

4

Journal of Health Systems Research

Vol. 13 No. 4 October - December 2019

ISSN 2672-9415 (Online)



วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

ปีที่ 13 ฉบับที่ 4 ต.ค. - ธ.ค. 2562

353

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์
ของจังหวัดในประเทศไทย:
ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560

368

สถานการณ์การให้บริการของพยาบาลแม่
ในสถานพยาบาลของประเทศไทย

394

ความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
ในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Network

N

M

Management

C

Communication

Health

H

Systems

S

Knowledge

K

P

Policy

R

Research

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 1 และอยู่ในฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index, ACI) ด้วยวารสารฯ ราย 3 เดือนนี้ กำหนดเผยแพร่ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย มุลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศศลักษณ์
เภสัชกรสรชัย จำเนียรดำรงการ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นักวิชาการอิสระ

กรรมการประจำกองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์
ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
ดร. นายแพทย์สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก

ดร. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

ดร. ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลากยั้ง

ดร. สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล

นายไพศาล ลิมสถิตย์

สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เลขานุการ

นางสาววรางคณา ปุณยธร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ถนนสาธารณสุข 6

ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2832 9200

โทรสาร 0 2832 9201

Website: <http://www.hsri.or.th>

Link หน้าวารสาร: <http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal>

Journal of Health Systems Research has been classified in the Tier 1 of the Thai-Journal Citation Index Center (TCI) and included in ASEAN Citation Index (ACI), published by Health Systems Research Institute quarterly, distributed in March, June, September, and December

Editorial Board

Advisor

Executive Director, Health Systems Research Institute

Editor

Supasit Pannarunothai Centre for Health Equity Monitoring Foundation

Associate Editors

Jaruayporn Srisasalux Health Systems Research Institute

Sorachai Jamniandamrongkarn Independent Scholar

Members

Suwat Chariyalertsak Dean, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Surasak Buranatreveth Faculty of Medicine, Thammasat University

Thira Woratanarat Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Piya Hanvoravongchai Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Samrit Srithamrongsawat Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Suthep Petchmark Bureau of Inspection and Evaluation, Ministry of Public Health

Phusit Prakongsai Health Technical Office, Ministry of Public Health

Phenkhae Lapying Department of Health, Ministry of Public Health

Sureerat Ngamkiatpaisan King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society

Paisan Limstit Faculty of Law, Thammasat University

Secretary

Warangkana Punyathorn Health Systems Research Institute

Office

Health Systems Research Institute

4th Floor, National Health Building, Public Health 6 Road,
Ministry of Public Health, Muang District, Nonthaburi 11000

Tel. (66). 2832 9200

Fax (66). 2832 9201

Website: <http://www.hsri.or.th>

Link to journal: <http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal>

วิสัยทัศน์

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นวารสารชั้นนำด้านการวิจัยระบบสุขภาพในระดับอาเซียน

เป้าหมายและขอบเขตของวารสาร

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเครื่องมือเผยแพร่วิชาการเพื่อสนับสนุนและยกขีดความสามารถในการผลิตองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

การจำกัดสิทธิความรับผิดชอบ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ถือเป็นความเห็นของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขและวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ของผู้เขียน วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม รวมทั้งการตรวจทานแก้ไขหรือขัดเกลาภาษาให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อนึ่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

เงื่อนไขหลักในการส่งต้นฉบับ

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาต้นฉบับงานวิจัยและต้นฉบับบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหลักดังต่อไปนี้

- ไม่เคยลงตีพิมพ์ในที่ใดๆ มาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ด้วย (กรุณานแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ โดยท่านสามารถดาวน์โหลดไฟล์ MS Words ได้ที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิ๊กที่ *For authors (declare form)*)
- ต้องเขียนชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด (ในกรณีมีสองสังกัด กรุณาระบุเพียงที่เดียว) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้นิพนธ์ต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ
- ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน กรุณาระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) ในแบบคำรับรองงานต้นฉบับ

หากบทความที่ขอลงตีพิมพ์ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น กองบรรณาธิการขอใช้สิทธิที่จะปฏิเสธบทความนั้นในทันที ทั้งนี้ ท่านสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำในการส่งต้นฉบับงานวิจัยและบทความวิชาการ ได้จาก <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิ๊กที่ *For authors*

Vision

The *Journal of Health Systems Research* is aimed at being one of leading health systems research journals in ASEAN.

Aim & Scope

Journal of Health Systems Research is an academic published tool for supporting and enhancing the potential abilities in generating new bodies of knowledge from health systems researches which will be useful for policy makers, researchers, academics and health practitioners in all levels.

Disclaimer

Facts and opinions in articles published in *Journal of Health Systems Research* express solely the personal statements of respective authors and do not necessarily reflect the views or opinions of the editors or its publisher. The editors reserve the right to edit or rewrite, correct, and publish only the articles that meet our standard criteria. The entire contents published in the Journal have been fully protected by copyrights.

Main conditions for submission

The *Journal of Health Systems Research* welcomes research articles and academic articles in both Thai and English that meet the following conditions:

- The articles must be original and must not be published nor submitted for publication elsewhere (*please attach the Declare Form with your submission. Download the form in MS Words format at <http://ejournal.hsri.or.th/> and click For authors (declare form)*)
- The articles must contain proper title, abstract, name of author (s) and affiliation (specify only one) in both Thai and English
- References must be in English (for Thai references, please translate into English and add “(in Thai)” at the end of the item)
- In case of more than 1 author, please provide details of corresponding author in the Declare Form

If the submitted article fails to comply with the above conditions, the editorial staff reserves the right to immediately reject it. Please download *JHSR* Submission Guideline at <http://ejournal.hsri.or.th> and click *For authors*.



วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านการวิจัยระบบสุขภาพ ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ กำหนดเผยแพร่ในรอบ 3 เดือน คือ มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม-ธันวาคม งานที่จะส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น บทความที่ส่งเข้ามารับการพิจารณา หากได้มาตรฐานเพียงพอ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อนที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าว

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. รับรองว่าผลงานที่ส่งมาเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยเผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ได้ส่งผลงานนั้นไปยังวารสารใดๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน
2. รายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยอย่างตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือนข้อมูล หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ
3. จะต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น ถ้าหากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้ในผลงานของตน โดยทำรายการอ้างอิงที่ท้ายบทความ
4. เขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในคำแนะนำผู้เขียนของวารสารฯ
5. ผู้เขียนที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน จะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนั้นๆ อย่างแท้จริง
6. ระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนการทำวิจัย และระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
7. ระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยชุดใดบ้าง และเมื่อไร ถ้าหากไม่มี ต้องชี้แจง
8. แจ้งการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล
9. ส่งมอบข้อมูลดิบในกรณีที่ทางกองบรรณาธิการแจ้งความประสงค์
10. แจ้งกองบรรณาธิการทราบ หากพบข้อผิดพลาดที่มีนัยสำคัญในผลงาน/การศึกษา เพื่อทำการแก้ไขหรือถอดถอนบทความ

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ส่งความเห็นต่อบทความตามกำหนดเวลาและให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนความเห็นของตน
2. รักษาความลับเกี่ยวกับเอกสารที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพิจารณาความเหมาะสมของบทความ ต่อบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง
3. เมื่อตระหนักว่าตนอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผลงานหรือผู้เขียน หรือมีเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ ให้แจ้งกองบรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้นๆ
4. แจ้งกองบรรณาธิการเกี่ยวกับการคัดลอกผลงาน (plagiarism) ที่อาจจะเป็นไปได้ ในกรณีที่ผู้เขียนไม่ได้อ้างอิง



ผลงานของผู้อื่นอย่างถูกต้องหรือลอกเลียนผลงานที่เผยแพร่แล้ว รวมถึงผลงานของผู้เขียนเองและข้อมูลที่ยังไม่ได้เผยแพร่

5. แจ้งกองบรรณาธิการถ้าหากท่านไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอสำหรับการพิจารณาความเหมาะสมของบทความนั้นๆ
6. ควรระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่ตนประเมินแต่ผู้เขียนไม่ได้อ้างถึงด้วย

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. จัดการให้บทความมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการปรับปรุงคุณภาพ การส่งเสริมสิทธิในการแสดงความคิดเห็น และจัดให้มีผู้ประเมินบทความอย่างน้อย 2 คนต่อบทความ
2. ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
3. เลือกบทความเพื่อเผยแพร่หลังจากผ่านการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาความสอดคล้องกับนโยบายของวารสาร และไม่เสี่ยงต่อข้อเรียกร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับการหมิ่นประมาท การละเมิดลิขสิทธิ์และการลอกเลียนผลงานของผู้อื่น
4. ไม่เผยแพร่บทความที่เคยเผยแพร่ที่อื่นก่อนแล้ว
5. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน ผู้ประเมิน และคณะผู้บริหาร
6. หากตรวจพบการคัดลอกผลงานผู้อื่นในกระบวนการประเมินบทความ บรรณาธิการจะต้องหยุดกระบวนการประเมิน และติดต่อผู้เขียนเพื่อขอคำชี้แจง เพื่อประกอบการตอบรับหรือปฏิเสธการเผยแพร่บทความนั้นๆ
7. ประเมินความเหมาะสมของทุกบทความที่เนื้อหา โดยไม่ให้ความสำคัญกับเชื้อชาติ เพศ เพศสภาพ ความเชื่อ ศาสนา ชาติพันธุ์ และความเห็นทางการเมืองของผู้เขียน

การติดต่อกับวารสารฯ ขอให้ติดต่อผ่านทางระบบ e-journal โดยที่ท่านสามารถศึกษารายละเอียดขั้นตอนในการส่งต้นฉบับบทความเข้าระบบฯ และการติดต่อผ่านทางระบบฯ ได้ที่ท้ายเอกสารนี้

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ควรประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address
- 1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.5 ภูมิหลังและเหตุผล

1.6 ระเบียบวิธีศึกษา

1.7 การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้างและเมื่อไร ถ้าหากไม่มี โปรดชี้แจงด้วย

1.8 ผลการศึกษา

1.9 วิจารณ์และข้อยุติ

1.10 กิตติกรรมประกาศ

1.11 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

1.12 กรณูณาแบบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ซึ่งท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรณูณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

2. บทปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นๆ ยิ่งขึ้น ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

2.6 เนื้อหา

2.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

2.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

2.9 กรณูณาแบบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอน



นี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ทั้งนี้ท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรณศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

3. บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความวิชาการที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ หรือเป็นบทความที่รวบรวมเนื้อหาและการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องดังกล่าว หรือเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนระบบสาธารณสุขที่โดดเด่นในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคอาเซียน ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำ

3.6 เนื้อหา

3.7 วิจารณ์

3.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

3.9 กรุณาแนบบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ทั้งนี้ท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรณศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้

ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

4. จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือ จดหมายโต้ตอบ

เป็นการติดต่อหรือตอบโต้ระหว่างนักวิชาการหรือผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นที่แตกต่าง และต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้งได้

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ในขั้นตอนการรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Words เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment

1. **ชื่อเรื่อง (title)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อย่อ (subtitle) ชื่อเรื่องต้องไม่ใช่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2. **ชื่อผู้เขียน (author and co-author)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช่คำย่อ ไม่ต้องระบุตำแหน่งและคำนำหน้าชื่อ

3. **ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัด ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด * † ‡

4. **บทคัดย่อ (abstract)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่ควรเกิน 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยชน์ สมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดีต

5. **คำสำคัญ (keywords)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

6. **ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale)** เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหา ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ และใส่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ในตอนท้าย

7. **ระเบียบวิธีศึกษา (methodology)** เขียนชี้แจงจำแนกเป็น 2 หัวข้อใหญ่คือ

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงการได้รับอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ ก็ควรอธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ



และสามารถนำไปใช้ได้ โดยระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจนและ กระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

8. การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) กรณีที่มีการทำวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้าง เมื่อไร ถ้าหากไม่มี ต้องชี้แจงด้วย

9. ผลการศึกษา (result) แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ที่อาจยกขึ้นมาอธิบายได้บ้าง ทั้งนี้ ขอให้แยกตาราง ภาพ และแผนภูมิออกจากเนื้อหา โดยวางไว้ท้ายบทความ ไม่สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมๆกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

ใส่ตารางที่ 1

หรือ

ใส่ภาพที่ 1

หรือ

ใส่แผนภูมิที่ 1

ตาราง (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

เป็นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

- ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- ชื่อคอลัมน์เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง (ถ้าจำเป็น)
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง เสนอให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶
- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง และไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอื่น
- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากงานของผู้อื่น

ภาพ (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

จะช่วยให้สื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- ต้องคมชัด อาจเป็นภาพขาว-ดำ หรือภาพสี
- ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels
- หากภาพมีกล่องข้อความหลายกล่องหรือสัญลักษณ์ต่างๆ จะต้องทำ grouping ไว้ด้วย
- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำภาพมาจากงานของผู้อื่น

10. วิจารณ์และข้อยุติ (discussion and conclusion) เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง ควรจะเขียนเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวิจัยกับผลที่ถูกรายงานไว้แล้วในงานของผู้อื่นที่ทำก่อนหน้านั้น (ซึ่งถ้าเป็นไปได้ไม่ควรเกิน 3-5 ปี) นำมาสนับสนุนผลการทดลอง

สมมติฐาน หรือข้อสรุป เพื่อเพิ่มน้ำหนักความน่าเชื่อถือ ควรอภิปรายข้อจำกัด/ข้อบกพร่อง ข้อดีเด่น ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ในทางการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

11. ข้อเสนอแนะ ผู้เขียนควรระบุข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อประเด็นที่ศึกษา และข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป โดยอ้างอิงข้อค้นพบจากการศึกษา

12. กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) มีย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

13. เอกสารอ้างอิง (reference) ในส่วนนี้ให้ใช้ “References” เป็นชื่อหัวข้อ สำหรับการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขด้วย ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยเริ่มจาก “(1)” และเรียงเลขอื่นๆ ต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช้คำย่อในรายการเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นของผู้เขียนและชื่อวารสารที่มีตาม Index Medicus ส่วนวารสารที่ไม่พบใน Index Medicus และวารสารไทยให้ใช้ชื่อวารสารที่เป็นชื่อเต็มในภาษาอังกฤษ

การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดดังส่วนต่อไปในเอกสารนี้)

สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหาของบทความ

บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังตีพิมพ์” (in press) บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” (unpublished work) หลีกเลี่ยงการนำ “ติดต่อส่วนตัว” (personal communication) มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงมีลักษณะดังนี้

13.1 วารสารวิชาการ

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

สำหรับรายการอ้างอิงที่เป็นเอกสารภาษาไทย ต้องแปลทุกส่วนเป็นภาษาอังกฤษ แล้วใส่ “(in Thai)” ไว้ท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น

ชื่อผู้เขียนให้ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง (ถ้ามี) และถ้ามีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.”

ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่เผยแพร่ใน Index Medicus ทุกปี

ชื่อเรื่อง จะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะต่างๆ

ถ้าวารสารเรียงหน้าไม่ต่อเนื่องกันทั้งปี ต้องระบุฉบับที่ไว้ด้วย ดังนี้ “10(3):” หมายความว่าพิมพ์เป็นปีที่ 10 ในวงเล็บฉบับที่ 3 และต่อด้วย : (colon)

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 123-9 แทนที่จะเป็น 123-129 และใช้ 248-58 แทนที่จะเป็น 248-258



ไม่มีการเว้นวรรคทั้งสองด้านของเครื่องหมาย ; (semicolon) และ : (colon) ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่ ฉบับที่ เลขหน้า

ตัวอย่างดังนี้

1. Sirichakwal PP, Sranacharoenpong K, Tontisirin K. Food based dietary guidelines (FBDGs) development and promotion in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr* 2011;20(3):477-83.
2. Chaisuntitrakoon A. Evaluation of dental services quality. *Journal of Health Systems Research* 2015;9(2):136-45. (in Thai)
3. Snowdon J. Severe depression in old age. *Medicine Today* 2002;3(12):40-7.
4. Studer HP, Busato A. Comparison of Swiss basic health insurance costs of complementary and conventional medicine. *Forschende Komplementarmedizin* 2011;18(6):315-20.
5. Skalsky K, Yahav D, Bishara J, Pitlik S, Leibovici L, Paul M. Treatment of human brucellosis: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2008 Mar 29;336(7646):701-4.
6. Huang CF, Lee HC, Yeung CY, Chan WT, Jiang CB, Sheu JC, et al. Constipation is a major complication after posterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformation in children. *Pediatric Neonatal* 2012;53(4):252-6.

กรณีผู้เขียนเป็นองค์กร

7. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40(5):679-86.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

8. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002;325(73):184.

กรณีเป็นบทความในฉบับเสริม (supplement)

9. Anamnart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. *J Med Assoc Thai* 2011;94 Suppl 1:S264-8.

13.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

10. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
11. National Statistical Office. The 2011 survey on conditions of society and culture. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2012.
12. Office of the National Economics and Social Development Board. Philosophy of sufficiency economy. Bangkok: 21 Century; 2007. (in Thai)
13. Association of Southeast Asian Nations. Association of Southeast Asian Nations: one vision, one identity, one community [Internet]. ASEAN annual report 2007-2008. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2011 [cited 2008 July]. Available from: <http://www.aseansec.org/index2008.html>.

หนังสือหรือตำราที่ผู้เขียนเขียนทั้งเล่ม และ ไม่มีบรรณาธิการ

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า.

จะใส่ครั้งที่พิมพ์เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ครั้งแรก

14. Khammanee T. Science of teaching: body of knowledge for the management of effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2007. 502 p. (in Thai).

15. Cheers B, Darracott R, Lonne B. Social care practice in rural communities. Sydney: The Federation Press; 2007.

16. Miles DA, Van Dis ML, Williamson GF, Jensen CW. Radiographic imaging for the dental team. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

17. Murtagh J. John Murtagh's general practice. 4th ed. Sydney: McGraw-Hill Australia; 2007.

หนังสือที่มีบรรณาธิการ และ อ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

18. Mahathanan N, Rodpai S. Counselling for renal replacement therapy. In: Eiam-Ong S, Susantitaphong P, Srisawat N, Tiranathanagul K, Praditpornsilpa K, Tungsanga K, editors. Textbook of hemodialysis. Nakhon Pathom: A I Press; 2007. p. 94-103.

19. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the smile. London: Quintessence Publishing; 2005. p. 187-210.

20. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynaecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p. 1103-33.

กรณีเป็น e-book

21. Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from Netlibrary: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=181691>.

กรณีเป็นบทหนึ่งใน e-book

22. Darwin C. On the Origin of Species by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life [internet]. London: John Murry; 1859. Chapter 5, Laws of Variation. [cited 2010 Apr 22]. Available from: <http://www.talkorigins.org/faqs/origin/chapter5.html>.

13.3 รายงานการประชุม สัมมนา

เอกสารสรุปผลการประชุม

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ). ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าที่.

23. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Reinhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the



7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

กรณีนำเสนอในการประชุม แต่ไม่มีการตีพิมพ์

24. Bowden FJ, Fairley CK. Endemic STDs in the Northern Territory: estimations of effective rates of partner exchange. Paper presented at: The Scientific Meeting of the Royal Australian College of Physicians; 1996 June 24-25; Darwin, Australia.

กรณีตีพิมพ์เป็น proceeding

25. Kimura J. Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

13.4 รายงานทางวิชาการ พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทของรายงาน. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

26. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No.: HHSIGOEI69200860.

13.5 วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

27. Khwansuk N. The effect of a home environmental management program for children with asthma on caregivers' management behavior (master's thesis). Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai)

13.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

13.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ ปี เดือน วันที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

28. Purdon F. Colder babies at risk of SIDS. The Courier Mail 2010 Mar 8:9.

29. Robertson J. Not married to the art. The Courier Mail (Weekend edition). 2010 Mar 6-7: Sect. ETC:15.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

30. Meeting the needs of counsellors. The Courier Mail 2001 May 5:22.

13.6.2 กฎหมาย

31. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

13.6.3 พจนานุกรม

32. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

กรณีเป็น online dictionary

33. Stedman's medical dictionary [Internet]. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20. [cited 2009 Nov 11]. Available from: <http://www.stedmans.com>.

13.7 วีดิทัศน์

ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

34. Robinson J (producer). Examination of the term neonate: a family centred approach [DVD]. South Hurstville, NSW: Midwifery Educational Services; 2005. 1 DVD: 37 min., sound, colour, 4 ¾ in.

13.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร หรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [ปี เดือน วัน ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address.

ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI number

35. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/> doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.

ตัวอย่างไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI number

36. Lemaneck K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [cited 2010 Apr 22];15(4):437-58. Available from: <http://jpsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>.

Podcasts

37. Dirks, P. "Missing Link" fossil discovery in South Africa [podcast on the internet]. Sydney: ABC Radio National; 2010 [updated 2010 Apr 9; cited 2010 Apr 14]. Available from: <http://www.abc.net.au/rn/breakfast/stories/2010/2868072.htm>.

Blog Posts

38. Flower R. How a simple formula for resolving problems and conflict can change your reality. Pick the brain [blog on the Internet]; 2015 Jun 1 [cited 2015 Jun 9]. Available from: <http://www.pickthebrain.com/blog/how-a-simple-formula-for-resolving-problems-and-conflict-can-change-your-reality/>.

การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียน สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น

การตรวจทานต้นฉบับก่อนเผยแพร่ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

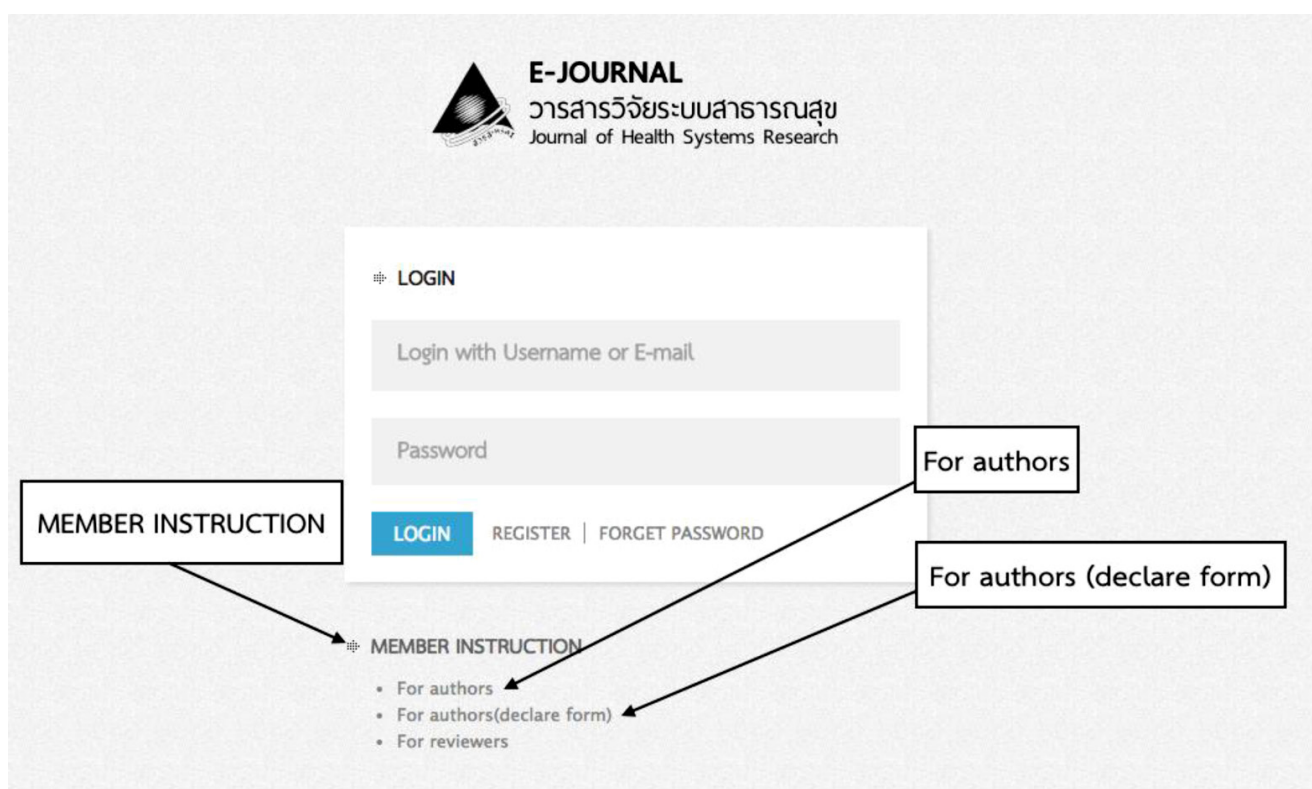


สถานะของบทความในระบบและขั้นตอนการทำงาน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

สถานะบทความในระบบ e-journal	ขั้นตอนการทำงาน
1. Information review	เมื่อผู้เขียนส่งบทความเข้าระบบ e-journal สำเร็จแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความเรียบร้อยเบื้องต้น
2. Editor first view	ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองเบื้องต้น เช่น ตรวจสอบการเข้าขอบข่ายของวารสารฯ และประโยชน์จากงานวิจัย บทความอาจจะถูกปฏิเสธในขั้นตอนนี้ได้
3. Reviewer	กองบรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ความเห็นในเชิงวิชาการ บรรณาธิการพิจารณาสรุปความเห็น ก่อนแจ้งผู้เขียนปรับแก้บทความ หรือ แจ้งปฏิเสธที่จะเผยแพร่บทความ
4. Revision Revision 1	เมื่อกองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้เขียนปรับแก้ วันที่ 1 ถึงวันที่ 30 นับจากวันที่แจ้งผล โดยนับวันแจ้งผลเป็นวันที่ 0 และ ก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน ซึ่งผู้เขียนสามารถดำเนินการตามที่แจ้งในข้อความนั้น เพื่อขอขยายเวลาได้อีก 30 วัน (เมื่อขอขยายเวลา และเข้าวันที่ 31 บทความจึงจะเปลี่ยนสถานะเป็น Revision 2)
Revision 2	วันที่ 31 ถึงวันที่ 60 นับจากวันที่แจ้งผล โดยก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน และไม่สามารถขยายเวลาได้อีก
*หากผู้เขียนไม่ส่งบทความภายใน 30 วัน ในกรณีไม่ขอขยายเวลา หรือ ไม่ส่งภายใน 60 วัน ในกรณีที่ขอขยายเวลา ระบบจะ reject บทความโดยอัตโนมัติ	
5. Edit 1	เมื่อผู้เขียนส่งบทความที่ปรับแก้แล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจสอบการปรับแก้ตามที่ได้แจ้งผู้เขียน
6. Edit 2	ชำระนิพนธ์ต้นฉบับ
7. Editor approval of MS words	กองบรรณาธิการพิจารณาบทความในเชิงวิชาการอีกครั้ง และอาจแจ้งให้ผู้เขียนปรับเพิ่มเติมได้
8. Artwork	กองบรรณาธิการส่งบทความเพื่อจัดให้อยู่ในรูปแบบสำหรับการเผยแพร่ online (เป็นไฟล์ pdf)
9. Author check	ผู้เขียนตรวจสอบความถูกต้อง กำหนดแจ้งกลับภายใน 3 วัน
10. Editor approval of artwork	กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง
11. Proofreading	พิสูจน์อักษร
12. Library catalogue	กองบรรณาธิการเตรียมการเผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal
13. Publication	เผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal ซึ่งจะมีข้อความแจ้งไปยังผู้เขียนหลังการเผยแพร่ด้วย

การส่งต้นฉบับ

จะต้องดำเนินการผ่านทางระบบออนไลน์เท่านั้น โดยไปที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> ซึ่งจะปรากฏหน้าจอ ดังภาพด้านล่างนี้ หากท่านใดส่งบทความเป็นครั้งแรก ต้องสมัครสมาชิกก่อน (คลิกที่ register) ระบบจะส่งลิงค์ไป ให้ที่อีเมลที่ท่านใช้สมัคร ท่านจะต้องใช้ลิงค์นั้นภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อไปตั้ง password และหลังจากตั้ง password เรียบร้อยแล้วจึงจะส่งบทความได้ หากลืม password กรุณากรอก username หรือ email address ที่ใช้สมัครไว้ และ click ที่ FORGET PASSWORD จะมีข้อความส่งไปยังอีเมลที่ท่านสมัครเพื่อให้ท่านสามารถเข้าระบบเพื่อตั้ง password ใหม่ได้



เมื่อคลิกที่ “For authors” ระบบจะแสดงหน้าต่างไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำแนะนำการส่งต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เมื่อคลิกที่ “For authors (declare form)” ระบบจะแสดงหน้าต่างไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำรับรองงานต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งวารสารฯ กำหนดให้ผู้เขียนส่งด้วย สำหรับคำแนะนำในการส่งคำรับรองงานต้นฉบับ กรุณาย้อนกลับไปดูคำแนะนำในส่วน “ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่” ด้านบนของเอกสารนี้

ภายหลังการตั้ง password เมื่อคลิก save แล้ว จะปรากฏหน้าข้างล่างนี้บนหน้าจอ



Add new article

The changes have been saved.

INFORMATION

Title (thai) *

Title (eng.) *

Abstract (thai) *

Data

Authors *

Full name (thai)

Full name (eng.)

