมมือกัน จะทำให้สามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำเทคโนโลยีและสื่อทางสังคมมาปรับใช้ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น ก้าวต่อไปควรเป็นการกำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาสู่การเป็นประเทศใช้อย่างสมเหตุผล (RDU country) และควรดำเนินการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) ให้ชัดเจน ตลอดจนสร้างการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นกลไกสำคัญที่สามารถแก้ไขปัญหาระดับประเทศ และความสำเร็จของนโยบาย RDU

ข้อเสนอแนะ

เชิงวิชาการ ควรศึกษาเฉพาะประเด็นรูปแบบการรายงานข้อมูลที่เหมาะสม และมีการนำเสนอตัวอย่างรูปแบบการรายงานข้อมูลให้เห็นภาพได้ชัดเจนมากขึ้น เชิงปฏิบัติการ ควรมีการนำรูปแบบการรายงานข้อมูลที่มีการนำเสนอไปทดลองใช้ และเชิงนโยบาย ควรเสนอส่วนกลางปรับรูปแบบการรายงานข้อมูลในระบบรายงานและการกำกับติดตามข้อมูลที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. (แก้ไขครั้งที่ 2). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 170-171.
- คชาพล นิมเดช, จินตนา ลิ้มระนางกูร และศุศราภรณ์ สามประดิษฐ์. (2562). นโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ*. 1 (2), 1-7.
- คณะกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล. (2558). *คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 91-93.
- ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, พิริยา ตียาภักดิ์, อนันตเดช วงศรียา, และสุรศักดิ์ ไชยสงค์. (2562). ประเภทของบาดแผลและรูปแบบการใชยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 13 (1), 116-124.

- วีรยุทธ์ เลิศนที, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, อสิริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์, ไตรเทพ พองทอง, นภาพรณ ภูริปัญญวานิช, ทอง บุญยศ และประเสริฐ อ่ำปัจฉิง. (2566). รายงานโครงการวิจัย การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อรองรับตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล *database system development to support rational drug use indicators* (ฉบับสมบูรณ์). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ค-91.
- สุภักษา วาดพิมาย, กรแก้ว จันทภาษา, และจรงใจ อาริมิตร. (2563). ความคิดเห็นของแพทย์ต่อการปฏิบัติตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล: กรณีศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 12 (1), 114-127.
- แสงสุดา เพ็งคุ้ม และอัฐภาณ์ พลนอก. (2565). รายงานสืบเนื่องจากงานประชุมวิชาการระดับชาติพิบูลสงครามวิจัย ครั้งที่ 7 ประจำปี พ.ศ. 2565. พิษณุโลก: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. 625-633.
- HDC. Dashboard. (2022). *Online*. Retrieved December 14, 2022. from : <https://hdcservice.moph.go.th>
- Martin-Davila, P., Fortún, J., López-Vélez, R., Norman, F., Montes de Oca, M., Zamarrón, P., Garrido, G. (2008). Transmission of tropical and geographically restricted infections during solid-organ transplantation. *Clinical Microbiology Reviews*, 21 (1), 60-96.
- Sirijatuphat, R., Choochan, T., Siritongtaworn, P., Sripojtham, V., & Thamlikitkul, V. (2015). Implementation of antibiotic use guidelines for fresh traumatic wound at siriraj hospital. *J Med Assoc Thai*, 98 (3), 245-252.