Email

Add co-author

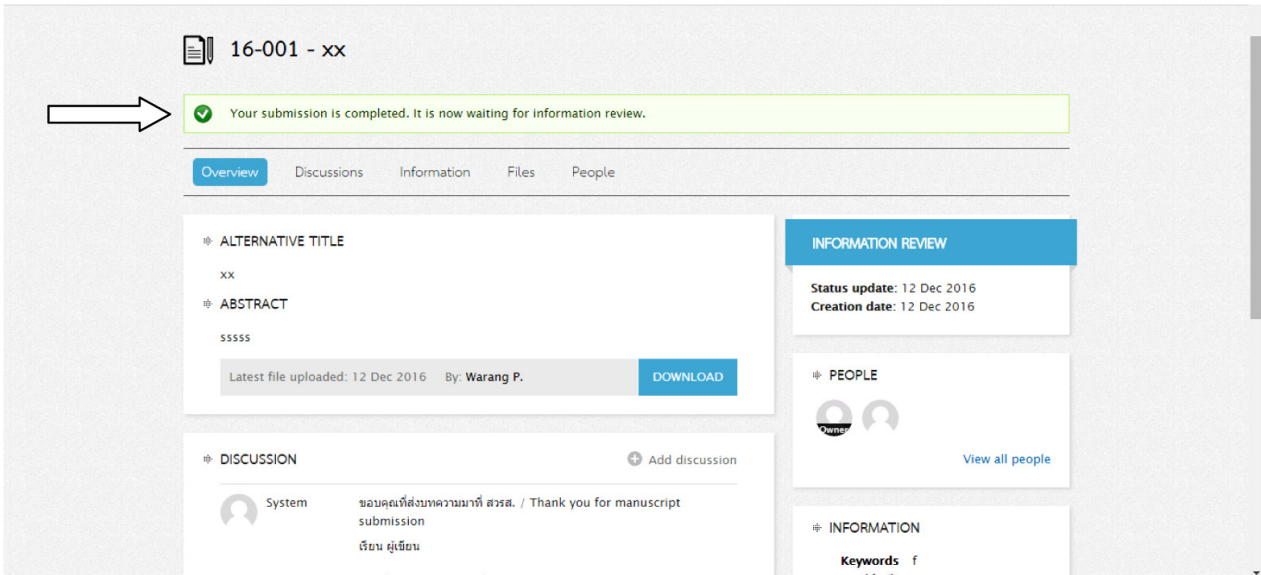
Keywords (thai) *

Add co-author

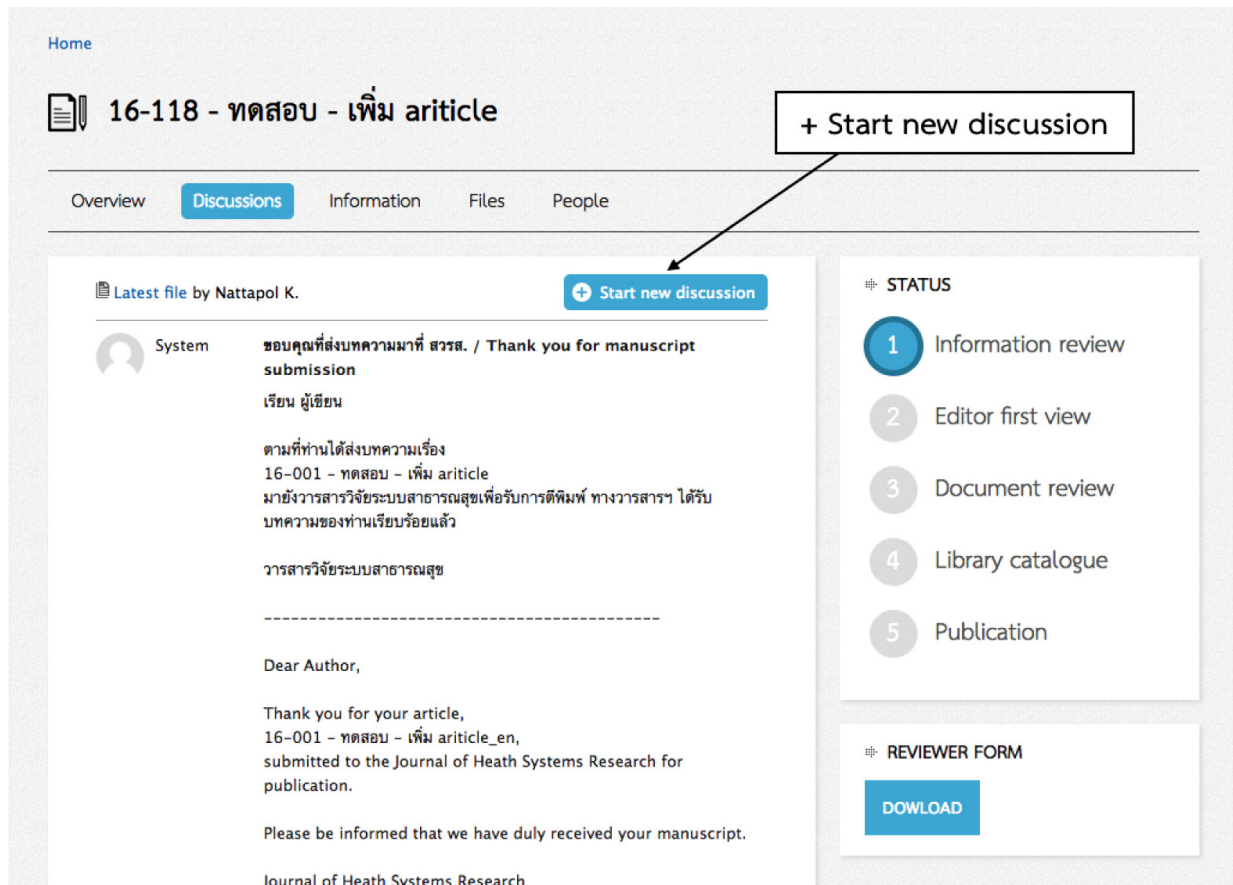
กรุณารอกข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชื่อและอีเมลของผู้เขียนทุกท่านตามที่ปรากฏในไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับ ซึ่งช่องสำหรับกรอกข้อมูลของผู้เขียนร่วมจะปรากฏเมื่อท่านคลิกที่ปุ่ม Add co-author โดยจะปรากฏช่องให้กรอกข้อมูลผู้เขียนร่วมครั้งละ 1 ท่าน เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงคลิก Choose file เพื่อไปเลือกไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับที่ท่านต้องการเสนอเผยแพร่ เมื่อปรากฏชื่อไฟล์ที่ต้องการในกล่องเรียบร้อยแล้วจึงกดปุ่ม UPLOAD เพื่อ upload ไฟล์เข้าระบบ หลังจากระบบ upload ไฟล์เรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม SUBMIT

The screenshot shows the 'Full text' section of the submission form. It includes a text area for the abstract, a 'Full text' label, a 'Choose File' button, and an 'UPLOAD' button. Below the text area, it says 'File types allowed: doc docx'. There is also a checkbox for 'I have read the submission guidelines' and a 'SUBMIT' button. To the right, there are sections for 'Keywords (eng.)', 'Offices', 'Publisher', 'Contributors', 'Date', 'Language', and 'Coverage'. Annotations with arrows point to the 'Choose file' button, the 'UPLOAD' button, and the 'SUBMIT' button.

หากการส่งนิพนธ์ต้นฉบับเสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว หน้าจะปรากฏดังนี้

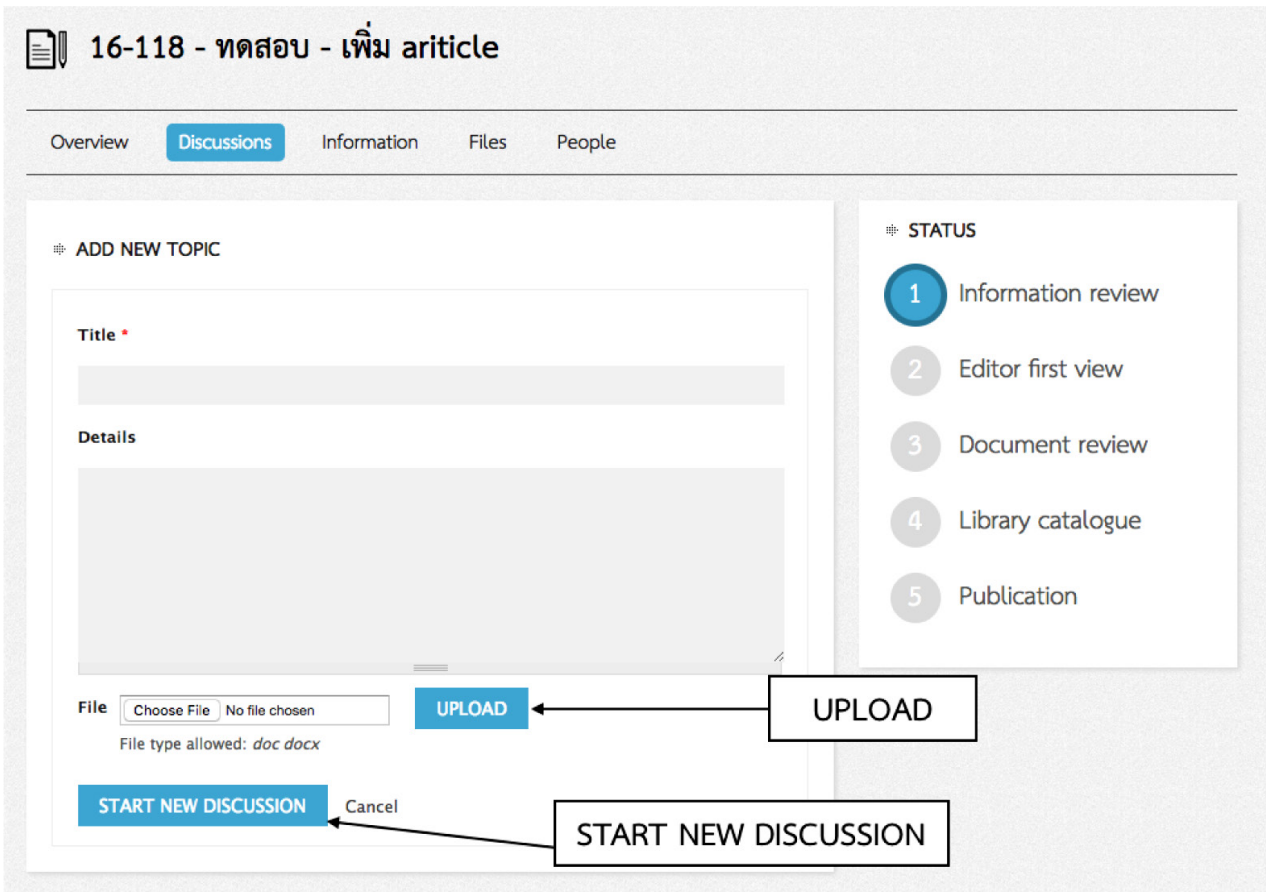


การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดการวารสารนั้น ท่านสามารถกระทำได้ เมื่อท่าน log in เข้าระบบที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> แล้วไปที่ tab “Discussions” จากนั้น คลิกที่ “+ Start new discussion” ดังภาพด้านล่าง





จากนั้นจะปรากฏหน้าจอ ดังนี้



กรุณากรอกหัวข้อที่ช่อง Title ซึ่งมี * (สีแดง) กำกับไว้ แล้วพิมพ์ข้อความที่ต้องการสื่อสารในช่อง Details หากมีไฟล์ที่ต้องการ upload ก็คลิกที่ Choose File แล้วคลิก UPLOAD

จากนั้น คลิกที่ START NEW DISCUSSION ที่อยู่ด้านล่าง ระบบจึงจะส่งข้อความของท่านไปยังเจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการวารสารฯ

หากการ upload ไฟล์สำเร็จ จะมีข้อความแสดงที่หน้าจอให้ทราบ และปรากฏชื่อไฟล์ได้ข้อความของท่าน

เมื่อกองบรรณาธิการส่งข้อความถึงท่านจากระบบ e-journal จะมีข้อความไปยังอีเมลที่ท่านใช้ในการสมัครสมาชิกกับทางวารสารฯ และท่านสามารถคลิกที่ลิงค์ในข้อความดังกล่าว เพื่อเข้าสู่ระบบ e-journal และเขียนข้อความตอบกลับได้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือพบปัญหาในการใช้ระบบ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ ในเวลาทำการ (08.30-16.30 น.) ของวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ที่โทร 02-832-9200 หรือ ส่งคำถามของท่านได้ที่ warangkana@hsri.or.th

สารบัญ

Contents

บทบรรณาธิการ

ประชาชนสุขภาพดีด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ และ
การป้องกันโรค

ศุภลสิทธิ์ พรรณารุณทไย

351

Editorial

**Healthy People with Health Promotion and
Disease Prevention**

Supasit Pannarunothai

นิพนธ์ต้นฉบับ

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ
ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด
ในประเทศไทย: ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560

อชิป ตันอารีย์

พลเทพ วิจิตรคุณากร

353

**Alcohol Drinking and Provincial Alcohol Problem
Index (PAPI) in Thailand: The 2017 Survey**

Athip Tanaree

Polathep Vichitkunakorn

สถานการณ์การให้บริการของพยาบาลนมแม่ใน
สถานพยาบาลของประเทศไทย

นิศาชล เศรษฐไกรกุล

ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย

368

**Study of Lactation Consultant's Services in Health
Facilities in Thailand**

Nisachol Cetthakrikul

Chompoonut Topothai

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล: ผลการ
ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ภรณ์ เหล่าอิทธิ

ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย

383

**Health Promotion Activity in Hospitals – A Systematic
Review of Systematic Review**

Poranee Laoitthi

Piya Hanvoravongchai

ความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
ในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

พันธิตรา สิงห์เขียว และคณะ

394

**Expectations of Community Hospital Directors in
Health Region 2 towards the Medical Curriculum
of the Faculty of Medicine, Naresuan University**

Pantitra Singkheaw, et al.

ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย

อุทุมพร วงษ์ศิลป์

ดิชพงษ์ พงศ์ภัทรชัย

410

**Cost Analysis of HIV/AIDS Outpatient Service in
Thailand**

Utoomporn Wongsin

Dichapong Pongpatrachai

ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท
พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด

อุทุมพร วงษ์ศิลป์

ภาสกร สวนเรือง

420

**Unit Cost of Schizophrenia, Schizotypal and
Delusional Disorders**

Utoomporn Wongsin

Passakorn Suanrueang

สารบัญ

Contents

สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง
โรงพยาบาลภาครัฐ กรณีศึกษา 8 โรงพยาบาล

ภาสกร สวนเรือง
อุทุมพร วงษ์ศิลป์

428

**A Time-Motion Study of Medical Specialists: a Case
Study in Eight Public Hospitals**

*Passakorn Suanrueang
Utoomporn Wongsin*

บทปริทัศน์

REVIEW ARTICLE

บทเรียนจากการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรม
ทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573

ฐิติกร โตโพธิ์ไทย และคณะ

442

**Lessons Learnt from Developing the 2018 - 2030
National Physical Activity Plan in Thailand**

Thitikorn Topothai, et al.

ประชาชนสุขภาพดีด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

Healthy People with Health Promotion and Disease Prevention

เรากำลังก้าวเข้าสู่ศตวรรษใหม่ เริ่มด้วยปี ค.ศ. 2020 บทเรียนจาก Healthy People หรือ ประชาชนสุขภาพดี ในสหรัฐอเมริกา น่าจะเหมาะสมกับบทบรรณาธิการฉบับนี้ ตอนที่โลกเราก้าวเข้าสู่ศตวรรษใหม่ คือปี ค.ศ. 2000 ประเทศสหรัฐอเมริกาเตรียมการวางแผนเป้าหมาย Healthy People 2000 เป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี 1990 จากนั้นเกิด อนุกรม Healthy People 2010, Healthy People 2020 ทุกๆ 10 ปี และ Healthy People 2030 กำลังอยู่ในกระบวนการสรุป⁽¹⁾

ย้อนหลังไปเดือนกันยายน ค.ศ. 1990 กระทรวงสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกาเปิดตัวหนังสือ Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็น ยุทธศาสตร์ว่า ประชาชนชาวอเมริกันจะมีสุขภาพดีตอน สิ้นศตวรรษ โดยมีจุดเน้น 22 ประเด็นสำคัญ (priority area) ของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีตัวชี้วัดที่ไม่ซ้ำกัน 319 ตัวชี้วัด⁽²⁾ หลังจากนั้น 10 ปี Healthy People 2010 เพิ่มจุดเน้นเป็น 28 ประเด็นสำคัญ โดยมี 467 ตัวชี้วัด⁽³⁾ และเมื่อเป็น Healthy People 2020 จุดเน้นเพิ่มขึ้นอีกเป็น 42 ประเด็นสำคัญ โดยมี 1,300 ตัวชี้วัด⁽⁴⁾ โดยศูนย์สถิติสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Center for Health Statistics) ต้องจัดทำรายงานประจำปี ที่ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด เรียกได้ว่า Healthy People 2020 มีตัวชี้วัดที่จับใจผู้ทำงานด้านสุขภาพแต่ละด้าน หรือ แต่ละกรม/กอง และครอบคลุมประเด็นใหม่ๆ เช่น สุขภาพ

วัยรุ่น (adolescent health) สมองเสื่อม (dementia) สุขภาพเด็กแรกเริ่ม/เด็กระยะกลาง (early and middle childhood), จีโนมิกส์ (genomics), สุขภาพโลก (global health) โรคติดเชื้อจากบริการสุขภาพ (healthcare associated infection) คุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ (health-related quality of life and well-being) สุขภาพทางเพศในกลุ่มหลากหลายทางเพศ (lesbian, gay, bisexual and transgender health) สุขภาพกับการนอน (sleep health) ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinant of health) ฯลฯ เพราะถ้าไม่กำหนดเป็นตัวชี้วัดไว้ ผู้ทำงานก็จะเฉื่อยๆ หรือลืมนๆ กันไป เนื่องจากผู้ตรวจราชการของกระทรวงต่างๆ ไม่เอ่ยถึง

เมื่อมีตัวชี้วัดถึง 1,300 ตัว ย่อมทำให้เกิดปัญหาในการ สื่อสารสาระสำคัญของประชาชนสุขภาพดี ดังนั้น Healthy People 2020 จึงต้องกำหนดชุดตัวชี้วัดสุขภาพระดับ นำ (Leading Health Indicator: LHI) ไว้สำหรับสื่อสาร และขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่มีความสำคัญสูง ซึ่งในชุด ตัวชี้วัดสุขภาพระดับนำของ Healthy People 2020 มี วัตถุประสงค์ 26 ข้อ และจากการประเมินเพื่อจัดทำชุด ตัวชี้วัดสุขภาพระดับนำของ Healthy People 2030 พบว่า วัตถุประสงค์ที่ผ่านฉลุยแล้ว ได้แก่ ดัชนีคุณภาพอากาศ อัตราการบาดเจ็บและความรุนแรง อัตราการตาย อัตรา เด็กคลอดก่อนกำหนด อัตราผู้ใหญ่อกกำลังกาย อัตรา วัยรุ่นดื่มแอลกอฮอล์ อัตราผู้ใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณ มาก อัตราวัยรุ่นสูบบุหรี่ อัตราเด็กสูดควันบุหรี่มือสอง



ส่วนวัตถุประสงค์ที่สื่อเค้าแยะลงมาก ได้แก่ อัตราฆ่าตัวตาย อัตราวัยรุ่นซึมเศร้า และอัตราเด็ก, วัยรุ่นและผู้ใหญ่ พบทันตแพทย์⁽⁵⁾

น่าสนใจว่าการจัดทำชุดตัวชี้วัดสุขภาพระดับนำ (LHI) ของ Healthy People 2030 มีกระบวนการตัดสินใจคัดเลือกอย่างระมัดระวัง และเนื่องจากไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่า LHI ของ Healthy People 2020 มีหลักเกณฑ์กำหนดอย่างไร ดังนั้น การเลือก LHI ของ Healthy People 2030 จึงแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน⁽¹⁾ *ขั้นตอนแรก* เป็นการเลือกตามวัตถุประสงค์ของ LHI ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. หลักเกณฑ์ของการเป็นกลุ่มวัตถุประสงค์หลัก (core objectives) ซึ่งจะอยู่ในกลุ่มนี้ได้ ประเด็นดังกล่าวจะต้องมีแหล่งข้อมูลเป็นที่ยอมรับ, ต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่ไม่เก่าไปกว่าปี ค.ศ. 2015, ต้องมีข้อมูลมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ช่วงเวลาในทศวรรษที่ผ่านมา, และต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคที่เลือกนั้นมีประสิทธิผล) 2. หลักเกณฑ์ของการเป็นกลุ่มวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา (developmental objectives) ซึ่งจะอยู่ในกลุ่มนี้ได้ ประเด็นดังกล่าวแม้จะยังไม่มีข้อมูลพื้นฐานแต่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคที่เลือกนั้นมีประสิทธิผล) 3. หลักเกณฑ์ของการเป็นกลุ่มวัตถุประสงค์เพื่อการวิจัย (research objectives) ซึ่งจะอยู่ในกลุ่มนี้ได้ ประเด็นดังกล่าวจะต้องมีหลักฐานว่า มีภาวะปัญหาสุขภาพหรือภาวะทางเศรษฐกิจระดับสูงและมีความเหลื่อมล้ำมากระหว่างกลุ่มประชากร โดยกลุ่มวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยอาจเลือกมาเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาต่อไป) *ขั้นตอนที่สอง* เป็นเกณฑ์คุณสมบัติของตัวชี้วัด ได้แก่ 1. วัดได้ 2. มีข้อมูลพื้นฐาน และ 3. มีความสำคัญต่อชาติ ไม่ใช่แค่ระดับชาติ แต่ต้องเกิดผลกระทบต่อภาค และท้องถิ่นหรือกลุ่มประชากรที่หลากหลายด้วย⁽¹⁾

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขฉบับนี้มีเรื่องที่เขาประเด็นเป้าหมายประชาชนไทยสุขภาพดีด้วยการสร้าง

เสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหลายเรื่อง⁽⁶⁻⁸⁾ ที่เข้าได้กับบทเรียน Healthy People ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัย รวมทั้งผู้ขับเคลื่อนเชิงนโยบายบนหลักฐานเชิงประจักษ์ และประชาชนที่เป็นเป้าหมายของสุขภาพดี

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

บรรณาธิการ

References

1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Criteria for selecting the leading health indicators for healthy people 2030. Washington, DC: The National Academies Press; 2019. doi.org/10.17226/25531.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy people 2000: priority areas [internet]. [accessed 2019 December 20] Available from: https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2000/hp2000_priority_areas.htm.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy people 2020 focus areas at a glance [internet]. [accessed 2019 December 20] Available from: https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010/hp2010_focus_areas.htm.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Topic areas at a glance [internet]. [accessed 2019 December 20] Available from: https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020/hp2020_topic_areas.htm.
5. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Leading health indicators [internet]. [accessed 2019 December 20] Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/Leading-Health-Indicators>.
6. Tanaree A, Vichitkunakorn P. Alcohol drinking and provincial alcohol problem index (PAPI) in Thailand: the 2017 survey. Health Systems Research Journal 2019;13(4):353-67. (in Thai)
7. Laoitthi P, Hanvoravongchai P. Health promotion activity in hospitals – a systematic review of systematic review. Health Systems Research Journal 2019;13(4):383-93. (in Thai)
8. Topothai T, Khamput T, Kamonrunsan J, Promsaka Na Sakolnakorn P, Asawutmanangkul U. Lessons learnt from developing the 2018 - 2030 national physical activity plan in Thailand. Health Systems Research Journal 2019;13(4):442-56. (in Thai)

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560

อริบ ตันอารีย์*

พลเทพ วิจิตรคุณากร†

ผู้รับผิดชอบบทความ: พลเทพ วิจิตรคุณากร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เป็นรายภูมิภาคและรายจังหวัด โดยใช้ค่าดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index, PAPI) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร (สพบส.) พ.ศ. 2560 ซึ่งใช้แบบแผนการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (stratified 2-stage sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120,003 คน วิเคราะห์ข้อมูลแบบถ่วงน้ำหนัก นำเสนอเป็นค่าร้อยละและค่าดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัด ซึ่งคำนวณจาก 5 ประเด็นสถานการณ์แอลกอฮอล์ในแต่ละจังหวัดเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ มีค่าอยู่ระหว่าง 0 (ความเสี่ยงต่ำที่สุด) ถึง 1 (ความเสี่ยงสูงที่สุด) ผลการศึกษาพบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของนักดื่มทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 35.4 และ 32.8 ตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 19.0 และ 16.8 ตามลำดับ) สูงกว่าภูมิภาคอื่น ส่วนภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนของการดื่มประจำและดื่มหนักสูงกว่าภูมิภาคอื่น จังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด ได้แก่ ลำปาง (0.72 คะแนน) เชียงราย (0.69 คะแนน) พิษณุโลก (0.65 คะแนน) จันทบุรี (0.64 คะแนน) และสุโขทัย (0.63 คะแนน) ดังนั้น สรุปได้ว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีความหลากหลายของประเด็นปัญหาที่สำคัญในแต่ละพื้นที่ โดยพื้นที่ที่ควรมีการแก้ไขโดยด่วน ได้แก่ จังหวัดลำปางและเชียงราย รวมถึงภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ควรประกอบด้วย การสร้างกลไกขับเคลื่อนตามประเด็นปัญหาในระดับท้องถิ่น ร่วมกับการผลักดันเชิงนโยบายในระดับประเทศ

คำสำคัญ: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด, ประเทศไทย

Alcohol Drinking and Provincial Alcohol Problem Index (PAPI) in Thailand: The 2017 Survey

Athip Tanaree*, Polathep Vichitkunakorn†

* Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

† Department of Family and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Corresponding author: Polathep Vichitkunakorn, polathep.v@psu.ac.th

* โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

† ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Received 15 October 2019; Revised 8 December 2019; Accepted 8 December 2019

Abstract

The objective of this study was to report drinking patterns and alcohol-related health risks using Provincial Alcohol Problem Index (PAPI) of Thai population by region and province. Data from the 2017 Cigarette Smoking and Alcohol Drinking Behavior Survey, a stratified two-stage random sampling to select 120,003 Thai participants aged 15 years and over, were analyzed using descriptive statistics. The prevalence was estimated by weighted proportion and presented at national, regional and provincial levels. A composite PAPI score, ranging from 0-1, was also calculated to represent a relative level of alcohol risk problem in each province. At regional level, the Northern and Northeastern regions had the highest prevalence of adult (35.4% and 32.8%, respectively) and adolescent drinkers (19.0% and 16.8%, respectively), while the Central and Southern regions had the highest proportions of regular to heavy drinkers and drink driving. Provinces with the highest PAPI score were scattered in the Northern and Central regions, including Lampang (0.72 point), Chiang Rai (0.69 point), Phitsanulok (0.65 point), Chantaburi (0.64 point) and Sukhothai (0.63 point). This study showed that alcohol use and related problems remained significant health issues in Thailand with a diversity of specific problems that needed to be prioritized in each local area. Lampang, Chiang Rai, Northern, and Northeastern regions should urgently consider these issues. These hence warrant comprehensive measures targeting both establishment of local community actions and national alcohol policies.

Keywords: alcohol; Provincial Alcohol Problem Index; Thailand

ภูมิหลังและเหตุผล

จากรายงาน Global Action Plan สำหรับการป้องกันโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในสี่ของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ควรให้การป้องกันในทุกประเทศทั่วโลก โดยมีเป้าหมายใน ค.ศ. 2020 หรือ พ.ศ. 2563 ว่า จะต้องลดความเสี่ยงที่เกิดจากแอลกอฮอล์ให้ได้ถึงร้อยละ 10⁽¹⁾ นอกจากนั้นแล้วเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามวาระแห่งชาติปี 2030 หรือ พ.ศ. 2573 (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งประกาศโดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ระบุว่า แอลกอฮอล์เป็นอุปสรรคที่สำคัญ โดยเกี่ยวข้องกับ 13 เป้าหมายจากทั้งหมด 17 เป้าหมายหลัก⁽²⁾

สถานการณ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน

ประเด็นต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการควบคุมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพและสังคม การจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการประเมินผลมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร (สพพส.) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเริ่มต้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2550 จากนั้นก็มีการสำรวจอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งครั้งล่าสุดเป็นครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีรูปแบบการสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง ซึ่งมีเพียง 2 ครั้งเท่านั้น ได้แก่ การสำรวจครั้งที่ 2 และ 4 ในปี พ.ศ. 2554 และ 2560 ที่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงเป็นตัวแทนได้ในระดับจังหวัด การสำรวจการเฝ้าระวังความเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่จังหวัด มีความสำคัญต่อการกำหนดกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของ

แต่ละพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2556 ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้จัดทำรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด โดยวิเคราะห์ข้อมูล สพบส. ปี พ.ศ. 2554 โดยนำเสนอประเด็นสถานการณ์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ซึ่งประยุกต์มาจาก “ดัชนีรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (patterns of drinking score; PDS)” โดยองค์การอนามัยโลก (WHO)^(3,4)

เพื่อให้การเฝ้าระวังความเสี่ยงของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไปอย่างต่อเนื่องและทันสมัย สพบส. ในปี พ.ศ. 2560 ได้กำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อให้สามารถนำเสนอข้อมูลในระดับพื้นที่ได้ นั่นคือ ระดับภาคและระดับจังหวัด เพื่อสะท้อนการทำงานของภาครัฐในหลากหลายระดับ ดังนั้น รายงานฉบับนี้จึงวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด และสะท้อนผลการกำหนดนโยบายและกลไกการป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา โดยมีการคงรูปแบบการนำเสนอในประเด็นหลักเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับรายงานฉบับเดิมได้ และเพิ่มการนำเสนอประเด็นสถานการณ์ที่อยู่ในความสนใจของภาคประชาชน เช่น ผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องของแต่ละจังหวัดในประเทศไทยและคำนวณดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของแต่ละจังหวัดในประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาโดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis)

การเก็บข้อมูลและแหล่งข้อมูล

งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบหรือและดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 ซึ่งเก็บข้อมูล

รายบุคคลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2560 โดยมีขนาดตัวอย่างทั้งหมด 45,300 ครั้วเรือน จาก 2,315 หน่วยเขตแจงนับ (enumeration area: EA) ซึ่งใช้แบบแผนการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (stratified 2-stage sampling) โดยมีเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตและกรุงเทพมหานครเป็นชั้นภูมิหลัก และเขตการปกครอง (ในหรือนอกเขตเทศบาล) เป็นชั้นภูมีย่อย หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1 คือ เขตแจงนับ (EA) และหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 2 คือ ครั้วเรือนส่วนบุคคลและสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ยังอาศัยอยู่ในครั้วเรือน

ตัวแปรและนิยาม

นักดื่มปัจจุบัน (current drinker) หมายถึง ประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดใดก็ได้ ในช่วง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์

นักดื่มประจำ (regular drinker) หมายถึง นักดื่มที่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดใดก็ได้อย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงและแนวโน้มในการเกิดปัญหาและการติดสุรา สำหรับนักดื่มที่ดื่มน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์จะเรียกว่า **นักดื่มครั้งคราว (occasional drinker)**

การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก (binge drinking) หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณการดื่มต่อครั้งตั้งแต่ 4 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไป ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ 4 กระป๋อง, สุราขาว 5 เป๊ก, ไวน์ 4 แก้วไวน์, น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ 4.5 ขวด หรือสุราพื้นเมือง 1 ขวดใหญ่ เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทั้งหมด ใช้โปรแกรม R เวอร์ชัน 3.3.3 และ package survey⁽⁵⁾, maptools⁽⁶⁾ และ sp⁽⁷⁾ โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ 2 ส่วน ได้แก่ การวิเคราะห์พื้นฐานและการคำนวณดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index: PAPI) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้



การวิเคราะห์พื้นฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรายจังหวัด ใช้การวิเคราะห์แบบถ่วงน้ำหนัก (weighting method) ซึ่งจะทำให้ข้อมูลจากผู้ที่ถูกสุ่ม (ตัวอย่าง) สามารถสะท้อนไปถึงประชากรทั้งหมด (ประชากรเป้าหมาย) ได้

สำหรับประเด็นสถานการณ์ที่สนใจในรายงานฉบับนี้ ประกอบไปด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ (ตารางที่ 1)

ประเด็นตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2555 - 2564 และรายงาน Global status report on alcohol and

health ประจำปี พ.ศ. 2557 ขององค์การอนามัยโลก⁽³⁾ ได้แก่ ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป และวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี

ประเด็นพฤติกรรมกรรมการดื่มที่สำคัญ ได้แก่ สัดส่วนของนักดื่มที่เป็นนักดื่มประจำ ดื่มหนัก และดื่มแล้วขับชียานพาหนะ

การคำนวณดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index; PAPI)

รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 1 ข้อคำถามและวิธีการคำนวณสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ข้อคำถาม	การคำนวณ	
		ตัวตั้ง	ตัวหาร
1. ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป)	“เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” (ข้อ D1)	ประชาชนที่ตอบตัวเลือก 3 ถึง 10 ได้แก่ ทุกความถี่ของ “ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว”	ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ตอบคำถามข้อนี้ ซึ่งรวมถึง “ไม่เคยดื่มเลยในชีวิตนี้” และ “เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว”
2. ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี)	“เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” (ข้อ D1)	ประชาชนที่ตอบตัวเลือก 3 ถึง 10 ได้แก่ ทุกความถี่ของ “ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว”	เฉพาะประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ถึง 19 ปีที่ตอบคำถามข้อนี้ ซึ่งรวมถึง “ไม่เคยดื่มเลยในชีวิตนี้” และ “เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว”
3. สัดส่วนของนักดื่มประจำ	“เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” (ข้อ D1)	นักดื่มที่ตอบตัวเลือก 3 ถึง 6 ได้แก่ “ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว” และมีความถี่ทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์) ถึง ทุกสัปดาห์ (1-2 วัน/สัปดาห์)	นักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป)
4. สัดส่วนของนักดื่มหนัก	“ใน 12 เดือนที่แล้ว เคยดื่มหนักหรือดื่มปริมาณมากในครั้งเดียวหรือไม่” (ข้อ D40)	นักดื่มที่ตอบตัวเลือก 2 ถึง 9 ได้แก่ ทุกความถี่ของการดื่มหนัก	นักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป)
5. สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับชียานพาหนะ	“ใน 12 เดือนที่แล้ว เคยดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างขับรถหรือจักรยานยนต์หรือไม่” (ข้อ D49)	นักดื่มที่ตอบข้อ 1 และ 2 ได้แก่ เคยเป็นประจำและเคยเป็นบางครั้ง	นักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป)

รายจังหวัด พ.ศ. 2554 (Provincial Alcohol Report 2011) ของประเทศไทยได้ประยุกต์การใช้ดัชนีรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแบบครอบคลุมหลายปัจจัย โดยใช้ชื่อว่า “ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (PAPI)” เป็นเครื่องชี้วัดที่ประกอบไปด้วยตัวชี้วัด 5 ข้อที่สำคัญ ได้แก่ (1) ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรผู้ใหญ่ (2) สัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่ (3) สัดส่วนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักในประชากรผู้ใหญ่ (4) สัดส่วนของการดื่มแล้วขับชียานพาหนะในประชากรผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (5) ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยรุ่น

การคำนวณดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในแต่ละตัวชี้วัด ใช้สูตรดังนี้

$$P_i = \frac{(Value_i - Min_i)}{(Max_i - Min_i)}$$

โดยที่ P_i คือ คะแนนของแต่ละตัวชี้วัด

$Value_i$ คือ ค่าเฉลี่ยของแต่ละจังหวัด

Min_i คือ ค่าเฉลี่ยของจังหวัดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

Max_i คือ ค่าเฉลี่ยของจังหวัดที่มากที่สุด

หลังจากนั้นคำนวณดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดจากค่าเฉลี่ยคะแนนของทุกตัวชี้วัดดังนี้

Provincial Alcohol Problem Index (PAPI)

$$= \frac{(P_1 + P_2 + P_3 + P_4 + P_5)}{5}$$

โดยที่ PAPI คือ ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของแต่ละจังหวัด ซึ่งจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 โดย 0 หมายถึง ความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของพื้นที่ต่ำที่สุด และ 1 หมายถึง ความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของพื้นที่สูงที่สุด

P_1 คือ ค่าความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรผู้ใหญ่

P_2 คือ ค่าสัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่

P_3 คือ ค่าสัดส่วนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่

P_4 คือ ค่าสัดส่วนของผู้ดื่มแล้วขับชียานพาหนะต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่

P_5 คือ ค่าความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยรุ่น

นอกจากนั้นแล้ว งานวิจัยนี้มีการแสดงแผนภาพการกระจายตัวของดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของแต่ละจังหวัดในประเทศไทย เพื่อเปรียบเทียบดัชนีความเสี่ยง โดยแบ่งจังหวัดทั้งหมด 77 จังหวัด (รวมกรุงเทพฯ) เป็น 4 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีจำนวนจังหวัดเท่าๆ กัน หรืออาจกล่าวได้ว่าแบ่งเป็นควอร์ไทล์ (quartile) เรียงลำดับจากสัดส่วนหรือระดับความรุนแรงน้อยไปมาก คือ สีเขียว เหลือง ส้ม และแดง และแสดงค่าจัดแบ่งข้อมูลเป็นควอร์ไทล์ในแผนภาพ รวมถึงนำเสนอจังหวัดที่ติดอันดับสูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรก ในตารางร่วมด้วย

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หมายเลขสำคัญโครงการ 62-054-18-1) เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ผลการศึกษา

สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศและรายภูมิภาค

ในภาพรวมของประเทศ ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาของประชากรไทยเท่ากับ

ร้อยละ 28.4 โดยความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ต่ำกว่าอายุที่สามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกฎหมาย พบว่ามีความชุกของนักดื่มเท่ากับร้อยละ 13.6 ของจำนวนนักดื่มทั้งหมด และพบว่าร้อยละ 43.9 เป็นนักดื่มประจำ ร้อยละ 41.9 มีการดื่มหนักใน 12 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 40.6 เคยขับรถขณะที่เพิ่งดื่มแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 2)

เมื่อจำแนกรายภูมิภาค พบว่าภูมิภาคที่มีความชุกของนักดื่มทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มวัยรุ่นสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ได้แก่ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่นมีประมาณร้อยละ 35 และ 18 ตามลำดับ

สำหรับการดื่มในรูปแบบต่างๆ นั้น พบว่า นักดื่มประมาณร้อยละ 50 ในภาคกลางและภาคใต้ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งถือว่าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างระหว่างภูมิภาคในรูปแบบการดื่มหนัก โดยสัดส่วนของนักดื่มหนักอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 ของนักดื่มทั้งหมด สุดท้ายคือสัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะ ซึ่งพบว่าภาคเหนือและภาคใต้ มีปัญหามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 50.7 และ 48.5 ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนนักดื่มแล้วขับเพียงร้อยละ 20.9

สถานการณ์ในภาพของจังหวัด

สำหรับสถานการณ์รายจังหวัด สามารถนำเสนอตามประเด็นสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดได้ดังนี้ (ตารางที่ 3)

1. ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป)

ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าพื้นที่ที่มีความชุกสูงของการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (current drinker) ในประชากรส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่มีความชุกสูงสุด ได้แก่ เชียงราย คือร้อยละ 45.3 รองลงมา คือ ลำพูน (ร้อยละ 44.1) พะเยา (ร้อยละ 44.0) น่าน (ร้อยละ 42.4) และสุรินทร์ (ร้อยละ 40.6) จะเห็นได้ว่าประชากรเกือบครึ่งหนึ่งของจังหวัดดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งนับว่าสูงมากเมื่อเทียบกับ 5 ลำดับต่ำสุด ได้แก่ ยะลา (ร้อยละ 2.3) ปัตตานี (ร้อยละ 3.9) นราธิวาส (ร้อยละ 4.9) สตูล (ร้อยละ 9.9) และสงขลา (ร้อยละ 13.2)

2. ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี)

เมื่อพิจารณาเฉพาะประชากรวัยรุ่นอายุ 15 ถึง 19 ปี พบว่าพื้นที่ที่มีความชุกสูงของการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง

ตารางที่ 2 สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศและรายภูมิภาค

ประเด็นสถานการณ์	กรุงเทพมหานคร	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ประเทศไทย
1. ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป, ร้อยละ)	25.3	27.3	35.4	32.8	16.1	28.4
2. ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี, ร้อยละ)	10.1	11.3	19.0	16.8	6.4	13.6
3. สัดส่วนของนักดื่มประจำ (ร้อยละ)	41.5	50.1	45.1	37.7	46.6	43.9
4. สัดส่วนของนักดื่มหนัก (ร้อยละ)	41.0	42.3	40.6	42.7	41.7	41.9
5. สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะ (ร้อยละ)	20.9	36.4	50.7	43.4	48.5	40.6

ตารางที่ 3 สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัดตามอันดับสูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกของประเทศ

ประเด็นสถานการณ์	5 อันดับสูงสุด (ร้อยละ)		5 อันดับต่ำสุด (ร้อยละ)			
ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป)	1	เชียงใหม่	45.3	1	ยะลา	2.3
	2	ลำพูน	44.1	2	ปัตตานี	3.9
	3	พะเยา	44.0	3	นราธิวาส	4.9
	4	น่าน	42.4	4	สตูล	9.9
	5	สุรินทร์	40.6	5	สงขลา	13.2
ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี)	1	พิษณุโลก	30.9	1	นราธิวาส/พังงา/ยะลา	0
	2	หนองบัวลำภู	30.6	2	ปัตตานี	0.6
	3	ลำปาง	30.2	3	สตูล	1.5
	4	นนทบุรี	26.8	4	ระนอง	1.7
	5	สุรินทร์	25.9	5	อยุธยา	2.2
สัดส่วนของนักดื่มประจำ	1	จันทบุรี	72.4	1	กาฬสินธุ์	25.3
	2	นราธิวาส	65.9	2	ขอนแก่น	25.4
	3	อุดรดิตถ์	61.9	3	อุบลราชธานี	27.2
	4	สุราษฎร์ธานี	61.0	4	มหาสารคาม	27.3
	5	สระบุรี	60.5	5	น่าน	29.5
สัดส่วนของนักดื่มหนัก	1	เลย	73.4	1	ตราด	15.4
	2	สมุทรสาคร	60.0	2	หนองคาย	21.9
	3	ระนอง	59.4	3	สิงห์บุรี	23.5
	4	นครปฐม	59.4	4	พัทลุง	25.2
	5	ชุมพร	57.0	5	อ่างทอง	25.9
สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะ	1	เลย	78.1	1	นครปฐม	17.5
	2	พิษณุโลก	72.2	2	นราธิวาส	18.9
	3	ยโสธร	68.7	3	สมุทรปราการ	20.7
	4	พัทลุง	68.3	4	สมุทรสงคราม	20.8
	5	นครพนม	67.4	5	กรุงเทพมหานคร	20.9
ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด	1	ลำปาง	0.72	1	พังงา	0.23
	2	เชียงใหม่	0.69	2	ยะลา	0.25
	3	พิษณุโลก	0.65	3	นราธิวาส	0.25
	4	จันทบุรี	0.64	4	ปัตตานี	0.26
	5	สุโขทัย	0.63	5	สิงห์บุรี	0.28

12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยร่นอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่มีความชุกสูงสุด ได้แก่ พิษณุโลก (ร้อยละ 30.9) รองลงมา คือ หนองบัวลำภู (ร้อยละ 30.6) ลำปาง (ร้อยละ 30.2) นนทบุรี (ร้อยละ 26.8) และสุรินทร์ (ร้อยละ 25.9) 5 ลำดับต่ำสุด ได้แก่ นราธิวาส/พังงา/ยะลา (ร้อยละ 0) ปัตตานี (ร้อยละ 0.6) สตูล (ร้อยละ 1.5) ระนอง (ร้อยละ 1.7) และอยุธยา (ร้อยละ 2.2)

3. สัดส่วนของนักดื่มประจำ

มากกว่าครึ่งหนึ่งของนักดื่มปัจจุบันเป็นนักดื่มประจำ ซึ่งกระจายตัวอยู่ในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ โดยอันดับหนึ่ง ได้แก่ จันทบุรี (ร้อยละ 72.4) รองลงมา ได้แก่ นราธิวาส อุดรดิตถ์ สุราษฎร์ธานี และ สระบุรี ส่วนจังหวัดที่มีสัดส่วนของนักดื่มประจำต่ำที่สุดส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. สัดส่วนของนักดื่มหนัก

จังหวัดที่มีสัดส่วนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักต่อผู้บริโภคทั้งหมดในระดับสูงกระจายตัวอยู่ในหลายภูมิภาค โดยอันดับหนึ่ง ได้แก่ เลย (ร้อยละ 73.4) รองลงมาคือ สมุทรสาคร ระนอง นครปฐม และชุมพร ส่วนจังหวัดที่มีสัดส่วนต่ำก็มีการกระจายตัวอยู่ในหลายภูมิภาคเช่นกัน ได้แก่ ตราด หนองคาย สิงห์บุรี พัทลุง และอ่างทอง

5. สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะ

การดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับชี่ยานพาหนะเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุในท้องถนนซึ่งมักมีการสูญเสียต่างๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นทรัพย์สิน การบาดเจ็บ พิการ จนกระทั่งการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พบว่าจังหวัดที่มีสัดส่วนของนักดื่มที่มีการดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะสูงสุด ได้แก่ เลย (ร้อยละ 78.1) พิษณุโลก (ร้อยละ 72.2) ยโสธร (ร้อยละ 68.7) พัทลุง (ร้อยละ 68.3) และนครพนม (ร้อยละ 67.4) ส่วนจังหวัดที่มีสัดส่วนต่ำที่สุด ได้แก่ นครปฐม (ร้อยละ 17.5) นราธิวาส (ร้อยละ 18.9) สมุทรปราการ (ร้อยละ 20.7) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 20.8) และกรุงเทพมหานคร

(ร้อยละ 20.9)

6. ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด

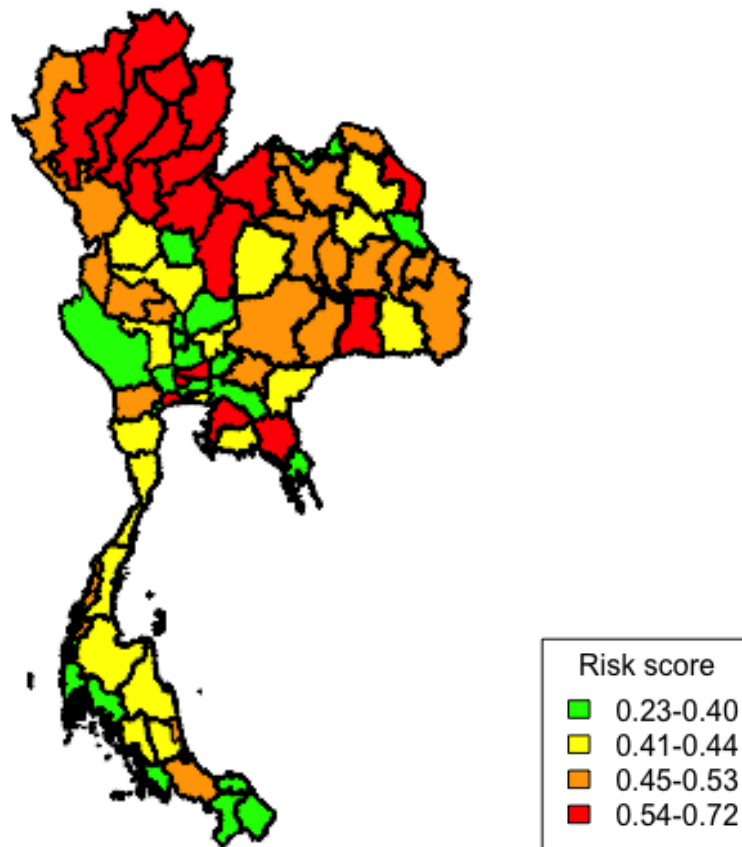
จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด ได้แก่ ลำปาง (0.72 คะแนน) รองลงมา คือ เชียงราย (0.69 คะแนน) พิษณุโลก (0.65 คะแนน) จันทบุรี (0.64 คะแนน) และสุโขทัย (0.63 คะแนน) และจังหวัดที่มีดัชนีต่ำที่สุด 5 ลำดับ ได้แก่ พังงา (0.23 คะแนน) ยะลา (0.25 คะแนน) นราธิวาส (0.25 คะแนน) ปัตตานี (0.26 คะแนน) และสิงห์บุรี (0.28 คะแนน) (ภาพที่ 1)

วิจารณ์และข้อยุติ

ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยที่มีรายละเอียดมากที่สุดอยู่ในการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย (สพบส.) ซึ่งถึงปัจจุบันมีการสำรวจแล้วจำนวนสี่ครั้ง ได้แก่ พ.ศ. 2550, 2554, 2557 และ 2560 โดยปกติ ข้อมูลจะนำเสนอได้เพียงระดับภูมิภาค มีเพียงการสำรวจปี พ.ศ. 2554 และ 2560 เท่านั้นที่สามารถนำเสนอหน่วยย่อยได้ถึงระดับจังหวัด ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในระดับจังหวัดมากที่สุดในปัจจุบัน

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

ในอดีตมีการรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มรายจังหวัดแล้วในปี พ.ศ. 2554⁽⁸⁾ ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจเดียวกันและข้อคำถามค่อนข้างใกล้เคียงกันมาก โดยเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยชิ้นนี้ พบว่า ความชุกของนักดื่มในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงจากร้อยละ 31.5 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 28.4 ในปี พ.ศ. 2560 อาจเป็นผลของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดำเนินในระหว่างปีสำรวจทั้งสองปี เช่น โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาในทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 การปรับกฎหมายรูปแบบข้อความค่าเตือนและฉลากในปี พ.ศ. 2551 การจำกัดการเข้าถึง ได้แก่ ห้ามบริโภคบนทางเท้าในปี พ.ศ. 2555



ภาพที่ 1 แผนที่ค่าดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัด (77 จังหวัดรวมกรุงเทพฯ)

ห้ามขายในสวนสาธารณะของรัฐในปี พ.ศ. 2556 และห้ามขายบนทางเท้า ท่าเรือ สถานีรถไฟและรอบสถานศึกษาในปี พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มวัยรุ่นไทยอายุ 15 - 19 ปี กลับพบว่าแนวโน้มความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์แทบจะไม่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ จากร้อยละ 14.0 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 13.6 ในปี พ.ศ. 2560 สะท้อนว่า มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมาไม่สามารถลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ได้เท่าที่ควร หรืออาจเป็นผลจากการรुकืบของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ที่เน้นการเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนมากขึ้น⁽⁹⁾ การป้องกันการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุต่ำกว่า 20 ปีมีความสำคัญมาก เนื่องจากพบว่า ผู้ที่เริ่มดื่มสุรตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทาง

สุขภาพและความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง^(10,11) เพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดอื่นๆ^(12,13) ส่งผลต่อความสามารถในประสาทการรู้คิด (neurocognitive performance)⁽¹⁴⁾ และส่งผลต่อปัญหาสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ^(15,16)

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาที่พบว่าสัดส่วนของนักดื่มที่มีรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงต่างๆ นั้นกลับเพิ่มมากขึ้นหรือไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับการสำรวจครั้งก่อน กล่าวคือพบว่า สัดส่วนนักดื่มหนักเพิ่มจากร้อยละ 31.4 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 41.9 ในปี พ.ศ. 2560 สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับชี่ก็เพิ่มจากร้อยละ 31.5 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 40.6 ในปี พ.ศ. 2560 และสัดส่วนนัก

ดื่มประจำค่อนข้างคงที่ (จากร้อยละ 44.2 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 43.9 ในปี พ.ศ. 2560) อาจสะท้อนให้เห็นว่ามาตรการรณรงค์การเลิกดื่มที่ดำเนินการในวงกว้าง (air war) อาจมีผลกระทบทำให้ผู้ที่ไม่ได้ดื่มสุราเป็นประจำหรือดื่มสุราเพียงเล็กน้อยตัดสินใจหยุดดื่มสุราได้เท่านั้น แต่มีผลน้อยมากกับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ซึ่งควรได้รับมาตรการที่เข้มข้นและจำเพาะกับปัญหา เช่น มาตรการคัดกรองและบำบัดผู้ติดสุรา มาตรการดื่มไม่ขับ⁽¹⁷⁾ ผลการศึกษาที่พบว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่นสูงที่สุด ในขณะที่ภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนของนักดื่มหนักและนักดื่มประจำสูงที่สุด อาจสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างทางค่านิยมและแบบแผนการดื่มที่แตกต่างกันในแต่ละท้องที่ กล่าวคือ แม้ภาคกลางและภาคใต้จะมีความชุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าภาคเหนือ แต่จะมีแนวโน้มดื่มแบบมีความเสี่ยงมากกว่า อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบดังกล่าวไม่มีการทดสอบทางสถิติ จึงควรระมัดระวังในการนำไปใช้

เปรียบเทียบสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทั่วโลก

ข้อมูลล่าสุดจากรายงาน Global status report on alcohol and health ประจำปี พ.ศ. 2557 ขององค์การอนามัยโลก⁽³⁾ พบว่าความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่นในประเทศไทย (ร้อยละ 28.4 และ 13.6 ตามลำดับ) ต่ำกว่าความชุกของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ผู้ใหญ่และวัยรุ่น ร้อยละ 53.8 และ 21.1 ตามลำดับ) และทั่วโลก (ผู้ใหญ่และวัยรุ่น ร้อยละ 43.0 และ 26.5 ตามลำดับ) โดยความชุกดังกล่าวเกณฑ์อายุเท่ากัน คือตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และ 15-19 ปี อย่างไรก็ตาม นักดื่มไทยร้อยละ 41.9 มีพฤติกรรมการดื่มหนัก ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวใกล้เคียงมากกับสัดส่วนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทั่วโลก คือร้อยละ 40.7 และ 39.5 ตามลำดับ สำหรับประเด็นสถานการณ์อื่นๆ นั้น ยังไม่มีรายงานหรืองานวิจัยอื่นๆ มา

เปรียบเทียบ เนื่องจากมีข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้

ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า การพิจารณาพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ควรประกอบไปด้วยสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ “ปริมาณการบริโภค (quantity)”, “ความถี่ในการบริโภค (frequency)” และ “รูปแบบการบริโภค (drinking pattern หรือ drinking variability)”⁽¹⁸⁾ โดย “ปริมาณการบริโภครวม (total consumption)” คำนวณจากผลคูณระหว่างปริมาณการบริโภคและความถี่ในการบริโภค^(19,20) สำหรับรูปแบบการบริโภคที่สำคัญมีสองรูปแบบ ได้แก่ “การดื่มถี่ (regular drinking)” โดยนิยาม คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าหรือเท่ากับหนึ่งวันหรือหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ โดยความถี่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ^(21,22) และ “การดื่มหนัก (heavy episodic drinking: HED)” คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 60 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อครั้งหรือต่อวัน ซึ่งเป็นรูปแบบที่สัมพันธ์มากกับปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ รวมถึงโรคต่างๆ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ โรคลมชัก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และอื่นๆ⁽²³⁾ จะเห็นได้ว่าแต่ละตัวแปรก็มีความสำคัญ ดังนั้น การคำนวณคะแนนความเสี่ยงโดยรวมแต่ละตัวแปรเข้าด้วยกันจะมีประโยชน์ในกรณีนี้

การคำนวณคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์เป็นการรวบรวมตัวชี้วัดที่สำคัญต่อปัญหาสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประเทศ การคำนวณคะแนนเช่นนี้อาจเรียกว่า “composite score” ซึ่งจุดแข็ง คือ ดัชนีตัวเดียวสามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในหลากหลายแง่มุม ซึ่งมีประโยชน์มากในการสื่อสาร เนื่องจากจะทำให้บุคลากรที่ไม่ได้เข้าใจพื้นฐานทางระบาดวิทยามากนักเกิด

ความเข้าใจง่าย เช่น ความชุก สัดส่วน องค์การอนามัยโลก ได้เคยกล่าวถึงการใช้ “ดัชนีรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (patterns of drinking score: PDS)” ใน Global status report on alcohol and health ประจำปี พ.ศ. 2557^(3,4) โดยคะแนนดังกล่าวประกอบไปด้วยหกองค์ประกอบ ได้แก่ ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เฉลี่ยต่อครั้งที่ดื่ม (usual quantity per drinking session) การดื่มหนักในเทศกาล (fiesta binge drinking) สัดส่วนการดื่มมีนเมา (frequency of getting drunk) สัดส่วนการดื่มเกือบทุกวันหรือทุกวัน (daily drinking) การดื่มในมื้ออาหาร (drinking with meals) และการดื่มในที่สาธารณะ (drinking in public place) โดยคะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0 ถึง 17 และจะจัดกลุ่มเป็นสี่กลุ่ม (0 ถึง 3, 4 ถึง 6, 7 ถึง 9 และ 10 ถึง 17 คะแนน) ตามความเสี่ยงของรูปแบบการดื่ม

สำหรับการคำนวณดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (PAPI) ในการสำรวจปี พ.ศ. 2554 ในการศึกษานี้ได้ปรับรูปแบบการคำนวณและเลือกประเด็นปัญหาที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พบว่า คะแนนความเสี่ยงกระจายตัวเทียบเคียงกับรายงานจากการสำรวจในอดีต โดยภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคะแนนความเสี่ยงสูงเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่น จังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงที่สุด ได้แก่ ลำปาง (0.72 คะแนน) เชียงราย (0.69 คะแนน) พิชณุโลก (0.65 คะแนน) จันทบุรี (0.64 คะแนน) และสุโขทัย (0.63 คะแนน) ดัชนีระดับจังหวัดเป็นประโยชน์มากต่อการขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนนโยบายสาธารณะ (evidence-based policy) ในกรณีนี้ จะทำงานผ่านสองกรณี ได้แก่ จังหวัดที่มีคะแนนที่ไม่ดี ผู้บริหารจะเกิดความตระหนักขึ้นและสร้างกลไกขับเคลื่อนนโยบายบางอย่างในจังหวัด ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา หลังจากมีการรายงานในปี พ.ศ. 2556 พบว่า จังหวัดพะเยามีคะแนนความเสี่ยงสูงสุด ผู้ว่าราชการจังหวัดได้กำหนด

นโยบายเร่งด่วน โดยมีเป้าหมายหลักว่า จังหวัดพะเยาจะต้องไม่เป็นจังหวัดที่มีความเสี่ยงเป็นอันดับที่หนึ่งในการสำรวจครั้งถัดไป หลังจากนั้นจึงมีความตื่นตัวและมีกระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ในเชิงพื้นที่ เช่น จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2557 และกำหนดยุทธศาสตร์ห้าด้าน ดังนี้ (1) สร้างคณะทำงานและเครือข่ายทุกระดับเชื่อมต่อคณะกรรมการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด (2) สร้างทีมวิทยากรกระบวนการแก้ไขปัญหา (3) พัฒนาทีมสื่อมวลชน นักจัดรายการวิทยุเชิงสร้างสรรค์สังคม (4) ควบคุมการผลิตจำหน่ายสุราชุมชน สุราเถื่อน จัดโซนนิ่ง มีมาตรการภาษี และกำหนดพื้นที่ปลอดเหล้ามากขึ้น และ (5) พัฒนาชุมชนให้เกิดเครือข่ายเข้มแข็งลดปัจจัยเสี่ยง แลกเปลี่ยนและคัดเลือคนต้นแบบ หมู่บ้านต้นแบบ และส่งเสริมการศึกษาวิจัยในพื้นที่ที่มีกิจกรรมลดการดื่มสุราในพื้นที่ และเกิดเป็น “พะเยาโมเดล” โดยผลลัพธ์ที่สำคัญ เช่น “หมู่บ้านต้นแบบปลอดเหล้า 9 หมู่บ้าน” หรือความชุกและค่าใช้จ่ายจากการสำรวจของพื้นที่ลดลง รวมถึงสร้างร้านค้าต้นแบบปลอดเหล้าได้ภายในระยะเวลาไม่กี่ปี จนในการสำรวจและจัดลำดับครั้งล่าสุดหรือในรายงานนี้พบว่า จังหวัดพะเยาไม่ติดหนึ่งในห้าอันดับแรกของประเทศ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การคำนวณคะแนนดังกล่าวใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเดียว ถ้าเปรียบเทียบกับการใช้ค่าดัชนีที่อ้างอิงจากฐานข้อมูลหลายฐานอาจมีความน่าเชื่อถือมากกว่านี้ เนื่องจากมีการตรวจสอบความถูกต้องกันเองของแต่ละฐานข้อมูล (triangulation) เช่น ฐานข้อมูลยอดขายและภาษีจากกรมสรรพากร แต่เนื่องจากไม่มีการรายงานข้อมูลจากกรมสรรพากรเป็นรายจังหวัด ผู้วิจัยจึงไม่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ได้ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่ง คือ อคติจากการเก็บข้อมูลหรือ information bias โดยการสำรวจนี้ครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทย ในช่วงเดือนมีนาคมถึงกรกฎาคมเท่านั้น จึงอาจมีความแตกต่างกับรอบ



เวลา 1 ปีย้อนหลังของข้อความได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบริการโรคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทย เช่น ตีมนักช่วงสงกรานต์หรือปีใหม่ และตีมน้อยช่วงเข้าพรรษา นอกจากนี้ ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมหรือการตีความข้อความก็อาจก่อให้เกิดอคติได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม สำนักงานสถิติแห่งชาติได้มีการจัดอบรมทีมสัมภาษณ์เพื่อลดทอนปัญหาดังกล่าวให้น้อยที่สุด

สรุปผลการวิจัย

ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีความชุกของนักดื่ม ทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และวัยรุ่น รวมถึงมีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ จังหวัดที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด ได้แก่ ลำปาง รongลงมา คือ เชียงราย พิษณุโลก จันทบุรีและสุโขทัยตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เน้นเรื่องข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเป็นหลัก โดยเน้นที่การนำดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัดไปใช้ โดยผู้ใช้ข้อมูลสามารถมีได้หลากหลายระดับ เช่น สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายองค์กรงดเหล้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องการได้ข้อมูลระดับจังหวัดไปผลักดันนโยบายหรือกิจกรรมระดับจังหวัดหรือภูมิภาค ตัวอย่างจังหวัดที่มีปัญหาความชุกของนักดื่มสูงสุด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (ความชุกนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่สูงสุด) พิษณุโลก (ความชุกนักดื่มประชากรวัยรุ่นสูงสุด) ในด้านพฤติกรรมการดื่มที่มีความเสี่ยง ได้แก่ จังหวัดเลย (สัดส่วนของนักดื่มหนักและดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะสูงสุด)

สำหรับงานวิจัยในอนาคตนั้น แนะนำให้มีการใช้ข้อมูลรายจังหวัดจากแหล่งอื่นๆ ด้วย เช่น ข้อมูลการป่วยเป็นโรคจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือข้อมูลการขายและภาษีจากกรมสรรพสามิต เพื่ออธิบาย

กลไกของการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราของแต่ละจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดที่ติดอันดับต้นๆ รวมถึงศึกษาบทเรียนจากจังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงที่ต่ำด้วยเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ไม่ได้รับงบประมาณในการทำวิจัยจากแหล่งใดๆ ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติสำหรับข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560

References

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013. p. 65-70.
2. United Nations. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the General Assembly [internet]. 2015 [cited 2019]. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Rehm J, Rehm N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research* 2003;9(4):147-56.
5. Lumley T. Survey: analysis of complex survey samples. 2014. R package version. 2014;3(2).
6. Bivand R, Lewin-Koh N. Maptools: tools for reading and handling spatial objects. R package version 08. 2013;27.
7. Pebesma E, Bivand RS. Classes and methods for spatial data: the sp package. *R news*. 2005;5(2):9-13.
8. Chaiyasong S, Phakdeesettakun K, Thamarangsi T. Thailand Provincial Alcohol Report 2011. Bangkok: Thailand Substance Abuse Academic Network & Centre for Alcohol Studies; 2013. (in Thai)
9. Scott S, Muirhead C, Shucksmith J, Tyrrell R, Kaner E. Does industry-driven alcohol marketing influence adolescent drinking behaviour? A systematic review. *Alcohol Alcohol*. 2017;52(1):84-94.
10. Liang W, Chikritzhs T. Age at first use of alcohol predicts the risk of heavy alcohol use in early adulthood: a longitudinal

- study in the United States. *Int J Drug Policy*. 2015;26(2):131-4.
11. Kim MJ, Mason WA, Herrenkohl TI, Catalano RF, Toumbourou JW, Hemphill SA. Influence of early onset of alcohol use on the development of adolescent alcohol problems: a longitudinal binational study. *Prev Sci* 2017;18(1):1-11.
 12. Richmond-Rakerd LS, Slutske WS, Lynskey MT, Agrawal A, Madden PAF, Bucholz KK, et al. Age at first use and later substance use disorder: shared genetic and environmental pathways for nicotine, alcohol, and cannabis. *J Abnormal Psychology* 2016;125(7):946-59.
 13. Hingson RW, Heeren T, Edwards EM. Age at drinking onset, alcohol dependence, and their relation to drug use and dependence, driving under the influence of drugs, and motor-vehicle crash involvement because of drugs. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69(2):192-201.
 14. Nguyen-Louie TT, Matt GE, Jacobus J, Li I, Cota C, Castro N, et al. Earlier alcohol use onset predicts poorer neuropsychological functioning in young adults. *Alcohol Clin Exp Res* 2017;41(12):2082-92.
 15. Jiang H, Xiang X, Hao W, Room R, Zhang X, Wang X. Measuring and preventing alcohol use and related harm among young people in Asian countries: a thematic review. *Glob Health Res Policy* 2018;3:14.
 16. Hingson RW, Edwards EM, Heeren T, Rosenbloom D. Age of drinking onset and injuries, motor vehicle crashes, and physical fights after drinking and when not drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33(5):783-90.
 17. Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission. Results from Implementaion the integrated management of alcohol intervention program in health care system (i-MAP Health) in piloted settings: a qualitative study. Bangkok: Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission; 2013. (in Thai)
 18. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
 19. Dawson DA. Volume of ethanol consumption: effects of different approaches to measurement. *J Stud Alcohol* 1998;59(2):191-7.
 20. Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011;106 Suppl 1:4-10.
 21. National Health Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: Commonwealth of Australia; 2009.
 22. Rehm J, Room R, Taylor B. Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008;17(3):141-51.
 23. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 2010;105(5):817-43.



ภาคผนวก

ตาราง S1 ค่าคะแนนของแต่ละตัวชี้วัดและดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index: PAPI) เรียงตามตัวอักษรของจังหวัด ทั้งหมด 77 จังหวัด (รวมกรุงเทพฯ)

จังหวัด	P1	P2	P3	P4	P5	PAPI	ลำดับที่
กระบี่	0.37	0.25	0.55	0.41	0.42	0.40	58
กรุงเทพมหานคร	0.53	0.34	0.44	0.06	0.33	0.34	67
กาญจนบุรี	0.51	0.53	0.29	0.30	0.09	0.34	64
กาฬสินธุ์	0.69	0.00	0.46	0.47	0.49	0.42	51
กำแพงเพชร	0.87	0.19	0.21	0.09	0.65	0.40	57
ขอนแก่น	0.81	0.00	0.67	0.56	0.45	0.50	27
จันทบุรี	0.69	1.00	0.57	0.54	0.40	0.64	4
ฉะเชิงเทรา	0.42	0.11	0.48	0.34	0.42	0.36	62
ชลบุรี	0.76	0.66	0.56	0.40	0.41	0.56	14
ชัยนาท	0.62	0.41	0.39	0.61	0.55	0.52	23
ชัยภูมิ	0.46	0.60	0.57	0.24	0.34	0.44	40
ชุมพร	0.41	0.35	0.72	0.43	0.20	0.42	48
เชียงราย	1.00	0.60	0.39	0.79	0.69	0.69	2
เชียงใหม่	0.81	0.31	0.39	0.35	0.78	0.53	19
ตรัง	0.47	0.25	0.41	0.67	0.35	0.43	45
ตราด	0.63	0.40	0.00	0.42	0.26	0.34	66
ตาก	0.52	0.29	0.71	0.62	0.43	0.51	24
นครนายก	0.58	0.45	0.25	0.34	0.26	0.38	59
นครปฐม	0.35	0.51	0.76	0.00	0.10	0.34	65
นครพนม	0.69	0.25	0.58	0.82	0.53	0.57	11
นครราชสีมา	0.85	0.45	0.44	0.22	0.68	0.53	20
นครศรีธรรมราช	0.49	0.34	0.30	0.57	0.40	0.42	49
นครสวรรค์	0.46	0.56	0.55	0.34	0.17	0.42	52
นนทบุรี	0.68	0.60	0.41	0.14	0.87	0.54	17
นราธิวาส	0.06	0.86	0.33	0.02	0.00	0.25	75
น่าน	0.93	0.09	0.53	0.70	0.68	0.58	9
บึงกาฬ	0.57	0.30	0.71	0.24	0.60	0.48	31
บุรีรัมย์	0.51	0.70	0.43	0.34	0.54	0.50	26
ปทุมธานี	0.75	0.38	0.61	0.30	0.79	0.57	13
ประจวบคีรีขันธ์	0.66	0.49	0.19	0.32	0.41	0.41	53
ปราจีนบุรี	0.50	0.63	0.52	0.48	0.36	0.50	28
ปัตตานี	0.04	0.74	0.33	0.18	0.02	0.26	74
พะเยา	0.97	0.35	0.49	0.64	0.48	0.59	8
พังงา	0.29	0.41	0.34	0.12	0.00	0.23	77
พัทลุง	0.34	0.66	0.17	0.84	0.21	0.44	39
พิจิตร	0.45	0.28	0.30	0.45	0.22	0.34	68
พิษณุโลก	0.77	0.38	0.22	0.90	1.00	0.65	3

จังหวัด	P1	P2	P3	P4	P5	PAPI	ลำดับที่
เพชรบุรี	0.44	0.48	0.28	0.59	0.38	0.43	43
เพชรบูรณ์	0.75	0.36	0.49	0.60	0.49	0.54	18
แพร่	0.83	0.51	0.38	0.58	0.54	0.57	12
ภูเก็ต	0.51	0.21	0.48	0.48	0.35	0.40	56
มหาสารคาม	0.67	0.04	0.44	0.54	0.55	0.45	38
มุกดาหาร	0.43	0.12	0.39	0.52	0.14	0.32	69
แม่ฮ่องสอน	0.54	0.18	0.69	0.41	0.45	0.45	37
ยโสธร	0.60	0.11	0.41	0.85	0.47	0.49	30
ยะลา	0.00	0.52	0.46	0.28	0.00	0.25	76
ร้อยเอ็ด	0.68	0.29	0.56	0.53	0.46	0.51	25
ระนอง	0.31	0.55	0.76	0.73	0.05	0.48	32
ระยอง	0.53	0.16	0.69	0.58	0.20	0.43	44
ราชบุรี	0.47	0.73	0.54	0.53	0.36	0.53	21
ลพบุรี	0.68	0.26	0.27	0.33	0.26	0.36	61
ลำปาง	0.77	0.54	0.70	0.61	0.98	0.72	1
ลำพูน	0.97	0.54	0.54	0.36	0.32	0.55	15
เลย	0.49	0.24	1.00	1.00	0.15	0.58	10
ศรีสะเกษ	0.57	0.38	0.58	0.27	0.39	0.44	42
สกลนคร	0.69	0.21	0.36	0.42	0.42	0.42	50
สงขลา	0.25	0.56	0.70	0.61	0.22	0.47	35
สตูล	0.18	0.37	0.47	0.46	0.05	0.31	70
สมุทรปราการ	0.65	0.56	0.42	0.05	0.34	0.41	54
สมุทรสงคราม	0.36	0.44	0.46	0.05	0.20	0.30	71
สมุทรสาคร	0.53	0.73	0.77	0.28	0.41	0.54	16
สระแก้ว	0.71	0.56	0.33	0.17	0.34	0.42	47
สระบุรี	0.54	0.75	0.22	0.23	0.30	0.41	55
สิงห์บุรี	0.43	0.33	0.14	0.35	0.14	0.28	73
สุโขทัย	0.81	0.52	0.48	0.74	0.62	0.63	5
สุพรรณบุรี	0.41	0.67	0.26	0.61	0.26	0.44	41
สุราษฎร์ธานี	0.40	0.76	0.43	0.33	0.22	0.43	46
สุรินทร์	0.89	0.61	0.28	0.36	0.84	0.60	7
หนองคาย	0.67	0.28	0.11	0.36	0.33	0.35	63
หนองบัวลำภู	0.80	0.13	0.31	0.08	0.99	0.46	36
อยุธยา	0.43	0.22	0.52	0.62	0.07	0.37	60
อ่างทอง	0.46	0.39	0.18	0.17	0.28	0.30	72
อำนาจเจริญ	0.80	0.29	0.34	0.33	0.59	0.47	34
อุดรธานี	0.84	0.11	0.39	0.43	0.61	0.48	33
อุดรดิตถ์	0.79	0.78	0.40	0.51	0.59	0.61	6
อุทัยธานี	0.53	0.61	0.40	0.55	0.53	0.52	22
อุบลราชธานี	0.77	0.04	0.46	0.56	0.65	0.49	29

สถานการณ์การให้บริการของพยาบาลนมแม่ ในสถานพยาบาลของประเทศไทย

นิศาชล เศรษฐไกรกุล*

ชมพูนุท โทโพรีไทย†

ผู้รับผิดชอบบทความ: นิศาชล เศรษฐไกรกุล

บทคัดย่อ

พยาบาลนมแม่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และในการสนับสนุนให้เด็กได้รับอาหารที่เหมาะสมตามวัย เนื่องจากพยาบาลนมแม่เป็นบุคลากรหลักที่ให้การช่วยเหลือแม่เมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการให้นมลูก พร้อมทั้งให้ความรู้ สอนทักษะ เสริมสร้างเจตคติที่ดี และช่วยสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ สถานพยาบาลในประเทศไทยมีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่พยาบาลนมแม่ โดยให้บริการประจำที่คลินิกนมแม่ ซึ่งที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการให้บริการของพยาบาลนมแม่ งานวิจัยนี้จึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การให้บริการของพยาบาลนมแม่ในสถานพยาบาลของประเทศไทยในประเด็นต่างๆ ประกอบด้วยประเด็นบทบาทและขอบเขตการให้บริการของพยาบาลนมแม่ องค์กรความรู้ที่จำเป็นและคุณสมบัติของพยาบาลนมแม่ ปัญหาที่พบจากการทำงานของพยาบาลนมแม่และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลนมแม่

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน ที่เป็นพยาบาลนมแม่ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มและการตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลนมแม่มีบทบาทหน้าที่หลักในการเป็นผู้ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ สร้างความเชื่อมั่นให้แก่หญิงตั้งครรภ์ แม่และครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เริ่มตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงหลังคลอด โดยขอบเขตของการให้บริการจะเป็นการดูแลทางการพยาบาลที่ไม่มีหัตถการรุนแรง พยาบาลนมแม่จำเป็นต้องมีความรู้ที่กว้างขวาง ครอบคลุมทั้งเรื่องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การใช้นมผสม ความรู้เรื่องโภชนาการของมารดาและเรื่องพัฒนาการของเด็ก นอกจากนี้พยาบาลนมแม่จำเป็นต้องมีทักษะที่หลากหลายทั้งด้านการบริการ ด้านวิชาการ ด้านการสื่อสารและด้านการบริหารจัดการ พยาบาลนมแม่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบปัญหาในการทำงานคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การได้รับการระงับเพิ่มเติม ความก้าวหน้าด้านอาชีพไม่ชัดเจน รวมทั้งการขาดองค์ความรู้ในเรื่องปัญหานมแม่ที่ซับซ้อน ซึ่งปัญหาในการทำงานเหล่านี้เป็นผลจากปัจจัยที่สำคัญได้แก่ นโยบายทั้งระดับประเทศและระดับหน่วยงาน ผู้บริหาร และเพื่อนร่วมงาน จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลนมแม่ คือ จัดทำนโยบายและการถ่ายทอดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานพยาบาล วางระบบเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลนมแม่พร้อมทั้งติดตามประเมินผลในระยะยาว และการสร้างเครือข่ายพยาบาลนมแม่

คำสำคัญ: พยาบาลนมแม่, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, คลินิกนมแม่, โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก

* มุลินิธีเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

† กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Study of Lactation Consultant's Services in Health Facilities in Thailand

Nisachol Cetthakrikul*, Chompoonut Topothai†

* International Health Policy Program

† Department of Health, Ministry of Public Health

Corresponding author: Nisachol Cetthakrikul, nisachol@ihpp.thai.gov.net

Abstract

Lactation consultant nurses play an important role in the promotion of breastfeeding practices and to ensure optimal age-appropriate feeding of children. Responsible for supporting mothers in overcoming breastfeeding difficulties, they also play a prominent role in providing knowledge, techniques and skills, as well as instructing mothers on appropriate behaviors and building confidence; the critical factors for successful breastfeeding. In Thailand, professional nurses assigned to lactation clinics in health facilities take on the role of a lactation consultant. To date, there have been no studies on service provisions and practices of lactation consultants in Thailand.

This study aimed to understand the situation of lactation consultants working in health facilities, including their roles, knowledge and qualifications as well as the scope of services provided, the challenges faced, and recommendations for improving competency of lactation consultants. A qualitative study was conducted by collecting data from 53 lactation consultants working in public and private health facilities, through focus group discussions and self-administered questionnaires. The results found that lactation consultants had the primary role of providing knowledge and building confidence for pregnant women, mothers and families on breastfeeding, from pregnancy until post-partum period. Lactation consultants' scope of work was to provide nursing care without invasive interventions which required extensive knowledge focusing on breastfeeding practices, infant formula, maternal nutrition and child development. In addition, they required skills of nursing services, academic and technical skills, as well as communication and administrative capabilities. The large majority of lactation consultants faced difficulties due to their heavy workload, career path uncertainties, and insufficient knowledge of complex breastfeeding complications. These problems were resulted from national and organizational policies, management and the work environment of lactation consultants. Based on these results, in order to improve the capacity of lactation consultants, well-defined national policies and policy implementation on the guidelines and promotion of breastfeeding practices in health facilities, as well as building a network for lactation consultants and developing a mechanism for long-term capacity building and monitoring are recommended.

Keywords: lactation consultant, breastfeeding, lactation clinic, Baby Friendly Hospital Initiative

ภูมิหลังและเหตุผล

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับลูก การกินนมแม่อย่างเดียวยุคแรก 6 เดือน และกินนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนอายุครบ 2 ปี หรือนานกว่านั้น เป็นทางเดียวที่ทำให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรงและได้รับภูมิคุ้มกันอย่างเต็มที่ รวมทั้งช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคมะเร็งหลายชนิด⁽¹⁾ และ

การที่ได้กินนมแม่จะช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจากอาการท้องเสีย การติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางหายใจ และโรคอื่นๆ ได้มากกว่าเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่ถึง 14 เท่า⁽²⁾ นอกจากนี้การให้ลูกกินนมแม่มายังมีประโยชน์ต่อสุขภาพของแม่อีกด้วย เช่น ช่วยป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นการคุมกำเนิดแบบธรรมชาติในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด⁽³⁾ ช่วยให้นมหลังคลอดลดน้ำหนักรวดเร็วขึ้น⁽⁴⁾ และยังช่วยลดความ

เสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน⁽⁵⁾ โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง⁽⁶⁾ ภาวะกระดูกพรุน และโรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว⁽⁴⁾ จากความตระหนักถึงประโยชน์ของนมแม่⁽⁷⁾ ในปี พ.ศ. 2555 สมัชชาอนามัยโลกมีมติให้ผลักดันเรื่องโภชนาการของแม่ ทารกและเด็กเล็ก ซึ่งรวมถึงการตั้งเป้าเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรก ให้เพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อยร้อยละ 50.0 ภายในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025)⁽⁷⁾

สำหรับประเทศไทยนั้น จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2559 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วงแรกเกิดถึง 6 เดือนยังอยู่ในระดับต่ำ คือร้อยละ 23.1⁽⁸⁾ จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2558 พบว่า แม่กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐระบุว่า การที่แม่คิดว่าตัวเองน้ำนมไม่เพียงพอ (ร้อยละ 45.5) การที่แม่กังวลว่านมแม่มีสารอาหารไม่พอ (ร้อยละ 18.0) และการที่แม่ต้องกลับไปทำงาน (ร้อยละ 17.4) เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้แม่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนได้สำเร็จ⁽⁹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะสำเร็จได้ต้องอาศัยหลายปัจจัย หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือการทำให้แม่มีความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดี และมีความมั่นใจในการให้นมลูก ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยส่งเสริมได้ตั้งแต่ตั้งครรภ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสอนทักษะวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เบื้องต้นและความเสี่ยง หากแม่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งการสนับสนุนและช่วยแก้ปัญหา ช่วยให้แม่มีความมั่นใจและคลายความกังวลลงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แม่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวนมและลานนม ภายหลังจากได้รับคำแนะนำแล้ว จะมีทัศนคติที่ดีขึ้นและเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น⁽¹⁰⁾ การติดตามและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีโอกาส

ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น⁽¹¹⁾

ประเทศไทยได้มีนโยบายเพื่อขับเคลื่อนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (Baby Friendly Hospital Initiative: BFHI)⁽¹²⁾ ซึ่งกำหนดให้สถานพยาบาลรัฐทุกแห่งให้บริการตามมาตรฐานบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกำหนดให้มีการจัดตั้งคลินิกนมแม่ขึ้นเพื่อเป็นหน่วยบริการสำหรับช่วยเหลือแม่ที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารทารกและเด็กเล็ก เพื่อให้แม่สามารถให้นมแม่และอาหารตามวัยได้อย่างเหมาะสม⁽¹³⁾ คลินิกนมแม่ ถือเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยบริการภายใต้มาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการมอบหมายพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อย 1 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงมีทักษะในการสื่อสารและการให้คำปรึกษา⁽¹⁴⁾ ทำหน้าที่พยาบาลนมแม่ซึ่งมีหน้าที่ดังต่อไปนี้⁽¹⁵⁾

1. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แก่แม่และครอบครัว เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ให้ความรู้ คำปรึกษา และการสนับสนุนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่แม่และครอบครัว
3. ให้ความช่วยเหลือแม่ในการให้นมลูกตั้งแต่วินาทีแรกเริ่มต้น รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาคอขวดที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อย่างไรก็ตาม จากการประเมินนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเครื่องมือ World Breastfeeding Trends initiative (WBTi) พบว่าพยาบาลนมแม่ ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีจำนวนไม่เพียงพอ⁽¹⁶⁾ และพยาบาลนมแม่มักมีการเปลี่ยนสายงานค่อนข้างบ่อย ด้วยเหตุผลว่า ความก้าวหน้าทางสายอาชีพมีความไม่ชัดเจน การเปลี่ยนคนทำงานบ่อย ทำให้ขาดประสบการณ์การทำงานและขาดความชำนาญ ส่งผลให้การช่วยเหลือสนับสนุนแม่ไม่เพียงพอและต่อเนื่องได้⁽¹⁶⁾

เมื่อพยาบาลนมแม่เป็นบุคลากรที่สำคัญ และเป็นด่านแรกสำหรับช่วยให้แม่และครอบครัวสามารถเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้จนกระทั่งสำเร็จ การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ แนวทางการทำงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการให้บริการของพยาบาลนมแม่ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนเพื่อบรรลุเป้าหมายเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอนาคต ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาข้อมูลในรายละเอียดเกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลนมแม่ ตลอดจนปัญหาในการให้บริการของพยาบาลนมแม่ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การให้บริการของพยาบาลนมแม่ในสถานพยาบาลของประเทศไทยในประเด็นบทบาทและขอบเขตการให้บริการของพยาบาลนมแม่ องค์ความรู้ที่จำเป็นและคุณสมบัติของพยาบาลนมแม่ ปัญหาที่พบจากการทำงานของพยาบาลนมแม่และแนวทางการพัฒนาพยาบาลนมแม่ โดยคาดหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ อาจจะเป็นประโยชน์ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบและการให้บริการของพยาบาลนมแม่ให้มีศักยภาพ มีจำนวนเพียงพอ และมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ระเบียบวิธีศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดย

การสนทนากลุ่มและแบบสอบถามชนิดให้ผู้ตอบกรอกข้อมูลเอง การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกนมแม่ หรือปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลนมแม่ในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน โดยสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยค้นหารายชื่อคลินิกนมแม่ในประเทศไทยจากเว็บไซต์ของมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ปฏิบัติงานแม่และเด็กในศูนย์อนามัยเขตที่ 1-12 ของกรมอนามัย พบรายชื่อคลินิกนมแม่ในฐานข้อมูลจำนวน 99 แห่ง จากนั้นจึงส่งจดหมายเชิญพยาบาลนมแม่เข้าร่วมงานวิจัยพร้อมใบตอบรับแสดงความยินยอม (consent form) ซึ่งมีพยาบาลนมแม่ที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 53 คน โดย 48 คน มาจากสถานพยาบาลของรัฐ 45 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 51.1 ของสถานพยาบาลของรัฐในฐานข้อมูล) และอีก 5 คน มาจากสถานพยาบาลเอกชน 3 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 27.3 ของสถานพยาบาลเอกชนในฐานข้อมูล) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเภทหน่วยงานต้นสังกัดของพยาบาลนมแม่

ภาค	จำนวนพยาบาลนมแม่ที่เข้าร่วมงานวิจัย (คน)		
	สถานพยาบาลภาครัฐ	สถานพยาบาลเอกชน	รวม
กรุงเทพฯ	13	5	18
ภาคกลาง	13	0	13
ภาคตะวันออก	1	0	1
ภาคเหนือ	10	0	10
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4	0	4
ภาคใต้	7	0	7
รวม	48	5	53

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบสอบถามชนิดให้ผู้ตอบกรอกข้อมูลเอง (self-administered questionnaire) ใช้ในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยชื่อ-สกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน ระดับการศึกษา/สาขาวิชา และระยะเวลาที่ทำหน้าที่พยาบาลนมแม่ ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลการฝึกอบรม รายละเอียดคลินิกนมแม่ที่รับผิดชอบ ได้แก่ จำนวนบุคลากร จำนวนแม่ที่เข้ารับบริการ ปัญหาที่แม่มาปรึกษา และการให้บริการของคลินิกนมแม่ ส่วนที่ 3 ปัญหา ประกอบด้วย ปัญหาในการดำเนินงานคลินิกนมแม่และปัญหาของการเป็นพยาบาลนมแม่ ส่วนที่ 4 แนวทางเพื่อพัฒนาการดำเนินงานของคลินิกนมแม่ ประกอบด้วย แนวทางพัฒนาสำหรับพยาบาลนมแม่ แนวทางพัฒนาสำหรับสถานพยาบาล และแนวทางพัฒนาสำหรับรัฐบาลและส่วนกลาง และ **2) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)** สำหรับรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง โดยประเด็นในการสนทนาประกอบด้วย บทบาทหน้าที่และคุณสมบัติที่จำเป็น องค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น ปัจจัยสู่ความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการทำงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาศักยภาพและประสิทธิผลของพยาบาลนมแม่

วิธีการเก็บข้อมูล

นักวิจัยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเป็น 4 กลุ่ม โดยจำแนกจากที่ตั้งของสถานพยาบาลตามภาค กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในภาคเหนือ กลุ่มที่ 2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ กลุ่มที่ 3 คือ กรุงเทพมหานคร และ กลุ่มที่ 4 ภาคกลางและภาคตะวันออก โดยแต่ละกลุ่มจะมีผู้เข้าร่วมจำนวน 12-15 คนต่อกลุ่ม

การเก็บข้อมูลเริ่มจากผู้เข้าร่วมจะได้รับแจกแบบสอบถามชนิดให้ผู้ตอบกรอกข้อมูลเอง และส่งคืนให้กับนักวิจัยจากนั้นจึงเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็นช่วงเช้า 2 กลุ่ม และช่วงบ่าย 2 กลุ่ม ซึ่งทั้ง 4 กลุ่ม ถูกเก็บ

ข้อมูลในวันเดียวกันโดยมีผู้วิจัยหลัก 2 คนเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ระหว่างการสนทนากลุ่มจะมีการบันทึกเสียงและบันทึกเนื้อหาการสนทนาโดยนักวิจัย โดยข้อความเสียงที่ถูกบันทึกทั้งหมดจะถูกถอดเทปเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มจะถูกวิเคราะห์แยกกัน โดยข้อมูลจากแบบสอบถามจะวิเคราะห์ด้านสถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้โปรแกรม STATA14 โดยผลการศึกษาแสดงในรูปแบบของร้อยละ ขณะที่ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มจะใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากการถอดเทปและการจดบันทึกของนักวิจัย จากนั้นจึงจัดกลุ่มข้อมูลทั้งนี้ในการแปลผล นักวิจัยจะแปลผลการศึกษาที่ได้โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์เพื่ออธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างประกอบกับการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพร้อมกัน เพื่อนำเสนอข้อค้นพบ

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลนมแม่ที่เข้าร่วมงานวิจัยส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 66.0) เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาที่ทำงานเป็นพยาบาลนมแม่หรือทำงานด้านให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.0 มีประสบการณ์ทำงานมาแล้วอย่างน้อย 5 ปี และร้อยละ 26.0 ทำงานมานานกว่า 10 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90.0 เคยผ่านการอบรมที่เกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ส่วนที่ 1 บทบาทและขอบเขตการให้บริการของพยาบาลนมแม่

ในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าในการ

ทำงานยังไม่มีข้อกำหนดหรือมาตรฐานที่เป็นทางการ ที่กำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะของพยาบาลนมแม่ที่ชัดเจน รวมทั้งบทบาทและขอบเขตการทำงาน เมื่อกล่าวถึงพยาบาลนมแม่ในความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน จึงหมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลโดยได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบในการส่งเสริม สนับสนุนและปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่แม่และครอบครัว ซึ่งเมื่อแยกกลุ่มในรายละเอียดพบว่า ผู้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลนมแม่มี 3 กลุ่ม แตกต่างกันตามบริบทของสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ดังนี้

1. พยาบาลนมแม่ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้บริการประจำในคลินิกนมแม่ ซึ่งแยกเป็นหน่วยบริการเฉพาะของโรงพยาบาล โดยพยาบาลนมแม่ไม่ต้องปฏิบัติงานในหน่วยบริการอื่น ซึ่งโดยส่วนมากคลินิกนมแม่จะมีพยาบาลนมแม่ประจำที่คลินิกเพียงคนเดียว บางสถานพยาบาลอาจมีการจัดสรรผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้มาช่วยงานในคลินิกนมแม่

2. พยาบาลนมแม่ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการฝากครรภ์ ห้องคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอดหรือคลินิกเด็กสุขภาพดีซึ่งได้รับมอบหมายให้หมุนเวียนกันมาให้บริการในคลินิกนมแม่ของโรงพยาบาล ซึ่งมีการจัดแยกเป็นหน่วยบริการเฉพาะแต่ไม่มีบุคลากรประจำ

3. พยาบาลนมแม่ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่คลินิกนมแม่ แต่ได้รับการฝึกอบรม ให้มีความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทำหน้าที่ช่วยประเมินคัดกรองหรือแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนส่งต่อแม่ที่มีปัญหาซับซ้อนให้แก่พยาบาลนมแม่ที่ปฏิบัติงานประจำในคลินิกนมแม่ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญมากกว่า

บทบาทและขอบเขตการให้บริการของพยาบาลนมแม่ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วนได้แก่

1. บทบาทหลัก พยาบาลนมแม่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ สร้างความเชื่อมั่นให้แก่หญิงตั้ง

ครรภ์ แม่และครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด รวมทั้งคัดกรอง ประเมิน แก้ไขปัญหาและติดตามผลเมื่อแม่กลับไปอยู่ในชุมชน โดยขอบเขตของการให้บริการจะเป็นการดูแลทางการพยาบาลที่ไม่มีหัตถการรุนแรง ดังที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90.0 ระบุว่าทำหน้าที่ให้ความรู้ คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับแม่และครอบครัว ทั้งนี้ มีการให้บริการทั้งในหน่วยบริการของโรงพยาบาลและการให้บริการทางช่องทางอื่น ดังที่พยาบาลนมแม่ร้อยละ 83.0 ระบุว่าทำหน้าที่ให้คำปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านทางโทรศัพท์ พยาบาลนมแม่ร้อยละ 24.5 มีการติดตามเยี่ยมหลังคลอดด้วย การให้บริการเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ พยาบาลนมแม่ที่เน้นการให้บริการเชิงรุกจะจัดสรรเวลาเพื่อไปให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่หน่วยบริการฝากครรภ์ และร่วมวางระบบการดูแลอย่างครบวงจร โดยมีการตรวจเยี่ยมแม่หลังคลอดบนหอผู้ป่วยหลังคลอด เป็นผู้ประเมินความพร้อมของแม่หลังคลอดก่อนกลับบ้าน และร่วมทีมเยี่ยมบ้านเมื่อแม่กลับไปอยู่บ้านแล้ว ในขณะที่พยาบาลนมแม่ซึ่งเน้นการให้บริการเชิงรับ จะเปิดให้บริการที่คลินิกนมแม่ตลอดวันเพื่อรอรับผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษาจากหอผู้ป่วยหลังคลอด ซึ่งขอบเขตการจัดบริการเชิงรุกหรือเชิงรับของพยาบาลนมแม่ เป็นผลมาจากอัตรากำลังบุคลากรของคลินิกนมแม่และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง นโยบายของผู้บริหาร และการประสานงานร่วมกับหน่วยบริการอื่น

2. บทบาทรอง นอกเหนือจากการให้บริการทางการพยาบาลแล้ว พยาบาลนมแม่ยังได้รับมอบหมายหน้าที่เพิ่มเติม เช่น การทำงานวิจัยและพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดของสถานพยาบาล การเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข การจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล การจัดอบรมหรือจัดกิจกรรมเพื่อ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการให้บริการของพยาบาลนมแม่จำแนกตามการให้บริการในคลินิกนมแม่

การให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
1. การให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับแม่และครอบครัว เช่น การแก้ไขปัญหาหัวนม	50	94.3
2. การให้ความรู้แก่แม่และครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก อาหารสำหรับแม่ก่อน-หลังคลอด	48	90.6
3. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เกี่ยวกับปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	44	83.0
4. การบริการทางการพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น การนวดแก้ไขท่อน้ำนมอุดตัน การฝังเข็ม โดยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	18	34.0
5. การติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด	13	24.5
6. การให้บริการอื่นๆ	15	28.3

สร้างและขยายเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนและสถานประกอบการ การจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านแม่และเด็กของสถานพยาบาลและในชุมชน การร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงาน การทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการนิเทศติดตามโรงพยาบาลในเครือข่าย (สำหรับพยาบาลนมแม่ในโรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์)

ส่วนที่ 2 องค์ความรู้ที่จำเป็นและคุณสมบัติของพยาบาลนมแม่

จากการสนทนากลุ่มพบว่า พยาบาลนมแม่มุ่งตัวอย่างมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน เรื่องสมรรถนะของพยาบาลนมแม่ ซึ่งจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ ความสามารถ หรือทักษะที่สำคัญในการทำงาน รวมทั้งคุณสมบัติที่พึงประสงค์โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรู้ที่จำเป็น ได้แก่

1) ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างลึกซึ้ง ประกอบด้วยเรื่องกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม ประโยชน์ของนมแม่

2) ความรู้เรื่องนมผสม ส่วนประกอบ วิธีใช้ โทษและข้อเสียของการเสริมอาหารและน้ำทดแทนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3) ความรู้เรื่องโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ แม่หลังคลอดและอาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก

4) ความรู้เรื่องปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อย ปัญหาที่ซับซ้อนและวิธีแก้ไข

5) ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ครอบคลุมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด รวมทั้งสุขภาพเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปีแรก

6) ความรู้เรื่องการเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็ก และการประเมินพัฒนาการ

7) ความรู้เรื่องโรคและความผิดปกติในเด็ก การดูแลเด็กป่วย และการดูแลมารดาที่มีปัญหาสุขภาพ

8) ความรู้เรื่องการทำวิจัย การนำผลงานวิจัยมาปรับใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามประเมินผลลัพธ์ของงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความสามารถหรือทักษะที่จำเป็น จำแนกได้เป็น

1) ด้านการบริการ

○ ทักษะการประเมินความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่ เช่น การอุ้มลูก การเข้าเต้า และการกินนมของลูก เช่น การดูนม

○ การประเมินและแก้ปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ปัญหาหัวนมแตก หัวนมบอด ท่อน้ำนมตัน

○ การปั๊มน้ำนม การประคบและระบายน้ำนม การเก็บน้ำนมแม่

2) ด้านวิชาการ

- o การทำวิจัย

- o การค้นคว้าความรู้และทบทวนความรู้โดยการ

อ่านบทความวิชาการหรืองานวิจัย

- o การใช้คอมพิวเตอร์ และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อการส่งปรึกษาผู้ป่วย การติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญภายนอก และการค้นคว้าข้อมูล

- o ทักษะการถ่ายภาพเบื้องต้น เพื่อให้สามารถเก็บบันทึกภาพปัญหาหรือสภาวะผิดปกติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไว้เป็นบทเรียนสำหรับให้ความรู้เครือข่ายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมงาน

3) ด้านการสื่อสาร

- o ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการสื่อสารเชิงบวก เพื่อเสริมกำลังใจแม่และครอบครัวให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง

- o ทักษะการให้คำปรึกษา การสอน การให้ความรู้ คำแนะนำแก่แม่และครอบครัว

- o ทักษะการติดต่อประชาสัมพันธ์ เพื่อเผยแพร่ให้คลินิกนมแม่เป็นที่รู้จักของแม่และครอบครัว

- o การสร้างเครือข่ายและการประสานงานกับบุคคลในแต่ละระดับ เนื่องจากพยาบาลนมแม่ต้องการความร่วมมือจากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยเพื่อให้การดูแลแม่และเด็กในเรื่องนมแม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งการมีเครือข่ายในชุมชนเพื่อส่งต่อข้อมูลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4) ด้านการบริหารจัดการ

- o การวางแผนการทำงานและบริหารจัดการคลินิกนมแม่ เนื่องจากคลินิกส่วนใหญ่มีพยาบาลนมแม่ทำงานประจำเพียงคนเดียว

- o การบริหารงบประมาณ และการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ในหน่วยบริการ

3. คุณสมบัติที่พึงประสงค์ของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลนมแม่ ประกอบด้วย

1) ใจเย็น หนักแน่นและอดทน เนื่องจากพยาบาลนม

แม่จำเป็นต้องใช้เวลานานในการดูแลแม่แต่ละราย และแม่ส่วนใหญ่ที่มาขอรับคำปรึกษามักจะมีความกังวลสูง หรือได้รับความกดดันจากครอบครัว

2) นำเชื่อถือ เนื่องจากต้องทำให้แม่และครอบครัวเชื่อมั่นว่า พยาบาลนมแม่ให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง เพียงพอและเหมาะสม ซึ่งจะทำให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ไม่ว่าจะเผชิญกับอุปสรรคใด รวมทั้งจำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับเครือข่ายในสถานพยาบาลและในชุมชนด้วย

3) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเป็นคนคิดบวก มีรอยยิ้มอยู่เสมอหรือบางรายอาจมีอาการฉุน เพื่อทำให้ผู้มารับบริการมีความรู้สึกสบายใจที่จะมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้มารับบริการได้รับกำลังใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และทำให้การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ราบรื่น

ส่วนที่ 3 ปัญหาที่พบจากการทำงานของพยาบาลนมแม่

จากการตอบแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มพบว่าผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานมองว่าหน้าที่พยาบาลนมแม่เป็นงานที่สบายไม่ต้องดูแลผู้ป่วย อีกทั้งในเชิงนโยบายไม่มีการกำหนดบทบาทและภาระงานที่ชัดเจน ไม่มีตัวชี้วัดผลการทำงานที่เป็นรูปธรรม พยาบาลนมแม่ส่วนใหญ่จึงประสบปัญหาในการทำงาน โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือการได้รับมอบหมายภาระงานอื่น นอกเหนือจากการเป็นพยาบาลนมแม่ (ร้อยละ 81.1) รองลงมาคือปัญหาความก้าวหน้าด้านอาชีพ (ร้อยละ 66.0) เช่น ไม่ได้เลื่อนขั้น ไม่ได้ขึ้นเงินเดือน หรือไม่ได้รับการปรับตำแหน่ง ทำให้พยาบาลนมแม่จำเป็นต้องขอย้ายหรือเปลี่ยนแผนกเพื่อให้มีความก้าวหน้าในสายอาชีพเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้พยาบาลนมแม่มักยังพบปัญหาเรื่องการขาดองค์ความรู้ที่จำเป็นในบางประเด็นเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ร้อยละ 32.1) เนื่องจากได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลนมแม่ โดยไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือเข้าร่วมประชุมใดๆ การเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประเด็นปัญหาของพยาบาลนมแม่

ประเด็นปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาระงานนอกเหนือจากการเป็นพยาบาลนมแม่	43	81.1
2. ความก้าวหน้าด้านอาชีพ	35	66.0
3. ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่จำเป็น	17	32.1
4. ขาดทักษะที่จำเป็น เช่น การเป็นที่ปรึกษา	13	24.5
5. อื่นๆ	10	18.9

จริงหรือจากการค้นคว้าด้วยตัวเองอาจไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาเรื่องนมแม่ในปัจจุบันที่มีความท้าทายมากขึ้น เช่น การดูแลแม่วัยรุ่น การจัดการปัญหาที่เกิดจากการปั๊มนม อีกทั้งในสถานพยาบาลบางแห่งไม่มีพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสูงหรือแพทย์ที่มีความรู้คอยให้คำปรึกษาเมื่อพยาบาลนมแม่พบปัญหาที่ซับซ้อน ทำให้ขาดความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือแม่ และต้องหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตัวเองตามบริบทของแต่ละคน เช่น การปรึกษาพยาบาลนมแม่ในโรงพยาบาลใกล้เคียง การขอคำปรึกษาจากเครือข่ายที่รู้จัก หรือการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น

ในการสนทนากลุ่ม เมื่อวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการทำงาน พยาบาลนมแม่กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดบริการเรื่องนมแม่ 3 ด้านสำคัญ ได้แก่

1. ด้านนโยบาย เนื่องจากเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ถูกบรรจุเป็นสถานะหรืออาการที่ต้องได้รับการรักษาหรือให้บริการทางการแพทย์ จึงไม่มีรหัส DRG (diagnosis related group) สำหรับการลงข้อมูลเป็นภาระงานและเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งไม่มีกำหนดอัตราค่าบริการที่ชัดเจน หลายโรงพยาบาลใช้วิธีเก็บค่าบริการในหมวดบริการทางการแพทย์ในอัตรา 50 บาท หรือหากมีการนัดพบที่นม จะบันทึกข้อมูลการรักษาและเรียกเก็บค่าบริการในอัตรา 250 บาท ซึ่งอาจเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการของแพทย์แผนไทยได้ ทำให้พยาบาลนมแม่ไม่ได้รับการประเมินภาระงานในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล และไม่สร้างรายได้ให้แก่โรงพยาบาล

2. ด้านผู้บริหาร เนื่องจากการให้บริการของพยาบาลนมแม่ เป็นงานที่ต้องลงทุนสูง ทั้งในแง่ของอัตราค่าจ้างสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ แต่กลับเป็นงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้แก่โรงพยาบาล ผู้บริหารจึงให้การสนับสนุนการทำงานเรื่องนมแม่น้อย หรือบางแห่งผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของเรื่องนมแม่เลยเพราะไม่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการรักษาและการรอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้หลายโรงพยาบาลไม่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานของพยาบาลนมแม่หรือคลินิกนมแม่ เช่น ค่าโทรศัพท์สำหรับการให้คำปรึกษา ค่าตอบแทนล่วงเวลา

3. ด้านทีมงานและความร่วมมือจากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถกำหนดทิศทางการให้บริการเรื่องนมแม่ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ ไม่มีการทำงานเป็นทีม หรือไม่สามารถประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดระบบการคัดกรองและดูแลแม่และครอบครัวเรื่องนมแม่ได้ เพราะทีมงานมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ไม่สำคัญ หรือเป็นงานที่ง่าย จึงมอบหมายให้พยาบาลนมแม่ดำเนินการคนเดียว บางโรงพยาบาล พบกรณีที่แม่มีปัญหาซับซ้อนต้องการการวินิจฉัยหรือรักษาจากแพทย์ แต่คลินิกนมแม่ไม่มีแพทย์ประจำคลินิก ไม่มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ช่วยดูแลแม่อย่างครบวงจร ต้องส่งต่อแพทย์เวรซึ่งไม่สามารถกำหนดแนวทางการรักษาให้เป็นแบบประคับประคองเพื่อให้แม่สามารถให้นมลูกต่อไปได้

ส่วนที่ 4 แนวทางการพัฒนาพยาบาลนมแม่

จากการสำรวจด้วยแบบสอบถามพบว่า สิ่งที่ยาบาลนมแม่ต้องการมากที่สุดคือ การมีแนวทางและขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน (ร้อยละ 81.1) รองลงมาคือความก้าวหน้าทางอาชีพ (ร้อยละ 73.6) และการอบรมด้านทักษะการเป็นที่ปรึกษา (ร้อยละ 71.6) และความรู้ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ร้อยละ 67.9)

ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่า สิ่งที่ยาบาลนมแม่ต้องการสนับสนุนมากที่สุด สอดคล้องกับปัญหาที่พบบ่อยในการทำงานของยาบาลนมแม่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการสนทนากลุ่ม ยาบาลนมแม่ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อผลการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

1. การกำหนดขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดนิยามและบทบาทของยาบาลนมแม่ให้ชัดเจน โดยอาจศึกษาหรือทบทวนว่า หน้าที่และขอบเขตการทำงานของยาบาลนมแม่ตามบริบทสถานพยาบาลของประเทศไทยควรเป็นอย่างไร รวมทั้งควรกำหนดมาตรฐานการให้บริการของยาบาลนมแม่ให้เป็นมาตรฐานระดับชาติ ดังเช่นพยาบาลเฉพาะทางสาขาอื่น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำงาน และควรประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รับรู้ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งน่าจะส่งผลให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญของการมีแนวทางการส่งเสริมสนับสนุนและปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานพยาบาลในทิศทางเดียวกัน

2. ความก้าวหน้าด้านอาชีพ

เนื่องจากงานนมแม่ต้องอาศัยทักษะและการฝึกฝน ยาบาลนมแม่ที่รับผิดชอบงานมานาน จะมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือและให้คำปรึกษากับแม่ได้ดี การกำหนดความก้าวหน้าในอาชีพอย่างชัดเจน (career path) น่าจะช่วยแก้ปัญหาการเปลี่ยนบุคลากรบ่อยได้ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพของยาบาลนมแม่ ต้องคำนึงถึงเรื่องโครงสร้างคลินิกนมแม่ที่ควรมีอิสระ เพื่อให้สามารถประสานงานกับทุกหน่วยบริการในสถานพยาบาลได้อย่างเต็มที่ และการมีโครงสร้างหน่วยงานที่

เป็นอิสระจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการช่วยลดปัญหาความก้าวหน้าในอาชีพที่ต้องรอคิวของบุคลากรภายในหน่วยบริการที่สังกัดอยู่

3. การพัฒนาทักษะและความรู้

ยาบาลนมแม่ต้องการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดความชำนาญและความน่าเชื่อถือ ประกอบด้วยการพัฒนาทางตรงและทางอ้อม ได้แก่

3.1 การพัฒนาทางตรง คือการเข้ารับการอบรมทักษะและองค์ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติงานยาบาลนมแม่เป็นการเฉพาะ และควรมีการอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะเป็นระยะอย่างน้อยทุกหนึ่งปี โดยจากการสนทนากลุ่ม ยาบาลนมแม่กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะในการจัดทำหลักสูตร ดังนี้

1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอน

- o หลักสูตรอบรมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้เริ่มต้นใหม่เป็นระยะเวลาประมาณ 4 เดือน ทั้งแบบเต็มเวลาและนอกเวลา

- o หลักสูตรอบรมระยะสั้นสำหรับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์การทำงานมานานเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะให้ทันสมัย ใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์

- o หลักสูตรเพิ่มเติมระดับปริญญาโทเพื่อต่อยอดทางด้านวิชาการและสร้างนวัตกรรม

2) สิ่งที่ต้องการหลังจบหลักสูตร

- o ใ้รับรองอย่างเป็นทางการและการจัดทำทะเบียนยาบาลนมแม่ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นสำหรับผู้มารับบริการ

- o ได้ค่าตอบแทนเพิ่มหรือมีความก้าวหน้าในอาชีพ

- o ใ้รับอนุญาตให้สามารถทำหัตถการบางอย่างเพิ่มเติมในกรณีที่โรงพยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องการส่งต่อพบแพทย์ เช่น การทำอัลตราซาวด์เต้านม

3.2 การพัฒนาทางอ้อม ได้แก่

- 1) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงนวัตกรรมของยาบาลนมแม่อย่างสม่ำเสมอ



2) การสร้าง web page ที่เป็นช่องทางสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ของพยาบาลนมแม่

3) การสร้างระบบที่ปรึกษาสำหรับกรณีพยาบาลนมแม่พบปัญหาซับซ้อนและต้องการปรึกษาผู้มีความเชี่ยวชาญระดับสูงในมหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานด้านวิชาการ

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลนมแม่หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พยาบาลนมแม่ในสถานพยาบาลในประเทศไทยมีประสบการณ์การทำงาน การฝึกอบรมและแนวทางปฏิบัติงาน ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ในเชิงนโยบาย ทั้งระดับประเทศและระดับสถานพยาบาล ยังไม่พบว่ามีกระบวนการคัดเลือกหรือมอบหมายผู้ทำหน้าที่พยาบาลนมแม่อย่างเป็นระบบ รวมทั้งไม่มีระบบการพัฒนาศักยภาพ และไม่มีกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าสายอาชีพ ดังเช่นพยาบาลวิชาชีพสาขาอื่น

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยมีการกำหนดเรื่องการจัดตั้งคลินิกนมแม่ไว้ในมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับโรงพยาบาล แต่ในมาตรฐานดังกล่าวไม่มีหลักเกณฑ์หรือข้อกำหนดทางวิชาชีพสำหรับผู้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลนมแม่ ทั้งในแง่คุณสมบัติ สมรรถนะ องค์ความรู้ และการฝึกอบรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต้องผ่านก่อนทำหน้าที่พยาบาลนมแม่ พยาบาลส่วนหนึ่งได้รับมอบหมายงานนี้ด้วยเหตุผลที่เคยมีประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแม่และเด็ก เช่น หน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด หน่วยทารกป่วย หรือทารกวิกฤต และส่วนหนึ่งได้รับมอบหมายหน้าที่พยาบาลนมแม่ ในลักษณะของภาระงานที่เพิ่มจากงานประจำ ทำให้พยาบาลนมแม่ประสบปัญหาในการทำงาน ดังนั้น การกำหนดขอบเขตการทำงาน คุณสมบัติ สมรรถนะ และองค์ความรู้ที่จำเป็น สำหรับพยาบาลนมแม่ในประเทศไทยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการ

ในแง่ขององค์ความรู้ขั้นพื้นฐาน ทักษะและความ

สามารถของพยาบาลนมแม่นั้น อาจพิจารณาหลักสูตร International Board Certified Lactation Consultant ของ International Board of Lactation Consultant Examiners ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยหัวข้อเรื่องดังนี้

1. พัฒนาการและโภชนาการ (development and nutrition) ของทั้งมารดาและทารก
2. สรีรวิทยาและวิทยาต่อมไร้ท่อ (physiology and endocrinology)
3. พยาธิวิทยา (pathology) ของทารกและมารดาที่เกี่ยวข้อง เช่น อากาศแพ้ (allergy) ลิ้นติด (ankyloglossia) และ ความผิดปกติของหัวนมและเต้านม
4. เภสัชวิทยาและพิษวิทยา (pharmacology and toxicology)
5. จิตวิทยา สังคมวิทยา และมานุษยวิทยา (psychology, sociology and anthropology)
6. เทคนิคต่างๆ เช่น การให้นมภายใน 1 ชั่วโมง การดูนม และ skin-to-skin
7. ทักษะทางคลินิก เช่น อุปกรณ์และเทคโนโลยีการให้ความรู้และการสื่อสารจริยธรรมและข้อกฎหมายการวิจัย การสนับสนุนนโยบายและการขับเคลื่อนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

หากพยาบาลนมแม่ทุกคนได้รับการอบรมและผ่านการประเมิน ตามหลักสูตรข้างต้น น่าจะช่วยให้มีความมั่นใจในการทำงานมากยิ่งขึ้นทั้งในด้านการให้บริการและการบริหารจัดการด้วย

เมื่อพิจารณาถึงแนวทางการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพพยาบาลนมแม่ของประเทศไทย พบว่ามีหลักสูตรการอบรมผู้เชี่ยวชาญนมแม่ของกรมอนามัย เป็นหลักสูตรอย่างน้อย 20 ชั่วโมงตามแนวทางบันไดสิบขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽¹⁶⁾ ตามคู่มือฝึกอบรมงานอนามัยแม่และเด็ก ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย⁽¹⁷⁾ ซึ่งมีจุดประสงค์เน้นให้ผู้อบรมสามารถช่วยเหลือและให้คำแนะนำกับแม่และครอบครัวได้ รายละเอียดของเนื้อหาการอบรมประกอบด้วย

1. ความรู้พื้นฐานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ กายวิภาคของเต้านม กลไกในการสร้างและหลั่งน้ำนม กลไกในการดูดนม ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การสร้างและหลั่งน้ำนม ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเตรียมความพร้อมให้แก่แม่ในการให้นมลูก

2. บทบาทผู้เชี่ยวชาญนมแม่ ได้แก่ เทคนิคการสื่อสาร เทคนิคการประสานงาน การเป็นผู้นำ การสอนและการจัดการความรู้ การบริหารจัดการคลินิกนมแม่ การจัดเก็บข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเฝ้าระวังสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวางแผนและติดตามประเมินผล

3. การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การสังเกตท่าอุ้มลูก การสังเกตท่าลูกดูดนมแม่ การสังเกตแม่และเต้านมแม่ การสังเกตลูก

4. การประเมินปัญหาและการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

5. การให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ หลักการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ทักษะการซักประวัติ ทักษะการให้คำปรึกษา (ทักษะการรับฟัง ทักษะการเรียนรู้ ทักษะการสร้าง ความมั่นใจ และทักษะการส่งเสริมสนับสนุน) และทักษะการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่บนหอผู้ป่วย/คลินิกนมแม่/ชุมชน

6. การเฝ้าระวังการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความเห็นถึงองค์ความรู้ ทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลนมแม่ ซึ่งในภาพรวมถือว่าสอดคล้องกับเนื้อหาที่กำหนดในหลักสูตรทั้งของประเทศไทยและหลักสูตร International Board Certified Lactation Consultant เป็นที่น่าสนใจว่าจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 30.0 ประเมินว่า ตนเองยังขาดองค์ความรู้ และร้อยละ 25.0 ยังขาดทักษะที่จำเป็นในการทำงาน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90.0 เคยได้รับการอบรมมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง จึงมีความเป็นไปได้ว่า อาจเป็นเพราะ

พยาบาลนมแม่ที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ ได้รับการอบรมระยะสั้นที่ไม่มีการฝึกปฏิบัติหรือหัวข้อการอบรมไม่ครบถ้วนตามกรอบหลักสูตรการอบรมผู้เชี่ยวชาญนมแม่ของกรมอนามัย เนื่องจากการอบรมหลักสูตรของกรมอนามัยจัดให้เฉพาะโรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กในสถานพยาบาลเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วประเทศ อีกทั้งในการอบรมระยะสั้น ไม่สามารถทำการติดตามและประเมินผลอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถประเมินความสำเร็จของการอบรมในแง่ของผลลัพธ์ เช่น ความเข้าใจและทักษะที่เพิ่มขึ้นของผู้เข้าอบรมได้⁽¹⁶⁾ ทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลที่สามารถใช้อธิบายข้อเสนอต่อการพัฒนาการทำงานของพยาบาลนมแม่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 70.0 เสนอให้มีการจัดอบรมด้วยหลักสูตรต่างๆ โดยเฉพาะหลักสูตรเฉพาะทาง เพราะการอบรมที่เคยมีมาไม่สามารถพัฒนาให้พยาบาลนมแม่มีศักยภาพเพียงพอในการทำงานได้

นอกจากนี้ปัญหาสำคัญของการทำหน้าที่ในมุมมองของพยาบาลนมแม่ คือ ความไม่ก้าวหน้าในสายงาน เป็นผลให้พยาบาลนมแม่ หรือผู้รับผิดชอบงานนมแม่ในสถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านจิตเวช⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ความก้าวหน้าในสายงานมีผลต่อการตัดสินใจทำงานต่อของบุคลากร ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาของพยาบาลนมแม่ในระดับต่างๆ ดังนี้

1. แนวทางดำเนินนโยบาย

1) กระทรวงสาธารณสุขควรมีการเน้นย้ำนโยบายระดับประเทศและมีกระบวนการถ่ายทอดนโยบายไปสู่ผู้บริหารสถานพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการจัดบริการและการบริหารจัดการทรัพยากรในสถานพยาบาลเพื่อส่งเสริม สนับสนุนและปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะการจัดตั้งคลินิกนมแม่และการมอบหมายให้มีพยาบาลนมแม่ประจำคลินิก



2) กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาการพยาบาล สถาบันที่จัดการการเรียนการสอนทางการพยาบาล และมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ควรร่วมกันทบทวนองค์ความรู้ ข้อมูลและแนวทางมาตรฐานทั้งในระดับสากลและระดับประเทศที่มีอยู่เดิม เพื่อจัดทำแนวทางมาตรฐานสำหรับพยาบาลนมแม่ประเทศไทย เพื่อกำหนดขอบเขตบทบาทหน้าที่ คุณสมบัติ และสมรรถนะที่จำเป็น รวมถึงแนวทางการปฏิบัติงาน (clinical guideline) ที่ทันสมัย สอดคล้องกับมาตรฐานสากล และเหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาลในประเทศไทย เพื่อให้การทำงานของพยาบาลนมแม่มีแนวทางที่ชัดเจนและมีคุณภาพ

3) กระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามประเมินผลการพัฒนาศักยภาพพยาบาลนมแม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจว่า ในระบบบริการสาธารณสุข มีพยาบาลนมแม่ที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอต่อความต้องการของแม่และครอบครัว รวมทั้งการวางแผนความก้าวหน้าในสายอาชีพของพยาบาลนมแม่เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องด้วย

2. แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานหน่วยงาน

1) สภาการพยาบาล และสถาบันที่จัดการการเรียนการสอนทางการพยาบาล ควรหารือร่วมกันเพื่อพัฒนาและผลิตหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับพยาบาลนมแม่เฉพาะทางขึ้น เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่พยาบาลนมแม่ให้มีความรู้ ทักษะที่จำเป็น และมีความสามารถในการให้บริการแม่และครอบครัวอย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน

2) กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาการพยาบาล สถาบันที่จัดการการเรียนการสอนทางการพยาบาล ควรร่วมกันจัดระบบการพัฒนาและควบคุมคุณภาพพยาบาลนมแม่ในระยะยาว ซึ่งอาจหมายถึงการกำหนดกระบวนการคัดเลือกพยาบาลนมแม่

การขึ้นทะเบียนพยาบาลนมแม่ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพ และผ่านการประเมินรับรองคุณภาพในแง่ของความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อให้ประเทศไทยมีพยาบาลนมแม่ที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานสากล

3) สภาการพยาบาลหรือชมรมพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ควรพิจารณาจัดตั้งสมาคมหรือองค์กรเพื่อรวมกลุ่มพยาบาลนมแม่ เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายพยาบาลนมแม่ให้มีช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็นที่ปรึกษาให้แก่กัน และเป็นแกนหลักในการผลักดันนโยบายหรือแนวทางเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลนมแม่ในประเทศไทย

3. แนวทางการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลนมแม่

1) พยาบาลวิชาชีพทุกคนควรได้เรียนรู้ทักษะขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการให้บริการทางการพยาบาลเบื้องต้น เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่การศึกษาก่อนปริญญา (pre-service training) เพื่อให้มีความรู้เรื่องนมแม่ขั้นพื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือแม่และครอบครัวเมื่อไปปฏิบัติงานจริง

2) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลนมแม่ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน และในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือแม่และครอบครัวเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีคุณภาพ

3) หน่วยงานด้านวิชาการ เช่น สถาบันที่จัดการการเรียนการสอนทางการพยาบาล และมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ควรส่งเสริมให้มีช่องต่างๆ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลนมแม่ เกี่ยวกับแนวทางการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ปัญหาในการให้คำปรึกษาแก่แม่หรือช่วยเหลือแม่

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 53 คนซึ่งปฏิบัติหน้าที่พยาบาลนมแม่ในปัจจุบัน ผลการศึกษายัง

ไม่อาจสะท้อนภาพรวมของพยาบาลนมแม่ทั่วประเทศในประเด็นเรื่องปัญหาและอุปสรรคจากการทำงาน ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้เป็นความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม และการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะโดยผู้วิจัยเองไม่ได้มีการสอบถามผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้บริหารและปฏิบัติงานร่วม จึงอาจไม่สะท้อนปัญหาของพยาบาลนมแม่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกันมาได้

สำหรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาในอนาคตนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าหากมีการศึกษาถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดจากการให้บริการของพยาบาลนมแม่ (outcome and impact evaluation) ทั้งในแง่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกและเด็กเล็กในพื้นที่ ก็จะได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญที่จะช่วยสร้างความตระหนักให้แก่ผู้บริหารระดับโรงพยาบาลและระดับประเทศให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทหน้าที่พยาบาลนมแม่อันจะนำมาซึ่งการสนับสนุนเชิงนโยบายในอนาคตได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกนมแม่และพยาบาลนมแม่ทุกท่านที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา รวมถึงทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ขอขอบคุณกรมอนามัย มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Hangchaovanich Y, Vichitsukon K, Siritanaratkul S, Wongsiri A, Promsakul A. Guideline for breastfeeding mother. Bangkok: Thai Breastfeeding Center Foundation; 2013. (in Thai)
2. United Nations Children's Fund. Infant and young child feeding [internet]. 2014 [cited 2018 October 7]. Available from: http://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html.
3. Edozien L. The contraceptive benefit of breastfeeding. *Afr Health* 1994;16(6):15-7.
4. Charoenratana C. Breastfeeding [internet]. 2014 [cited 2018 September 17]. Available from: http://www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=931:breastfeeding&catid=45&Itemid=561. (in Thai)
5. Trout KK, Averbuch T, Barowski M. Promoting breastfeeding among obese women and women with gestational diabetes mellitus. *Curr Diab Rep* 2011;11(1):7-12.
6. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol* 2009;113(5):974-82.
7. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: World Health Organization; 2014.
8. National Statistical Office, United Nations Children's Fund. Thailand multiple indicator cluster survey 2015-2016, Final Report. Bangkok: NSO and UNICEF; 2016.
9. Cetthkrikul N, Topotha C, Topothai T, Pongutta S, Kunpeuk W, Prakongsai P, et al. Situation of breastfeeding among mothers receiving services in public hospitals in Thailand. *Journal of Health Science* 2016;25(4):657-63. (in Thai)
10. Tangsuksan P. Breastfeeding promotion in pregnant women. *Journal of Public Health Nursing* 2011;25(3):103-19.
11. Zhu Y, Hernandez LM, Mueller P, Dong Y, Hirschfeld S, Forman MR. Predictive models for characterizing disparities in exclusive breastfeeding performance in a multi-ethnic population in the US. *Matern Child Health J* 2016 Feb;20(2):398-407.
12. Manager Online. Ten steps for mothers and child health development used by Department of Health [internet]. 2010 [cited 2018 November 30]. Available from: <http://www.manager.co.th/QoL/ViewNews.aspx?NewsID=9530000105950>. (in Thai)
13. Puapornpong P. Lactation clinics and breastfeeding support [internet]. 2015 [cited 2018 November 30]. Available from: <http://guruobgyn.com/tag/คลินิกนมแม่กับการส่งเสริม/>. (in Thai)
14. Department of Health. Miss breastfeeding [internet] [cited 2018 October 28]. Available from: hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/cat6/missBF.doc. (in Thai)
15. Vichitsukon K. Guideline for breastfeeding expert training. Nonthaburi: Department of Health; 2007. (in Thai)



16. International Baby Food Action Network. World breastfeeding trends initiative: Thailand assessment report 2015 [cited 2018 October 28]. Available from: <http://worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/report/WBTi-Thailand-2015.pdf>.
17. Department of Health. Training guideline for Maternal and Child Health service [internet]. 2016 [cited 2018 Oct 28]. Available from: <https://spkhp.files.wordpress.com/2016/03/ae0b884e0b8b9e0b988e0b8a1e0b8b7e0b8ade0b89de0b8b6e0b881e0b8ade0b89ae0b8a3e0b8a1e0b887e0b8b2e0b899e0b8ade0b899e0b8b2e0b8a1e0b8b1e0b8a2.pdf>. (in Thai)
18. Agyapong VI, Osei A, Farren CK, McAuliffe E. Factors influencing the career choice and retention of community mental health workers in Ghana. *Hum Resour Health* 2015 Jul 9;13:56. doi: 10.1186/s12960-015-0050-2.

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล: ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

กรณี เหล่าอิทธิ*

ปิยะ หานวรวงศ์ชัย*

ผู้รับผิดชอบบทความ: กรณี เหล่าอิทธิ

บทคัดย่อ

การสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นแนวนโยบายที่มีโอกาสในการช่วยเสริมความเข้มแข็งของมาตรการการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนของ การปรับให้โรงพยาบาลเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะการให้บริการของสถานพยาบาลต่างๆ มีโอกาสได้พบกับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ทั้งที่เป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้มารับบริการอื่นๆ รวมถึงบุคลากรของสถานพยาบาลนั้นๆ เอง โดยกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้หลายด้าน และครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้หลากหลาย

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบว่างานวิจัยด้านสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษารายการของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีเพียงการวิจัยกิจกรรมที่ได้ทำและผลการดำเนินงานบางส่วน การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการรวบรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบในฐานข้อมูลนานาชาติเพื่อรวบรวมรูปแบบและกิจกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรม เพื่อพัฒนาเป็นฐานข้อมูลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่จะช่วยให้นำไปต่อยอดในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย และอาจนำไปต่อยอดในการจัดการทรัพยากรทั้งด้านกำลังคนและกำลังทรัพย์ในการสร้างเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาล เพื่อให้การบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

การศึกษานี้กระทำโดยการทบทวนบทความวิชาการนานาชาติจากฐานข้อมูล Pubmed อย่างเป็นระบบ และรวบรวมรายการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล พบว่ามีบทความ 10 เรื่องที่เข้าเกณฑ์ คือมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การสอนให้ออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การลด-ละ-เลิกบุหรี่และเหล้า การสอนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วย การจัดการลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพในผู้ป่วยทางจิต

ทั้งนี้ เชื่อว่าผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างๆ จะสามารถนำผลการศึกษานี้ไปพิจารณาในการปรับปรุงการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมมากขึ้นได้ และยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการศึกษาวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลได้อีกด้วย

คำสำคัญ: กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, โรงพยาบาล, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Health Promotion Activity in Hospitals – A Systematic Review of Systematic Review

Poranee Laoitthi*, Piya Hanvoravongchai*

* Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Corresponding author: Poranee Laoitthi, poraneemd@gmail.com

* ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Received 3 July 2019; Revised 2 December 2019; Accepted 2 December 2019

Abstract

Reorienting health services to be more engaged in health promotion is a key health promotion strategy that is widely accepted. The strategy has been implemented in Thailand. However, the scope of health promotion work by Thai hospitals and its related functions were hardly known.

This research project explored health promotion activities in the hospital settings. It identified systematic reviews of health promotion using PubMed database.

There were 10 systematic reviews that met the inclusion criteria. The reviews of health promotion activities included body mass index monitoring during clinical consultation, individual exercise encouragement, diet control, quit smoking and drinking, program to help release carers' stress, and risk reduction interventions among mental health patients.

This systematic review of systematic review can be beneficial for health promotion management at each organization. The information can help expand work and research on health promotion activity in hospitals in the future.

Keywords: health promotion activity, hospital, systematic review

บทคัดย่อและเหตุผล

แนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการพัฒนาจาก การป้องกันระดับปฐมภูมิที่เน้นในกลุ่มคนที่สุขภาพ ดีไม่มีความเจ็บป่วย⁽¹⁾ มาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพในยุค ใหม่ ที่องค์การอนามัยโลกบัญญัตินิยามว่า คือกระบวนการ เพิ่มความสามารถของคนในการดูแลสุขภาพและปัจจัย ต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของตน⁽²⁾ ดังนั้น การ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบใหม่จึงมุ่งเน้นทั้งบุคคล และปัจจัยรอบข้างเพื่อป้องกันการเกิดโรค ลดความเจ็บ ป่วย จำกัดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยดูแล แบบองค์รวมที่นอกเหนือจากการดูแลไม่ให้เกิดโรคไปสู่การ ดูแลทั้งสุขภาพทางกาย สภาวะจิตใจ และคุณภาพชีวิต^(3,4) การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยและใน นานาประเทศนั้น มักใช้เกณฑ์การดำเนินงานหลักจาก กฎบัตรอตตาวา และในประเทศไทยยังได้มีการต่อยอด รูปแบบการดำเนินการด้วยกฎบัตรกรุงเทพ⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะมีการต่อยอดไปเท่าใด ประเด็นหลักในการดำเนิน งานสร้างเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จก็ยังคงหลัก การสำคัญ 5 ข้อ ได้แก่ 1. การสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ 2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน 4. การพัฒนาทักษะส่วน

บุคคล และ 5. การปรับระบบบริการสุขภาพ โดยจะเห็นได้ ว่าการดำเนินการทั้ง 5 ข้อนี้ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั่ว โลก ต่างกันที่ระดับของการพัฒนาเท่านั้น

การสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นแนวนโยบาย ที่ช่วยเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพใน ส่วนของการปรับระบบบริการสุขภาพให้เอื้อต่อ การสร้างเสริมสุขภาพ⁽⁵⁾ โดยการให้บริการของโรงพยาบาล ต่างๆ นั้น มีโอกาสได้พบกับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ทั้งที่เป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้มารับบริการอื่นๆ รวมถึงบุคลากรของสถาน พยาบาลนั้นๆ เอง ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้หลาย ด้าน และครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้หลากหลาย

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบว่า งานวิจัย ด้านสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษารายการ ของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มี เพียงการวิจัยกิจกรรมที่ได้ทำและผลการดำเนินงานบาง ส่วน⁽⁶⁻⁹⁾ เช่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในโรง พยาบาลในเรื่องของคุณภาพการรักษาพยาบาล การดำเนิน การตาม clinical practice guideline เกณฑ์มาตรฐาน การรักษาพยาบาล⁽¹⁰⁾ การรักษาพยาบาลตามวัฒนธรรม ของผู้รับบริการ⁽¹¹⁾

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในโรงพยาบาล

มีการศึกษาที่เน้นตัวโรคและการรักษา เช่น การทบทวนเรื่องการป้องกันการหกล้มและกระดูกหัก^(12,13) ในโรงพยาบาล และสถานพักฟื้นที่เกี่ยวข้องเนื่องจากสภาวะทางสมอง หรือการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในสถานพยาบาล⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ การดูแลและพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ แต่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่ระดับปัจจัย หรือก่อนการเกิดโรคในระดับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลนั้น ยังไม่พบ

การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการรวบรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ ในฐานะข้อมูลนานาชาติ เพื่อรวบรวมรูปแบบและกิจกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรม เพื่อพัฒนาเป็นฐานข้อมูลกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่สามารถนำไปต่อยอดในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย และอาจนำไปต่อยอดในการจัดการทรัพยากรทั้งด้านกำลังคนและกำลังทรัพย์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาล เพื่อให้การบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ระเบียบวิธีศึกษา

การทบทวนงานอย่างเป็นระบบได้ดำเนินการตามรูปแบบของ PRISMA^(20,21)

Data source

การทบทวนวรรณกรรมนี้อาศัยการสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed ช่วงเวลาที่ตีพิมพ์ ตั้งแต่ ปี 2543 ถึง ปี 2557 และมีแนวทางการทบทวนที่มีเกณฑ์การคัดเลือก ที่ระบุในรูปแบบ PICOT ดังต่อไปนี้ คือ

- Search strategy ครอบคลุมงานวิจัยที่มีกลุ่มประชากร (population) ในโรงพยาบาล หรือจัดทำโดยบุคลากรในโรงพยาบาล
- กิจกรรม (intervention) รวมเฉพาะกิจกรรมที่เป็นการป้องกันระดับหนึ่งคือยังไม่ได้เกิดโรค หรือกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

- ตัวเปรียบเทียบ (comparator) ไม่จำกัดว่าต้องมีตัวเปรียบเทียบหรือไม่

- ผลลัพธ์ (outcome) ไม่มีการกำหนดผลลัพธ์

- ช่วงเวลา (timing) งานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึงสิงหาคมปี พ.ศ. 2557

ทั้งนี้ จะรวบรวมเฉพาะเอกสารวิชาการที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ ที่มีการกล่าวถึงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมถึงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นงานระดับปฐมภูมิ เช่น การป้องกันโรคและภาวะต่างๆ (ภาวะอ้วน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง หรือโรคไม่ติดต่อที่สำคัญต่างๆ) การดูแลปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค (เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม) การดูแลสุขภาพเฉพาะทาง (การดูแลช่องปาก การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ การให้บริการคลินิกเด็กดี) และมีเกณฑ์การคัดออก คือ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในการป้องกันระดับทุติยภูมิขึ้นไป เช่น การดูแลผู้ป่วยที่เกิดโรคต่างๆ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลโรคนั้นๆ

คำสำคัญหลักในการสืบค้น

การสืบค้นบทความเน้นใช้คำสำคัญในสามด้าน ได้แก่ “health promotion” และคำใกล้เคียง “activities” หรือ “interventions” และคำใกล้เคียง “hospitals” และคำใกล้เคียง โดยมีขั้นตอนการค้นบทความดังแสดงในตารางในภาคผนวก

Data extraction and quality assessment

เอกสารอ้างอิงที่ได้จากการสืบค้นได้รับการจัดเก็บด้วยโปรแกรม EndNote X7.0.2 และมีขั้นตอนการพิจารณาความเหมาะสมของบทความ คือต้องเป็นเอกสารการสืบค้นอย่างเป็นระบบ (review of systematic review) เกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีการดำเนินการในโรงพยาบาล และเป็นการดำเนินกิจกรรมในระดับ

การป้องกันระดับที่หนึ่ง กล่าวคือกลุ่มเป้าหมายนั้นยังไม่เกิดโรค

การคัดกรองอาศัยผู้คัดเลือก 2 คน ที่มีทักษะด้านการแพทย์หรือการสาธารณสุข และทักษะในภาษาอังกฤษ และผ่านการเรียนหรือมีประสบการณ์การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มาทำการคัดเลือกบทความที่ค้นพบจากฐานข้อมูลตามคำสืบค้นในตารางที่ 1 โดยการพิจารณาบทความเริ่มจากการตรวจสอบ หัวเรื่องและบทคัดย่อของวารสาร เพื่อคัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้อง ก่อนจะดึงเอาบทความฉบับเต็มมาคัดเลือกเพื่อคัดกรองเฉพาะบทความที่เหมาะสม ทั้งนี้ หากผู้คัดเลือกทั้งสองมีความเห็นเรื่องความเหมาะสมของบทความต่างกันจะนำเสนอให้ผู้คัดเลือกคนที่ 3 ที่มีทักษะและประสบการณ์เช่นเดียวกันเป็นผู้พิจารณาตัดสิน

Inclusion criteria

เป็นการรวบรวมเฉพาะบทความที่ผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบ systematic review หัวข้อเกี่ยวเนื่องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หรือเกิดโดยบุคลากรของโรงพยาบาล กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงก่อนการเกิดโรคหรือเป็นการป้องกันก่อนการเกิดโรค

Data analysis

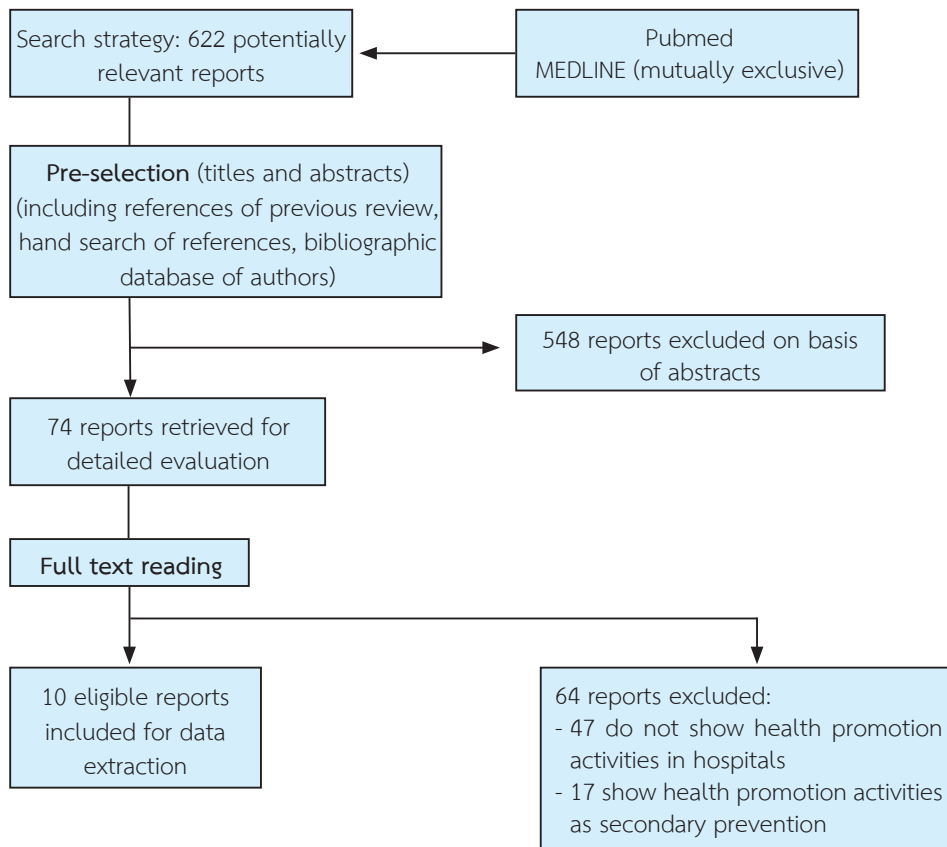
นำบทความที่คัดเลือกได้มาวิเคราะห์แบบคุณภาพโดยมีการวิเคราะห์ทั้งในแบบการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การวิเคราะห์แก่นสาระมีการจัดกลุ่มหรือหมวดหมู่ของกลุ่มกิจกรรม และการวิเคราะห์เนื้อหามีการกำหนดหน่วยของเนื้อหาเพื่อทำการแจกแจง

ผลการศึกษา

จากการสืบค้นข้อมูลในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากฐานข้อมูล PubMed โดยมีลำดับคำค้น ดัง

ในภาคผนวก พบเอกสารทั้งสิ้น 622 รายการ ขั้นตอนการประเมินเอกสารอันประกอบด้วย การประเมินชื่อเรื่องและบทคัดย่อได้คัด 548 บทความที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากการศึกษา จากนั้นจึงค้นบทความฉบับเต็มของเอกสารที่เหลือจำนวน 74 บทความมาพิจารณา พบว่า มี 47 บทความที่ไม่พบข้อมูลที่แสดงการทำการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลและอีก 17 บทความเป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับการป้องกันที่สอง คือ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว จึงเหลือบทความทั้งสิ้น 10 บทความที่เข้าสู่การศึกษา ดังแผนภาพที่ 1 และพบว่า เป็นเอกสารที่ทำการรวบรวมอย่างเป็นระบบ ดังนั้น จึงนำ 10 บทความนั้นมาประเมินคุณภาพ (quality assessment) ด้วยเกณฑ์ของ 2 หน่วยงาน คือเกณฑ์ Dartmouth Research Guide checklist⁽²²⁾ ซึ่งพัฒนาโดยมหาวิทยาลัย Dartmouth (มีประเด็นในการสอบถามถึง ความเหมาะสมของคำถาม แหล่งข้อมูลในการค้นหา ความครอบคลุมในการค้นหา การแปลผล ขั้นตอนการสืบค้น ข้อจำกัดในการสืบค้น และขั้นตอนของ systematic review ว่าเหมาะสมดีพอหรือไม่) และเกณฑ์ Critical Appraisal Skills Program (CASP) UK⁽²³⁾ ของหน่วยงาน CASP ในประเทศอังกฤษ (มีการประเมินด้วยคำถาม 10 ข้อ ถึงความเหมาะสมของการเลือกบทความ) โดยพบว่าเกณฑ์การประเมินคุณภาพทั้ง 2 แบบมีความทับซ้อนกันอยู่มาก และพบว่าในบทความที่ได้รับการคัดเลือกนั้น ส่วนมากมีการประเมินคุณภาพในทุกประเด็น แต่อาจมีระดับมากน้อยที่แตกต่างกัน

จากการทบทวน 10 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์ พบว่ามี 119 กิจกรรม ดังข้อมูลในตารางที่ 1 และมีรายละเอียดของกิจกรรมดังตารางที่ 2 โดยจะพบว่ามีกลุ่มกิจกรรมที่ดำเนินการในโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดการกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กแรกเกิด คนที่ดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงกลุ่มบุคลากรคือกลุ่มการพยาบาล การจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น การเพิ่มการออกกำลังกาย การปรับโภชนาการให้เหมาะสม การลด/เลิกบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก รวมไปถึงการเสริมพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพของ



แผนภาพที่ 1 กระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 1 บทความที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

Systematic review study	No. of studies included	No. of relevant studies
Donald L. Chi (2013) ⁽²⁴⁾	9	2
Bradshaw T. et al(2005) ⁽²⁵⁾	16	16
Heather J. Baer et al (2013) ⁽²⁶⁾	11	1
Nicolas Bertholet et al (2005) ⁽²⁷⁾	24	19
Louise Brereton et al (2007) ⁽²⁸⁾	8	8
Choi Wan Chan et al (2012) ⁽²⁹⁾	9	9
M.J.Renfrew et al (2009) ⁽³⁰⁾	48	48
L. Monasta et al (2010) ⁽³¹⁾	7	2
Helen Spiby et al (2007) ⁽³²⁾	9	6
Otto L.T. Lam et al (2010) ⁽³³⁾	8	8
Total	149	119

ตนเองและคนรอบข้าง เช่น การจัดการความเครียดในการดูแลผู้ป่วย การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วย ปัญหาทางจิต การดูแลฟันในผู้ป่วยโรคหัวใจ การสอนการให้นมในหญิงหลังคลอด ดังตารางที่ 3

สรุปกิจกรรมตามกลุ่มผู้ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ดังนี้

กลุ่มบุคลากรของสถานพยาบาล

มีกิจกรรมสนับสนุนการควบคุมน้ำหนัก เช่น การสอนการจัดให้มีเพื่อนคู่หูในการออกกำลังกาย มีกิจกรรมการลด-ละ-เลิกบุหรี่ยุทธวิธีโดยให้ความรู้ จัดทีมติดตามทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การจัดทีมเพื่อนเพื่อสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ยุทธวิธี มีกิจกรรมการสอนบุคลากรให้สามารถแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

กลุ่มผู้มารับบริการ

มีกิจกรรมการจัดกลุ่มเพื่อสนับสนุนการลดน้ำหนัก



ตารางที่ 2 สรุปกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรม

การจัดการตามปัจจัยเสี่ยง	ผู้รับผลงาน			
	กลุ่มบุคลากร	กลุ่มผู้มารับบริการ	กลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยม	กลุ่มประชาชนหรือชุมชน
การควบคุมน้ำหนัก ภาวะอ้วน โภชนาการ การออกกำลังกาย	✓			
		✓		
			✓	
				✓
การดูแลสุขภาพช่องปาก		✓		
การลดบุหรี่ / เหล้า และสารเสพติด	✓			
		✓		
ภาวะทางจิตใจ		✓		
			✓	
การสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	✓			
		✓		
				✓

เช่น ชวนกันแอโรบิก การจัดอาหารควบคุมพลังงาน การสอนการออกกำลังกาย การฝึกให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านอาหารหรือการออกกำลังกายได้ มีกิจกรรมการสอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพช่องปาก การให้หมากฝรั่งเพื่อลดอัตราเสี่ยงของฟันผุ มีกิจกรรมการจัดกลุ่มสนับสนุนการเลิกบุหรี่ การจัดให้มีการตรวจค่าคาร์บอนมอนอกไซด์เพื่อดูปริมาณนิโคตินในร่างกาย การจัดให้มีกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การสอนเรื่องโทษหรือพิษภัยของบุหรี่ มีกิจกรรมการจัดทีมสนับสนุนการเลิกเหล้า มีกิจกรรมการสอนและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการให้แม่ลูกสัมผัสกันให้เร็วที่สุด การปรับเทคนิคการป้อนนม การบีบหรือปั้มนม รวมถึงการแนะนำจากบุคลากร

กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลในผู้มารับบริการที่สถานพยาบาล

มีกิจกรรมการตรวจประเมินน้ำหนักเพื่อเทียบกับส่วนสูง เพื่อเพิ่มความตระหนักในภาวะอ้วนลงพุง มีกิจกรรมการสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น การจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มประชาชน

มีกิจกรรมการสอนให้แม่ในชุมชนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีกิจกรรมการสอนให้เด็กก่อนวัยเรียนออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายมากขึ้น

สรุป

จากการทบทวนบทความวิชาการอย่างเป็นระบบ พบว่าการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสามารถจำแนกได้ตามลักษณะของผู้รับผลงานและลักษณะของปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่างๆ เช่น การควบคุมภาวะอ้วนทั้งเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกาย การลด/เลิกบุหรี่ เหล้าและสารเสพติด การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพจิตใจ และการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม ซึ่งในกิจกรรมเหล่านี้มีทั้งการจัดโครงการให้ความรู้ การจัดกลุ่มสนับสนุน การเข้าสู่กระบวนการรักษาหรือการจัดหาตัวช่วยในการดูแลสุขภาพ โดยข้อมูลจากการศึกษาทั้งหมดนี้เป็นการศึกษาที่มีแบบแผนเชิงวิทยาศาสตร์ทั้งสิ้น การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหลายกิจกรรมที่ไม่ได้ทำในรูปแบบของงานวิจัยจะไม่ได้รับการพิจารณา

ตารางที่ 3 รายการกิจกรรมจำแนกตามปัจจัยเสี่ยง

การจัดการตามปัจจัยเสี่ยง	กิจกรรม
การควบคุมน้ำหนัก ภาวะอ้วน โภชนาการ การออกกำลังกาย	จัดโครงการสนับสนุนการควบคุมน้ำหนักในบุคลากรสุขภาพ การกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย ⁽²⁹⁾ การจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการลดน้ำหนัก การให้ยาเพื่อควบคุมน้ำหนัก การจัดหาอาหารควบคุมพลังงาน การสอนการออกกำลังกาย การฝึกให้ดูแลตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกาย ผู้มารับบริการที่สถานพยาบาลได้รับการตรวจประเมินน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อประเมินดัชนีมวลกาย หากสูงจะมีการส่งสัญญาณเตือนให้พบแพทย์ ^(26,29) การศึกษาในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามีลูกที่มีปัญหาด้านความอ้วนในวัยก่อนวัยเรียนต่ำกว่า ⁽³²⁾ การสอนให้ออกกำลังกายในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน เวลมารับบริการเพื่อกระตุ้นให้มีการขยับร่างกายมากขึ้น ⁽³¹⁾
การดูแลสุขภาพช่องปาก	การให้หมากฝรั่งแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อลดฟันผุในทารกหลังคลอด ⁽²⁴⁾ การสอนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดดูแลสุขภาพช่องปาก การกระตุ้นให้มีความตระหนัก การติดตาม การดูแลสุขภาพช่องปาก ⁽³³⁾
การลดบุหรี่ / เหล้า และสารเสพติด	การสนับสนุนให้บุคลากรสุขภาพเลิกสูบบุหรี่ ทั้งการดูแลรายบุคคล การจัดกลุ่มเพื่อสนับสนุน การให้ยา เพื่อลด/เลิกสูบบุหรี่ ⁽²⁷⁾ การให้ยาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการสูบบุหรี่ ⁽²⁵⁾ การจัดกลุ่มเพื่อสนับสนุนการเลิกบุหรี่ การตรวจ ปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ การจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ทั้งแบบเดี่ยวและกลุ่ม ⁽²⁷⁾ การจัดโครงการเพื่อศึกษาการลดการดื่มเหล้าหรือสารเสพติด ⁽²⁷⁾
ภาวะทางจิตใจ	การสอนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นการใช้ทักษะทางสังคมในการใช้ชีวิตกับสังคมภายนอก ⁽²⁵⁾ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการความเครียด การตั้งกลุ่ม สนับสนุนช่วยเหลือบรรเทาอาการเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ⁽²⁶⁾
การสร้างเสริมสุขภาพ เฉพาะกลุ่ม	การให้ความรู้บุคลากรในการทำงานด้านนมแม่เพื่อสอนแม่หลังคลอดให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ สำเร็จ ^(30,32) การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการลดระยะเวลาให้แม่สัมผัสลูกให้เร็วที่สุดเพื่อเพิ่มสายสัมพันธ์ การปรับเทคนิคการปั๊มนม เทคนิคการบีบนมหรือปั๊มนม การแนะนำระยะสั้นจากทีมพยาบาล การจัด ให้มีบุคลากรติดตามให้ความรู้ การจัดให้มีการโทรศัพท์สอบถามและให้กำลังใจ การอบรมบุคลากรให้มี ความรู้และความสามารถในการแนะนำแม่หลังคลอด ⁽³²⁾ การศึกษาในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามีลูกที่มีปัญหาด้านความอ้วนในวัยก่อนวัยเรียนต่ำกว่า ⁽³¹⁾

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบว่าด้วยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทของโรงพยาบาล ที่รวมถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยง โดยเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิ และปรากฏในฐานข้อมูล PubMed ผลการศึกษา

จำแนกได้ว่า กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมักเป็นกิจกรรมที่มีจุดเน้นเป็นประเด็นของการรับผลงาน ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมที่กระทำต่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือผู้รับผลงานอันได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิต หญิงตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิด เป็นต้น หรือ

กิจกรรมที่เน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ อันได้แก่ การจัดการภาวะอ้วน การส่งเสริมด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด การลดบุหรี่ การแนะนำการออกกำลังกาย การจัดการสุขภาพช่องปาก เป็นต้น ทำให้การศึกษานี้เห็นตัวอย่างของการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีระเบียบแบบแผนแบบการวิจัยเชิงทดลอง สามารถนำตัวอย่างของกิจกรรมเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้กับบริบทของการบริหารของไทยได้

ข้อจำกัดหลักของการศึกษานี้คือ ลักษณะข้อมูลที่มีอยู่ในการทบทวนอย่างเป็นระบบมักมีรูปแบบการศึกษาเป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) หรือการดำเนินการวิจัยสำหรับประเมินกิจกรรมใหม่ที่มีระเบียบแบบแผนที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่ใช่กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั่วไปในโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลที่ได้จากบทความวิชาการที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบนี้ ไม่ครอบคลุมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในหลายๆ ส่วนที่มีการดำเนินการจริงในโรงพยาบาลระดับต่างๆ นอกจากนี้ ฐานข้อมูลหลักในการค้นยังจำกัดอยู่ที่ฐานข้อมูล PubMed เท่านั้น ไม่ได้รวมฐานข้อมูลสำหรับบทความนอกรวารสารวิชาการ (grey literature) อื่นๆ ทำให้อาจได้บทความไม่ครอบคลุมทั้งหมด ทำให้รายการกิจกรรมที่ได้จากการศึกษาส่วนนี้มีความจำกัด การทบทวนเอกสารวิชาการอย่างเป็นระบบนี้ทำให้กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ทำกันอยู่ทั่วไปแต่ไม่ได้มีการดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระเบียบแบบแผน ไม่ได้ถูกรวบรวมเข้ามาสู่การศึกษาครั้งนี้

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พบในการศึกษานี้ ได้มีการจัดกลุ่มเบื้องต้นเป็นกลุ่มผู้รับผลงาน ได้แก่ กลุ่มผู้มารับบริการ กลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล และกลุ่มประชาชน ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มในรูปแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (health promoting hospital) โดยในประเทศไทยนั้น เป็นความริเริ่มของกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย นโยบายเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีมาตรฐาน รูปแบบและ

แนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งช่วยให้โรงพยาบาลที่ได้ทำงานด้านนี้อยู่แล้วสามารถทำงานตามมาตรฐานได้ดียิ่งขึ้น⁽³⁴⁾ จึงก่อให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากมายทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

จากที่กล่าวแล้วว่า กิจกรรมที่ได้รับการรวบรวมในการศึกษานี้เป็นกิจกรรมที่มีรูปแบบการดำเนินการศึกษาวิจัยที่เป็นแบบแผน จึงทำให้จำนวนกิจกรรมที่ได้มาน้อยกว่าความเป็นจริงมาก อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่ได้รวบรวมมาพบได้ในกลุ่มผู้รับผลงานทุกกลุ่ม โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยนั้นมีจำนวนกิจกรรมที่มากที่สุด เนื่องจากเป็นผู้รับบริการหลักของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การสอนให้ดูแลตนเองด้านอาหาร การลด-เลิกบุหรี่และเลิกการสูบบุหรี่ การสอนให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ การสอนทักษะในการใช้ชีวิตในสังคมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ รวมถึงการตั้งกลุ่มสนับสนุนการดูแลรักษาตัว กิจกรรมที่พบรองลงมาคือ กิจกรรมในกลุ่มของบุคลากร ได้แก่ การจัดโครงการสนับสนุนการควบคุมน้ำหนัก การกระตุ้นให้ออกกำลังกาย การสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ การให้ความรู้บุคลากรในการทำงานด้านนมแม่ ในขณะที่กิจกรรมสำหรับกลุ่มญาติหรือผู้พามาบริการที่โรงพยาบาลมีจำนวนน้อยกว่าแต่ยังพบกิจกรรมที่น่าสนใจเป็นอย่างมาก ได้แก่ กิจกรรมสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียด จัดกลุ่มสนับสนุนช่วยบรรเทาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ดูแลด้วย และทำายที่สุดกลุ่มประชาชนคือกลุ่มที่มีกิจกรรมน้อยที่สุด แต่มีกิจกรรมที่น่าสนใจ คือ การสอนให้ออกกำลังกายในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน การสอนให้คนในชุมชนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และศึกษาต่อถึงภาวะความอ้วน เป็นต้น และจากการทบทวนแบบเป็นระบบ ทำให้กิจกรรมที่ถูกรวบรวมมาเป็นรูปแบบของกิจกรรมที่มีการดำเนินการวิจัยแบบมีแบบแผนเท่านั้น การศึกษาด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบจึงเป็นข้อจำกัดของการศึกษาเรื่องกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลในระดับหนึ่ง รวมถึงการที่ฐานข้อมูลที่ศึกษาจำกัดอยู่แค่ฐาน

ข้อมูลใน PubMed ไม่ได้สืบค้นในฐานข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ EMBASE, CINAHL รวมถึงฐานข้อมูลในประเทศไทย ทำให้ความครอบคลุมของการทบทวนเป็นข้อด้อยของการศึกษา

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพมาโดยตลอดโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำหลัก โดยเฉพาะในประเด็นการปรับระบบบริการสุขภาพซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินงานโดยหน่วยงานส่งเสริมป้องกัน หรือบุคลากรเพียงบางกลุ่มในโรงพยาบาล เป็นรูปแบบที่มีการเน้นความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาล ท้องถิ่น และผู้ให้นโยบาย ซึ่งทำให้การดำเนินงานด้านนี้ก้าวหน้าไปอย่างมาก หน่วยงานที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยมีอย่างน้อย 2 หน่วยงาน คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

เมื่อเปรียบเทียบกิจกรรมที่ได้รับรวบรวมมาในการศึกษานี้กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักที่มีการกำหนดขอบเขตการดูแลของโรงพยาบาลในไทยโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการศึกษาของภรณ์ เหล่าอิทธิ⁽³⁵⁾ นั้น พบว่ามีการดำเนินงานในทุกๆ ด้าน ดังที่จำแนกข้างต้นด้วยกรอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยนั้น จัดว่ามีการทำกิจกรรมที่ครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากร และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด

อย่างไรก็ตาม กรมอนามัยควรศึกษาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพโดยโรงพยาบาลว่าเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยหรือไม่ หากเหมาะสม ก็ควรเผยแพร่แก่โรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป หรือให้ สปสช. กำหนดเพิ่มเติมในชุดสิทธิประโยชน์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์และบุคลากรภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ช่วยสนับสนุนในการทำการศึกษา

References

1. Pickett GE, Hanlon JJ. Public health: administration and practice. 9th ed. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Pub.; 1990.
2. McQueen DV, De Salazar L. Health promotion, the Ottawa Charter and developing personal skills': a compact history or 25 years. *Health Promot Int* 2011; 26 Suppl: 2ii-194-201.
3. World Health Organization. Health promotion in hospitals: evidence and quality management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
4. Groene O, Jorgensen SJ. Health promotion in hospitals--a strategy to improve quality in health care. *Eur J Public Health* 2005;15(1):6-8.
5. World Health Organization. Milestones in health promotion: statements from Global Conferences. Geneva: World Health Organization; 2009.
6. Bureau of Health Promotion, Department of Health. Success stories of health promoting hospital. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health; 2011. (in Thai)
7. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2010. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2011. (in Thai)
8. Ministry of Public Health. Annual Report 2011. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2012. (in Thai)
9. Ministry of Public Health. Health promoting hospital: Standard of HPH, HPH PLUS, integration of Department of Health and Department of Disease Control. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2009. (in Thai)
10. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 2003;362(9391):1225-30.
11. Anderson L, Scrimshaw S, Fullilove M, Fielding J, Normand J. Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2003;24(3):68-79.
12. Tricco AC, Cogo E, Holroyd-Leduc J, Sibley KM, Feldman F, Kerr G, et al. Efficacy of falls prevention interventions: protocol for a systematic review and network meta-analysis. *Systematic reviews* 2013;2:38.
13. Oliver D, Hopper A, Seed P. Do hospital fall prevention



- programs work? A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(12):1679-89.
14. Okelo SO, Butz AM, Sharma R, Diette GB, Pitts SI, King TM, et al. Interventions to modify health care provider adherence to asthma guidelines: a systematic review. *Pediatrics* 2013;132(3):517-34.
 15. Bravata DM, Gienger AL, Holty JE, Sundaram V, Khazeni N, Wise PH, et al. Quality improvement strategies for children with asthma: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163(6):572-81.
 16. Bussey-Smith KL, Rossen RD. A systematic review of randomized control trials evaluating the effectiveness of interactive computerized asthma patient education programs. *Annals of allergy, asthma & immunology: official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology* 2007;98(6):507-16; quiz 16, 66.
 17. Berkowitz SA, Aragon K, Hines J, Seligman H, Lee S, Sarkar U. Do clinical standards for diabetes care address excess risk for hypoglycemia in vulnerable patients? A systematic review. *Health Services Research* 2013;48(4):1299-310.
 18. Yu CH, Bahniwal R, Laupacis A, Leung E, Orr MS, Straus SE. Systematic review and evaluation of web-accessible tools for management of diabetes and related cardiovascular risk factors by patients and healthcare providers. *J Am Med Inform Assoc* 2012;19(4):514-22.
 19. Hutter N, Schnurr A, Baumeister H. Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental disorders--a systematic review. *Diabetologia* 2010;53(12):2470-9.
 20. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLOS Medicine* 2009;6(7):e1000100.
 21. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *International Journal of Surgery* 2010;8(5):336-41.
 22. Dartmouth Library. Dartmouth research guide [internet]. 2014 [accessed 2019 August 25]. Available from: https://www.dartmouth.edu/~biomed/services.html/EBP_docs/CriticalAppraisalWorksheetSys-Review.pdf.
 23. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Systematic Review Checklist [online]. 2018 [accessed 2019 August 25]. Available from: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Systematic-Review-Checklist_2018.pdf.
 24. Chi DL. Reducing Alaska Native paediatric oral health disparities: a systematic review of oral health interventions and a case study on multilevel strategies to reduce sugar-sweetened beverage intake. *Int J Circumpolar Health* 2013;72:21066.
 25. Bradshaw T, Lovell K, Harris N. Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005;49(6):634-54.
 26. Baer HJ, Cho I, Walmer RA, Bain PA, Bates DW. Using electronic health records to address overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med* 2013;45(4):494-500.
 27. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165(9):986-95.
 28. Brereton L, Carroll C, Barnston S. Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clin Rehabil* 2007;21(10):867-84.
 29. Chan CW, Perry L. Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 2012;21(15-16):2247-61.
 30. Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King SE, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess (Winch Eng)* 2009;13(40):1-146.
 31. Monasta L, Batty GD, Macaluso A, Ronfani L, Lutje V, Bavcar A, et al. Interventions for the prevention of overweight and obesity in preschool children: a systematic review of randomized controlled trials. *Obesity reviews* 2011;12(5):e107-18.
 32. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breastfeeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2009;25(1):50-61.
 33. Lam OL, Zhang W, Samaranayake LP, Li LS, McGrath C. A systematic review of the effectiveness of oral health promotion activities among patients with cardiovascular disease. *Int J Cardiol* 2011;151(3):261-7.
 34. Health Promotion Division, Department of Health. Health promoting hospital: success stories. Nonthaburi: Health Promotion Division, Department of Health; 2001.
 35. Laoitthi P. Development of cost-based health promotion activity index in Ministry of Public Health district hospitals (doctoral dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University; 2017.

ภาคผนวก

ตารางการใช้คำค้นใน PubMed

No.	Search term
1	(obesity or overweight)
2	(triglyceride or cholesterol or lipid profile)
3	(fasting blood sugar)
4	(blood pressure)
5	(alcohol use or drinking)
6	(tobacco use or smoking)
7	(physical activity)
8	(unhealthy diet)
9	(dyslipidemia or hyperlipidemia)
10	(hypertension or HT or diabetes mellitus or COPD or asthma or stroke or heart disease)
11	(dental care)
12	(ANC)
13	(well baby)
14	(health promotion) or (health education)
15	(primary prevention)
16	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15
17	(hospital\$)
18	16 AND 17
19	Limit 18 to systematic review and from 2000/01/01 to 2014/08/31

ความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขต สุขภาพที่ 2 ต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

พันธิตรา สิงห์เขียว*
กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์‡
เสาวนาก สันติชาติ‡

ศิริกษม ศิริลักษณ์†
สุภาวดี มากะนัดต์#
อารยา ชัยช่อฟ้า‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: พันธิตรา สิงห์เขียว

บทคัดย่อ

ที่มา: การกิจหลักข้อหนึ่งของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คือ การผลิตบัณฑิตแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ซึ่งรับนักเรียนที่มีภูมิลำเนาใน 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 145 คนต่อปี เมื่อสำเร็จการศึกษาจะกลับไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดภูมิลำเนา ทีมวิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาหลักสูตรให้ครอบคลุมกับความต้องการอย่างแท้จริง **วิธีการศึกษา:** เป็นแบบ cross-sectional descriptive study โดยใช้แบบสอบถามถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 **ผลการศึกษา:** จากความคาดหวังของผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่า หัวข้อสอน 5 อันดับแรกที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ทักษะของผู้นำและการทำงานเป็นทีม การเสริมพลังผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามลำดับ และรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีประโยชน์มากที่สุด คือ problem-based learning (PBL) นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่าบัณฑิตแพทย์ไม่มีความรู้ความสามารถด้านระบบสุขภาพชุมชน **สรุปผล:** ควรมีการจัดการเรียนการสอนโดยมีหัวข้อสอนข้างต้นและมีการเรียนการสอนในรูปแบบ PBL และหัวข้อสอนที่เป็นประโยชน์ในการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนคือหัวข้อภายใต้บังคับประกอบใน WHO 6 building blocks of a health system ด้วยเหตุนี้ ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตควรมี health system sciences นอกเหนือจาก basic sciences และ clinical sciences เพื่อให้สามารถผลิตบัณฑิตได้ตรงตามความต้องการของสังคม

คำสำคัญ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต, ระบบสุขภาพ

* ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

† ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

‡ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

§ งานแพทยศาสตรศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Expectations of Community Hospital Directors in Health Region 2 towards the Medical Curriculum of the Faculty of Medicine, Naresuan University

Pantitra Singkheaw^{*}, Sirikasem Sirilak[†], Krit Pongpirul[‡], Supawadee Makanut[#], Saowanat Santichat[§], Araya Chaichofar[¶]

^{*} Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan University

[†] Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan University

[‡] Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

[#] Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan University

[§] Medical Education Department, Faculty of Medicine, Naresuan University

Corresponding author: Pantitra Singkheaw, pantitras@gmail.com

Abstract

Background: One of the missions of the Faculty of Medicine, Naresuan University is to produce medical graduates to serve the Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor (CPIRD). The project recruits 145 students who reside in any of the 5 provinces in Health Region 2 annually. After graduation, the medical graduates are deployed to work at rural hospitals of the five provinces. The Faculty of Medicine aims to apply outcome-based curriculum to develop the graduate's attributes according to the expectations of all stakeholders particularly of the community hospital directors. Thus, the present study was carried out to find the expectations of the community hospital directors in Health Region 2 to provide the basis for developing a medical curriculum satisfying community needs. **Method:** A cross-sectional descriptive survey was done using a structured and validated questionnaire to all community hospital directors in Health Region 2. **Results:** Based on the expectations of the respondents, leadership skill and teamwork, patient empowerment, health promotion and disease prevention, patient-centered care, and patient safety were regarded as the top five instructional topics significant to medical practice in community hospitals. Problem-based learning (PBL) was cited as the most beneficial learning approach. On the contrary, the respondents indicated that the medical graduates did not have adequate knowledge on the community health system. **Conclusion:** The above specified instruction topics and PBL should be incorporated into the learning experience. Moreover, instruction topics related to the WHO 6 building blocks of a health system are useful for practicing at community hospital. As a result, there should be the health system sciences in the medical curriculum aside from basic and clinical sciences in order to produce graduates conforming to the needs of society.

Keywords: community hospital directors, medical curriculum, health system

ภูมิหลังและเหตุผล

ภารกิจหลักข้อหนึ่งของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คือ การผลิตบัณฑิตแพทย์ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท โดยรับนักเรียนที่มีภูมิลำเนาใน 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ พิษณุโลก สุโขทัย อุตรดิตถ์ ตาก

เพชรบูรณ์ จำนวน 145 คนต่อปี และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว จะมีการจัดสรรบัณฑิตเหล่านี้กลับไปปฏิบัติงานชดใช้ทุนที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดภูมิธำเนาหรือจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 เป็นระยะเวลา 3 ปี⁽¹⁾ และจากงานวิจัย^(2,3) พบว่า แพทย์จากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทมีการคงอยู่ในชนบทมากถึงร้อยละ 52 แม้ว่าจจะหมดระยะ



เวลา 3 ปีไปแล้ว โดยยังคงทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในเขตชนบทตามภูมิภาคต่างๆ ต่อไป

จากข้อมูลข้างต้น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรจึงมุ่งเน้นผลิตบัณฑิตด้วยหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่เป็น outcome-based curriculum เพื่อให้บัณฑิตมีคุณลักษณะ (outcome) ที่พึงประสงค์กับความต้องการของชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำเป็นต้องจัดการศึกษาเพื่อให้ได้บัณฑิตแพทย์ที่มีคุณสมบัติพร้อมสำหรับการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน หรืออีกนัยหนึ่งคือการเข้าสู่การทำงานในระบบสุขภาพ (health systems)⁽⁴⁾ ดังนั้น ทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรจึงต้องการความร่วมมือของชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้ความเห็นสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรในด้านต่างๆ เช่น การออกแบบหัวข้อสอน รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาหลักสูตรในรูปแบบ community-engaged health professional education⁽⁵⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการข้อมูล ข้อคิดเห็น ความต้องการ ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องของหลักสูตร ซึ่งหนึ่งในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ก็คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 งานวิจัยนี้จึงศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เพื่อให้ได้ข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตให้ครอบคลุมกับความต้องการอย่างแท้จริง

ระเบียบวิธีศึกษา

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

กลุ่มประชากร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์ จำนวน 39 โรงพยาบาล โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความยินยอมและแบบสอบถาม

ส่งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 โดยหากยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะลงนามในหนังสือขอความยินยอมและตอบแบบสอบถาม แล้วส่งกลับให้ผู้วิจัย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบ cross-sectional descriptive study โดยส่งแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ เมื่อได้ข้อมูลจากแบบสอบถามแล้ว จะใช้รหัสลำดับเลขแทนการใส่ชื่อ-นามสกุลและชื่อโรงพยาบาลที่ทำงานของผู้เข้าร่วมงานวิจัย เพื่อรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย และจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะคณะผู้วิจัยเท่านั้น หากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องส่งจดหมายกลับมายังผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะถือว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนนั้นไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากไม่มีจดหมายส่งกลับมายังภายใน 2 เดือน นับจากวันที่ส่งจดหมาย ผู้วิจัยออกแบบสอบถาม ทำการรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน จากนั้นจึงใส่เลขรหัสบันทึกลงคอมพิวเตอร์และนำมาวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95

แบบสอบถาม เป็นการถามความคิดเห็นและความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะของโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 2 สอบถามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับโรงพยาบาลนั้นและความคิดเห็นเกี่ยวกับศักยภาพในการบริหารงานโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 สอบถามความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในเรื่องหัวข้อสอนและรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ที่จะเป็นประโยชน์สำหรับบัณฑิตแพทย์ในการทำงานในอนาคต

ส่วนที่ 4 สอบถามความคิดเห็นของผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับความสามารถด้านระบบสุขภาพชุมชนของบัณฑิตแพทย์ในปัจจุบัน

ระดับความคิดเห็นและเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับความคิดเห็นจากแบบสอบถาม

● ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับโรงพยาบาลนั้นและความคิดเห็นเกี่ยวกับศักยภาพในการบริหารงานโรงพยาบาลในด้านต่างๆ ดังตารางที่ 2 และ 3

○ ระดับความคิดเห็น

ระดับ 4 หมายถึง ดีมาก (very good)

ระดับ 3 หมายถึง ดี (good)

ระดับ 2 หมายถึง ปานกลาง (moderate)

ระดับ 1 หมายถึง ควรปรับปรุง (required

improvement)

○ เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

คะแนนเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง มีความคิดเห็น ระดับดีมาก (very good)

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีความคิดเห็น ระดับดี (good)

คะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง มีความคิดเห็น ระดับปานกลาง (moderate)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง มีความคิดเห็น ระดับควรปรับปรุง (required improvement)

● ส่วนที่ 3 ความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในเรื่องหัวข้อสอนและรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ที่จะเป็ประโยชน์สำหรับบัณฑิตแพทย์ในการทำงานในอนาคต ดังตารางที่ 4 และ 5

○ ระดับความคาดหวัง

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (absolutely agree)

ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วย (agree)

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย (disagree)

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (absolute-

ly disagree)

○ เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

คะแนนเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง มีความคาดหวัง ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (absolutely agree)

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีความคาดหวัง ระดับเห็นด้วย (agree)

คะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง มีความคาดหวัง ระดับไม่เห็นด้วย (disagree)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง มีความคาดหวัง ระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (absolutely disagree)

● ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับความสามารถด้านระบบสุขภาพชุมชนของบัณฑิตแพทย์ในปัจจุบัน

○ ระดับความคาดหวัง

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (absolutely agree)

ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วย (agree)

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย (disagree)

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (absolutely disagree)

○ เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

คะแนนเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง มีความคาดหวัง ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (absolutely agree)

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีความคาดหวัง ระดับเห็นด้วย (agree)

คะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง มีความคาดหวัง ระดับไม่เห็นด้วย (disagree)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง มีความคาดหวัง ระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (absolutely disagree)

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในวันที่

ที่ 20 มิถุนายน 2562 IRB No. 0078/61 COA No. 234/2018

ผลการศึกษา

การตอบกลับ

อัตราการตอบกลับจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 33.33 (13 ฉบับ จาก 39 ฉบับ) ซึ่งการตอบกลับนี้มีการกระจายตัวของข้อมูลจากทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ พิษณุโลก 3 ฉบับ อุตรดิตถ์ 2 ฉบับ เพชรบูรณ์ 3 ฉบับ ตาก 3 ฉบับ สุโขทัย 2 ฉบับ ลักษณะของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งมีลักษณะในภาพรวมดังตารางที่ 1

ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรงพยาบาล

ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ในปัจจุบันของโรงพยาบาลในเรื่องสถานภาพการเงินของโรงพยาบาล ความสัมพันธ์กับประชาชนในชุมชน ความสัมพันธ์กับหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอเป็นดังตารางที่ 2

ความคิดเห็นเกี่ยวกับศักยภาพในการบริหารงานโรงพยาบาลในด้านต่างๆ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนมีความคิดเห็นเกี่ยวกับศักยภาพในการบริหารงานในโรงพยาบาลในด้านการบริหารงานบุคคล การเงิน เทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ดังตารางที่ 3

ความคาดหวังต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 มีความเห็นว่า การสอนในหัวข้อต่อไปนี้จะมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน โดยมีทั้งหมด 28 หัวข้อสอน ซึ่งเป็นหัวข้อสอนตามหลักการจัดการศึกษาในด้านระบบสุขภาพ (health system science) ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต⁽⁶⁾ ได้แก่ ระบบสุขภาพและการประกันคุณภาพ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แนวทางเวชปฏิบัติคลินิก การเสริมพลังผู้ป่วย ระบบการส่งต่อผู้ป่วย การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การสรุปเวชระเบียนและการลงรหัสโรค

Table 1 Characteristics of the community hospitals

Characteristics	Community hospitals (n = 13)
1. Catchment population of the hospital	61,756.80±23,417.28
2. Number of hospital beds	49.00±28.07
3. Bed occupancy rate ---%	85.02±15.70
4. Top 5 common diseases ---no. of hospital (%)	
- Essential hypertension	13(100)
- Diabetes mellitus type II	13(100)
- Upper respiratory tract infection	11(84.62)
- Dyspepsia	8(61.54)
- Dyslipidemia	5(38.46)
5. Primary care units within the hospital network ---no.	12.80±3.97
6. Alternative and Thai traditional medical service of all hospitals ---%	66.67

Table 2 Opinions of community hospital directors on the hospital situation

Topic	Level	95%CI	Interpretation
1. Financial situation of the hospital	1.69±0.85	1.18-2.21	Required improvement
2. Relationship with people in the community	3.08±0.64	2.69-3.46	Good
3. Relationship with the district health network			
3.1 Sheriff	3.46±0.52	3.14-3.78	Very good
3.2 Chief executive of subdistrict administrative organization (SAO)	3.31±0.48	3.02-3.60	Very good
3.3 Community or village leaders	3.38±0.51	3.08-3.69	Very good
3.4 Chief executive of public health district	3.38±0.49	3.08-3.69	Very good
3.5 Directors of health promoting hospital	3.54±0.52	3.22-3.85	Very good
3.6 Village health volunteers	3.46±0.66	3.06-3.86	Very good

Table 3 Problems encountered related to hospital management

Problems	Level	95%CI	Interpretation
1. Human resources management	2.08±0.64	1.69-2.46	Disagree
2. Financing	2.85±0.69	2.43-3.26	Agree
3. Hospital quality improvement	2.08±0.49	1.78-2.38	Disagree
4. Referral system	2.15±0.55	1.82-2.49	Disagree
5. Information technology	2.76±0.60	2.41-3.13	Agree

เทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพ การเขียนรายงานทางสาธารณสุข ระบบปรึกษาทางไกล ทักษะของผู้นำและการทำงานเป็นทีม ธรรมชาติของความร่วมมือกับชุมชน การบริหารสาธารณสุข การจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคล กำลังคนที่มีประสิทธิภาพ เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ ชีวสถิติ ระเบียบวิธีวิจัย ระบาดวิทยา การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความปลอดภัยของผู้ป่วย การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เวชจริยศาสตร์ กฎหมายทางการแพทย์ การแพทย์ทางเลือก ดังตารางที่ 4

นอกจากนี้ ยังเห็นว่า รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เป็นประโยชน์สำหรับการเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและบัณฑิตแพทย์ในการทำงานในอนาคต มี 6 รูปแบบ ดังตารางที่ 5

ความสามารถด้านระบบสุขภาพชุมชนของบัณฑิตแพทย์ในปัจจุบัน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแสดงความคิดเห็นว่าไม่เห็นด้วยถ้าจะกล่าวว่า บัณฑิตแพทย์ในปัจจุบันที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนของตนเองมีความสามารถด้านระบบสุขภาพชุมชน มีค่าเฉลี่ย 2.38±0.65 (95%CI : 1.99-2.78)

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับโรงพยาบาลและศักยภาพในการบริหารงานโรงพยาบาลในด้านต่างๆ พบสิ่งที่สอดคล้องกันดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนให้ความเห็นว่า

Table 4 Instruction topics beneficial to practice in community hospital

Instruction topic	Level	95%CI	Interpretation
1. Health care system and accreditation	3.31±0.48	3.02-3.60	Absolutely agree
2. Quality improvement method	3.46±0.66	3.06-3.86	Absolutely agree
3. Health promotion and disease prevention	3.69±0.48	3.40-3.98	Absolutely agree
4. Clinical practice guideline	3.54±0.52	3.22-3.85	Absolutely agree
5. Patient empowerment	3.69±0.48	3.40-3.98	Absolutely agree
6. Referral system	3.54±0.52	3.22-3.85	Absolutely agree
7. Interprofessional education	3.54±0.52	3.22-3.85	Absolutely agree
8. National health insurance system	3.31±0.48	3.02-3.60	Absolutely agree
9. Clinical summary and coding	3.38±0.77	2.92-3.85	Absolutely agree
10. Health care information technology	3.38±0.65	2.99-3.78	Absolutely agree
11. Public health report	3.38±0.51	3.08-3.69	Absolutely agree
12. Tele-consultation	3.08±0.76	2.62-3.54	Agree
13. Leadership skill and teamwork	3.77±0.44	3.50-4.03	Absolutely agree
14. Good governance	3.38±0.87	2.86-3.91	Absolutely agree
15. Community collaboration	3.54±0.66	3.14-3.94	Absolutely agree
16. Public health administration	3.46±0.52	3.15-3.78	Absolutely agree
17. Human resource management and development	3.38±0.65	2.99-3.78	Absolutely agree
18. High performance workforce	3.38±0.77	2.92-3.85	Absolutely agree
19. Evidence-based medicine	3.15±0.55	2.82-3.49	Agree
20. Biostatistics	3.00±0.41	2.75-3.25	Agree
21. Research methodology	3.00±0.71	2.57-3.43	Agree
22. Epidemiology	3.23±0.60	2.87-3.59	Agree
23. Patient centered medicine	3.62±0.51	3.31-3.92	Absolutely agree
24. Patient safety	3.62±0.65	3.22-4.01	Absolutely agree
25. Rational drug use	3.46±0.88	2.93-3.99	Absolutely agree
26. Medical ethics	3.46±0.52	3.15-3.78	Absolutely agree
27. Medical law	3.23±0.60	2.87-3.59	Agree
28. Alternative medicine	3.23±0.44	2.97-3.50	Agree

Table 5 Instruction patterns beneficial to learning in medical curriculum and practice in community hospital

Instruction patterns	Level	95%CI	Interpretation
1. Lecture	3.00±0.41	2.75-3.25	Agree
2. Problem-based learning (PBL)	3.69±0.48	3.40-3.98	Absolutely agree
3. Team-based learning (TBL)	3.46±0.66	3.06-3.86	Absolutely agree
4. Flipped classroom	3.08±0.49	2.78-3.38	Agree
5. Case study/discussion	3.62±0.51	3.31-3.92	Absolutely agree
6. Project-based learning	3.46±0.66	3.06-3.86	Absolutely agree

สถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาลอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ดังตารางที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นเกี่ยวกับศักยภาพของตนในการบริหารงานโรงพยาบาลที่ว่า กำลังประสบปัญหาในการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชนในด้านการเงิน ดังตารางที่ 3 ซึ่งผลการวิจัยตรงกับข้อมูลที่ว่า ปัญหาทางการเงินเป็นปัญหาสำคัญซึ่งเกิดขึ้นในโรงพยาบาล พบมากเกือบครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ ดังนั้น หากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือทีมงานมีความรู้ความสามารถ มีการพัฒนาสมรรถนะในการบริหารจัดการการเงินก็อาจส่งผลต่อสถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาล อาจจะทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาทางการเงินลดลง⁽⁸⁾

นอกจากเรื่องการเงิน ปัญหาที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนกำลังประสบคือ ปัญหาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งตรงกับงานวิจัย⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนประสบปัญหาในหลายด้าน เช่น การขาดความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถที่จะพัฒนาระบบสารสนเทศให้ได้ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนอีกว่า ระบบสารสนเทศสุขภาพ (health information technology) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดระบบสุขภาพ (health system) ที่ดี ดังนั้น จะต้องมีการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพควบคู่ไปกับระบบการเงินการคลังสุขภาพ (health care financing) และระบบการบริการสุขภาพ (health service delivery)⁽¹⁰⁾ หากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือทีมงานมีศักยภาพในการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศด้วย ก็จะทำให้การบริหารโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในการสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่ใช้ในการผลิตบัณฑิตแพทย์เพื่อที่จะออกไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในช่วงเวลาที่ใช้ทุนนั้น มีความคาดหวังว่าจะมีการสอนในหัวข้อต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติชุมชน ทั้งหมด 28 หัวข้อสอน โดยเฉพาะ 5 อันดับแรกของหัวข้อสอน ได้แก่

ทักษะของผู้นำและการทำงานเป็นทีม การเสริมพลังผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามลำดับ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนคาดหวังว่า การสอนในหัวข้อดังกล่าวข้างต้น จะทำให้แพทย์ที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยและประชาชน ซึ่งจะเห็นได้ว่า 5 อันดับหัวข้อแรก ได้แก่ ทักษะของผู้นำและการทำงานเป็นทีม (leadership skill and teamwork) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (referral system) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (health promotion and disease prevention) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medicine) เป็นเรื่องสำคัญในการบริการสุขภาพ (health service delivery) ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการจัดการบริการให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ⁽¹¹⁾ เน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่จำเป็นทั้งด้านองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (access to essential medicines) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และเสริมพลังผู้ป่วยให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองต่อไปได้ นอกจากนี้ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership/governance) ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ควรเสริมสร้างให้เกิดขึ้นในช่วงของการเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต การสอนในหัวข้อทักษะของผู้นำและการทำงานเป็นทีมเป็นส่วนที่สำคัญยิ่งสำหรับการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนประกอบด้วยบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่จะเป็นกำลังในการดูแลประชาชนในชุมชน การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) ก็มีส่วนสำคัญในการบริหารงานในโรงพยาบาลชุมชน

นอกจากนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนยังเห็นว่า รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เป็นประโยชน์มากที่สุดสำหรับการเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตเพื่อเป็นบัณฑิตแพทย์ที่สามารถทำงานในอนาคตได้เป็นอย่างดี

ดี คือรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถในด้านทักษะการแก้ไขปัญหา ทำให้สามารถจดจำและประยุกต์ใช้องค์ความรู้ได้ดีในระยะยาว^(12,13) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานในอนาคต

สำหรับความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเรื่องความสามารถด้านระบบสุขภาพชุมชน (community health system) ของบัณฑิตแพทย์ในปัจจุบัน สะท้อนว่า บัณฑิตแพทย์ยังมีความรู้ความสามารถในด้านนี้น้อย ทั้งๆ ที่การจัดระบบสุขภาพชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพหรือดำเนินการด้านสุขภาพในพื้นที่⁽¹¹⁾ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน อันได้แก่ ประชาชนหรือหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้าน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังที่เห็นในตารางที่ 2 ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถทำงานอย่างโดดเดี่ยวโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนได้

โดยสรุป เห็นได้ว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ทำงานในโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาด้านการเงินและเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล มีความคาดหวังต่อการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เพื่อให้ได้บัณฑิตแพทย์ที่มีความพร้อมในการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งต้องอาศัยทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบจากการเรียนแบบ problem-based learning และจัดหัวข้อสอนที่สามารถนำมาใช้ในการบริหารงานในโรงพยาบาลชุมชนในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องระบบบริการ (service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (financing) การเข้าถึงยาที่จำเป็น (access to essential medicine) ซึ่งรวมถึงสื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ (health information system) ภาวะ

ผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership/governance) ซึ่งก็คือ 6 องค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพ (health system) ตาม WHO framework หรือที่เรียกว่า WHO 6 building blocks of a health system⁽¹⁴⁾ และอีกหนึ่งองค์ประกอบที่ควรเพิ่มเติมนอกเหนือจาก 6 องค์ประกอบข้างต้น ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่ามีมีความสำคัญและบัณฑิตแพทย์ในปัจจุบันยังขาดความรู้ ความสามารถในด้านนี้ ก็คือ ระบบสุขภาพชุมชน (community health system) การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพหรือการดำเนินการด้านสุขภาพในพื้นที่ชุมชน เกิดเป็น community health system ที่เข้มแข็ง ย่อมจะทำให้การขับเคลื่อนระบบสุขภาพในภาพใหญ่แข็งแกร่ง ดังเอกสารอ้างอิงที่มีการนำชุมชน⁽¹⁵⁾ หรือระบบสุขภาพชุมชน⁽¹¹⁾ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของ WHO 6 building blocks of a health system

ดังนั้น หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตเพื่อให้ได้บัณฑิตแพทย์ที่มีคุณสมบัติพร้อมสำหรับการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ (health systems) จะต้องจัดการศึกษาในด้านระบบสุขภาพ (health system science) เข้าไปในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตด้วย ซึ่งจัดเป็นองค์ประกอบที่สามใน medical education นอกเหนือจาก basic science และ clinical science^(6,16) เพื่อให้ได้บัณฑิตที่ตรงกับความต้องการของสังคมอย่างแท้จริง

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดทางการวิจัย ได้แก่ (1) อัตราการตอบแบบสอบถามกลับต่ำ ถึงแม้ว่าการตอบกลับจะมีการกระจายตัวของข้อมูลจากทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ก็ตาม และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจนิยามศัพท์คลาดเคลื่อนไปจากที่ผู้วิจัยคาดหวัง เช่น คำว่า ระบบสุขภาพชุมชน และคำว่า ระบบสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

สำหรับงานวิจัยนี้เป็นการส่งแบบสอบถามทาง

ไปรษณีย์ทำให้การตอบกลับน้อย หากต้องการให้ได้ข้อมูลตอบกลับมากขึ้นควรทำในรูปแบบการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

จากผลการวิจัยจะเห็นว่า การเรียนการสอนด้านระบบสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของสังคม ภายใต้ความต้องการและความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 เท่านั้น จึงควรทำวิจัยในเขตสุขภาพอื่นๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นอีก เพื่อให้เห็นเป็นภาพรวมระดับประเทศ

นอกจากนี้ หากจะให้มีการเรียนการสอนด้านระบบสุขภาพในหลักสูตรฯ จำเป็นจะต้องศึกษาถึงรูปแบบที่จะใช้จัดการเรียนการสอน รวมทั้งช่วงเวลา ช่วงชั้นปีที่เหมาะสมสำหรับการเรียนการสอนของนิสิตหรือนักศึกษาแพทย์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ควรมีงานวิจัยต่อเนื่องนอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น เช่น งานวิจัยระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครตลอดจนหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน) งานวิจัยชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น ก็ควรมีงานวิจัยที่มุ่งเป้าให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และก่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน (reciprocal learning และ mutual benefit)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสำหรับการวิจัยจากแหล่งใด หากแต่งานวิจัยนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ร่วมตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณอย่างสูง

References

1. Project Management Office of Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor. Handbook of medical students of collaborative project to increase production of rural doctor. [Internet]. 2015 Nov [Cited 2019 Aug]; Available from: <https://smd.wu.ac.th/wp-content/uploads/2016/12/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A8%E0%B8%B6%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C.pdf>. (in Thai)
2. Pagaiya N, Kongkam L, Worarat W, Sriratana S, Wongwinyou K. Rural retention of medical graduates trained by the collaborative project to increase rural doctors (CPIRD). *Journal of Health Systems Research* 2012;6(2):219-27. (in Thai)
3. Kongkam L, Jodging PH, Rattanachotee S. Retention rate of post-graduate students in the collaborative project to increase rural doctors. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2012;1(2):13-20. (in Thai)
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health system in an interdependent world. *The Lancet* 2010;376(9756):1923-58.
5. Talib Z, Palsdottir B, Briggs M, Clithero A, Cobb NM, Marjadi B, et al. Defining community-engaged health professional education: a step toward building the evidence [Internet]. National Academy of Medicine. 2017 Jan [Cited 2019 Aug]; Available from: <https://doi.org/10.31478/201701a>.
6. Gonzalo JD, Skochelak SE, Wolpaw DR. Health systems science in medical education. In: Skochelak SE, editor. *Health systems science/AMA education consortium*. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 1-9.
7. Kanokwongnuwat P. Model of hospital management on breakthrough financial crisis. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center* 2013;30(2):106-22. (in Thai)
8. Nuchphong CH, Wongkhomthong S, Wongkhomthong J, Sri-toommaThe N. Hospital financial strategy of chief financial officers in community hospitals under the Ministry of Public Health. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2017;9(1):23-33. (in Thai)
9. Janjarern B, Prasertchai A, Sikalin P. The relation between factors of information system management and use of administrator's information systems among community hospitals in public health inspection region 9. *Journal of Safety and Health* 2015;8(27):24-30. (in Thai)
10. Subcommittee to Consider the Information System of Thai Public Health. Health system and health information system. In: *The study report of the information system of Thai public*



- health. Bangkok: The Secretariat of the Senate; 2014. p. 1-12. (in Thai)
11. Sirilak S. Fundamental of district health system. In: District health system: principle and modern approach. Phitsanulok: ISit Invent; 2018. p. 11-28. (in Thai)
 12. Yew EH, Goh K. Problem-based learning: an overview of its process and impact on learning. *Health Professions Education* 2016;2(2):75-9.
 13. Niwa M, Saiki T, Fujisaki K, Suzuki Y, Evans P. The effects of problem-based-learning on the academic achievements of medical student in one Japanese medical school, over a twenty-year period. *Health Professions Education* 2016;2(1):3-9.
 14. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a hand book of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Service; 2010. 93 p.
 15. Shanklin D, Sacks E, Sarriot E. WHO building blocks platform for health systems strengthening: adding communities to the mix. Paper presented at: CORE Group Spring 2015 Global Health Practitioner Conference; 2015 April 13-17; Virginia, USA.
 16. Gonzalo JD, Dekhtyar M, Starr SR, Borkan J, Brunett P, Fancher T, et al. Health systems science curricula in undergraduate medical education: identifying and defining a potential curricular framework. *Acad Med* 2017;92(1):123-31. doi: 10.1097/ACM.0000000000001177.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

ความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นและความคาดหวังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ข้อมูลที่ได้ครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และจะไม่เกิดผลเสียหายต่อท่านแต่ประการใด ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ และเป็นส่วนหนึ่งในการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ แบ่งรายละเอียดออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ลักษณะของโรงพยาบาลชุมชน
- ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรงพยาบาลและศักยภาพในการบริหารงานโรงพยาบาล
- ส่วนที่ 3 ความคาดหวังต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถด้านระบบสุขภาพชุมชนของบัณฑิตแพทย์ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 1 ลักษณะของโรงพยาบาลชุมชน

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลในช่องว่าง

1. จำนวนประชากรที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ.....คน
2. จำนวนเตียงของโรงพยาบาล.....เตียง
3. อัตราครองเตียงของโรงพยาบาล.....เปอร์เซ็นต์
4. 5 อันดับโรคที่พบบ่อย
 - อันดับที่ 1.....
 - อันดับที่ 2.....
 - อันดับที่ 3.....
 - อันดับที่ 4.....
 - อันดับที่ 5.....
5. จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ.....แห่ง
6. โรงพยาบาลมีการให้บริการการแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์แผนไทยหรือไม่.....



ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรงพยาบาลและศักยภาพในการบริหารงานโรงพยาบาล

2.1 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดให้คะแนนตามความคิดเห็นของท่านโดยแยกเป็นระดับดังตาราง

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับ			
		ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
1	ระดับสถานภาพการเงินของโรงพยาบาล				
2	ระดับความสัมพันธ์กับชุมชน				
3	ระดับความสัมพันธ์กับหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพ ในระดับอำเภอ				
	3.1 นายอำเภอ				
	3.2 นายกองค้การบริหารส่วนตำบล				
	3.3 ผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้าน				
	3.4 สาธารณสุขอำเภอ				
	3.5 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
	3.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน				

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับศักยภาพในการบริหารงานโรงพยาบาลในด้านต่างๆ

คำชี้แจง โปรดให้คะแนนตามความคิดเห็นท่านโดยแยกเป็นระดับดังตาราง

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับ			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	ข้าพเจ้าประสบกับปัญหาการบริหารโรงพยาบาล ในเรื่องต่อไปนี้				
1	การบริหารงานบุคคล				
2	การเงิน				
3	ระบบคุณภาพโรงพยาบาล				
4	การส่งต่อผู้ป่วย				
5	เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล				

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

3.1 ส่วนของหัวข้อสอนที่เป็นประโยชน์สำหรับการเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและบัณฑิตแพทย์ในการทำงานในอนาคต

คำชี้แจง โปรดให้คะแนนตามความคิดเห็นท่านโดยแยกเป็นระดับดังตาราง

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับ			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	ข้าพเจ้าคาดหวังว่าหัวข้อสอนต่อไปนี้จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติชุมชน				
1	ระบบสุขภาพและการประกันคุณภาพ (Health care system and accreditation)				
2	กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement method)				
3	การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Health promotion and disease prevention)				
4	แนวทางเวชปฏิบัติคลินิก (Clinical practice guideline)				
5	การเสริมพลังผู้ป่วย (Patient empowerment)				
6	ระบบการส่งต่อ (Referral system)				
7	การเรียนแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional education)				
8	ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health insurance system)				
9	การสรุปเวชระเบียนและการลงรหัสโรค (Clinical summary and coding)				
10	เทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพ (Health care information technology)				
11	การเขียนรายงานทางสาธารณสุข (Public health report)				
12	ระบบปรึกษาทางไกล (Tele-consultation)				
13	ทักษะของผู้นำและการทำงานเป็นทีม (Leadership skill and teamwork)				
14	ธรรมาภิบาล (Good governance)				
15	ความร่วมมือกับชุมชน (Community collaboration)				
16	การบริหารสาธารณสุข (Public health administration)				
17	กาจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human resource management and development)				



ลำดับ	หัวข้อ	ระดับ			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
18	กำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (High performance workforce)				
19	เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (Evidence-based medicine)				
20	ชีวสถิติ (Biostatistics)				
21	ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)				
22	ระบาดวิทยา (Epidemiology)				
23	การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered medicine)				
24	ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)				
25	การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational drug use)				
26	เวชจริยศาสตร์ (Medical ethics)				
27	กฎหมายทางการแพทย์ (Medical law)				
28	การแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine)				

3.2 ส่วนของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เป็นประโยชน์สำหรับการเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และบัณฑิตแพทย์ในการทำงานในอนาคต

คำชี้แจง โปรดให้คะแนนตามความคิดเห็นท่านโดยแยกเป็นระดับดังตาราง

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับ			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	ข้าพเจ้าคาดหวังว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนต่อไปนี้ เป็นประโยชน์ต่อเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และบัณฑิตแพทย์ในการทำงานในอนาคต				
1	Lecture				
2	Problem-based learning (PBL)				
3	Team-based learning (TBL)				
4	Flipped classroom				
5	Case study/discussion				
6	Project-based learning				

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อความสามารถด้านระบบสุขภาพชุมชนของบัณฑิตแพทย์ในปัจจุบัน
คำชี้แจง โปรดให้คะแนนตามความคิดเห็นท่านโดยแยกเป็นระดับดังตาราง

หัวข้อ	ระดับ			
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ข้าพเจ้าเห็นว่าบัณฑิตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล ของข้าพเจ้ามีความสามารถด้านระบบสุขภาพชุมชน				

ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย

อุทุมพร วงษ์ศิลป์*

ดิชพงษ์ พงศ์ภัทรชัย†

ผู้รับผิดชอบบทความ: อุทุมพร วงษ์ศิลป์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายจำนวน 7 แห่ง โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2559 ประกอบด้วย ข้อมูลบริการ สถิติของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลค่าใช้จ่าย และคำนวณต้นทุนบริการตามคู่มือการศึกษาต้นทุนของ กระทรวงสาธารณสุขและปรับใช้อัตราส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้ (cost to charge ratio) ในการคำนวณต้นทุนผู้ป่วยนอกในระดับผู้ป่วยรายบุคคล ผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนค่าบุคลากรเป็นต้นทุนการให้บริการที่สูงที่สุด (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 52) รองมาคือ ค่าวัสดุ (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 42) และต้นทุนการใช้สินทรัพย์ (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 6) เมื่อพิจารณาต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งแยกตาม สิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของการบริการผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สูงที่สุด คือ 2,401 บาท รองมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง 1,778 บาท และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมมีต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง 1,658 บาท ขณะที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง 803 บาท นอกจากนี้ เมื่อพิจารณา ต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีแยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีของการรักษาผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการสูงที่สุด คือ 12,305 บาท รองมาคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ 9,483 บาท และสิทธิประกันสังคม คือ 7,197 บาท ขณะที่สิทธิผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีต้นทุนเฉลี่ยการให้บริการต่อคน 1,570 บาท ทั้งนี้ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือมีข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายเพียง 7 แห่งที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและมีโรงพยาบาลศูนย์เพียงแห่งเดียวซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีในแต่ละประเภทโรงพยาบาลได้ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในแต่ละประเภทได้

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย, ต้นทุนผู้ป่วยนอก, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, การวิเคราะห์ต้นทุน

Cost Analysis of HIV/AIDS Outpatient Service in Thailand

Utoomporn Wongsin*, Dichapong Pongpatrachai†

* Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute

† Thammasat Business School, Thammasat University

Corresponding author: Utoomporn Wongsin, utoomporn@hisro.or.th

* สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

† คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Abstract

The objective of this study was to estimate outpatient cost of HIV/AIDs services provided at hospitals. The cost data for fiscal year 2015 were gathered from seven hospitals; the data consist of hospital service statistics and financial information. Then, cost per visit was analyzed as cost-to-charge ratio using a traditional method following the cost guideline of the Ministry of Public Health. The results show that majority of service cost was of labor followed by material and capital cost, amounting to 52%, 42%, and 6%, respectively. The study found that an average cost per visit of the civil servant medical benefit (CS) patients was the highest at THB 2,401. An average cost per visit of the universal coverage (UC) patients was THB 1,778. An average cost per visit of the social security (SS) patients was THB 1,658; and an average cost per visit of out-of-pocket (OOP) patients was THB 803. In terms of an average annual cost per person, the study found that the CS patients also had the highest cost at THB 12,305. The second highest was the UC patients at THB 9,483 per person per year and the third was the SS patients at THB 7,197. The OOP patients incurred the lowest annual cost per person at THB 1,570. However, it should be noted that these seven hospitals were selected by purposive sampling with limitation on representation. More hospitals should be involved in further research to represent actual cost by hospital types.

Keywords: unit cost, outpatient cost, HIV/AIDS, cost analysis

บทคัดย่อและเหตุผล

ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และพบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 35 ล้านคน โดยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 940,000 ราย ในประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้ โดยจากการประมาณการ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เป็นวัยทำงานมีจำนวน 7,695 ราย และวัยเด็กมีจำนวน 104 ราย หรือมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 22 รายต่อวัน⁽²⁾ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาที่ท้าทายในระบบสาธารณสุข แม้ว่าการดำเนินงานจะมีความก้าวหน้ามาเป็นลำดับ แต่การดำเนินงานในประชากรหลักที่มีภาวะเสี่ยงสูง ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการทางเพศที่ไม่ได้สังกัดสถานบริการ และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดยังคงครอบคลุมไม่เพียงพอตามเป้าหมาย จำเป็นต้องเพิ่มความพยายามและสนับสนุนทรัพยากรในด้านต่างๆ ให้มากขึ้น สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สังกัดกรมควบคุมโรค⁽³⁾ เป็นหน่วยงานที่

มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยในปี 2558 สำนักโรคเอดส์ฯ ได้ดำเนินกิจกรรมด้วยเงินงบประมาณที่ได้รับจำนวน 181,994,902.47 บาท ภายใต้ 5 พันธกิจ คือ 1) วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดผลิตภัณฑ์ วิชาการการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร สนับสนุนและถ่ายทอดความรู้แก่ภาคีเครือข่ายและประชาชนในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3) พัฒนา ส่งเสริมกระบวนการประสานความร่วมมือและสนับสนุนติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) จัดทำ/ผลักดันนโยบาย มาตรการ แนวทางการปกป้องประชาชนจากโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ 5) พัฒนาและประเมินศักยภาพระบบ กลไกของเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการทบทวนงานวิจัยด้านต้นทุนบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ผ่านมา พบว่าในต่างประเทศมีการศึกษาต้นทุนการให้บริการนี้ในห้าประเทศ ได้แก่ เอธิโอเปีย



มาลาวี รวันดา แอฟริกาใต้ และแซมเบีย⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่า ต้นทุนการให้บริการในแอฟริกาใต้สูงที่สุดโดยมีต้นทุนเฉลี่ย 682 ดอลลาร์สหรัฐฯ (ประมาณ 21,142 บาท^๕) ขณะที่ไนจีเรีย⁽⁵⁾ มีต้นทุนค่ายา ART เฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 231 ดอลลาร์สหรัฐฯ (ประมาณ 7,161 บาท) ในอินโดนีเซีย⁽⁶⁾ มีการศึกษาด้านทุนการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามระยะเวลาในการให้บริการและระยะของโรค (stage of disease) พบว่าต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการต่อคนเท่ากับ 580 ดอลลาร์สหรัฐฯ (ประมาณ 17,980 บาท) ใน 6 เดือนแรก และสามารถลดลงได้เหลือ 473 ดอลลาร์ (ประมาณ 14,663 บาท) ในเดือนที่ 19 – 24 ในผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ต่ำกว่า 50 cells/mm.³ สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาก่อนหน้าในบางส่วน แต่ยังไม่ได้ครอบคลุมต้นทุนการให้บริการในภาพรวม การศึกษาของกัลยารัตน์ สมบุญ และคณะ⁽⁷⁾ ที่ได้ศึกษาด้านทุนทางตรงทางการแพทย์ของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในปีที่ 1 และผู้ป่วยที่มารับบริการในปีที่ 2 และจำแนกกลุ่มผู้ป่วย 4 กลุ่มตามระดับของจำนวน CD4 พบว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 50 cells/mm.³ มีต้นทุนสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ โดยเฉพาะปีแรกที่เข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าว แสดงเฉพาะข้อมูลต้นทุนทางตรง และมีความเป็นไปได้ที่ ต้นทุนนั้นจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากยังไม่ครอบคลุม ต้นทุนการให้บริการที่เกิดขึ้นทั้งหมด ดังนั้น การศึกษานี้จึง ทำการศึกษาต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้วิธีศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ในสถาน

พยาบาลปีงบประมาณ 2559 โดยข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยข้อมูลค่าใช้จ่ายตามระบบบัญชีของสถานพยาบาล ข้อมูลบริการจากฐานข้อมูลสถานพยาบาลและสถิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นเกณฑ์การปันส่วนค่าใช้จ่าย จากนั้นจึงคำนวณต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกตามคู่มือการศึกษาด้านทุนของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคือโรงพยาบาลจำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่งและโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง เพื่อให้ทราบความเหมือนและความแตกต่างในการดูแลรักษาเบื้องต้นในแต่ละระดับ ทั้งนี้ พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาจากปัจจัยความพร้อมของระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง คือโรงพยาบาลมีระบบปฐมนิเทศที่ดีตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเอดส์จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีระบบข้อมูลบริการและระบบข้อมูลค่าใช้จ่ายและสถิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพียงพอต่อการคำนวณต้นทุน

การคำนวณต้นทุนมี 6 ขั้นตอน

1. สอบทานข้อมูลบัญชีของสถานพยาบาลและปรับปรุงรายการสำหรับการศึกษาด้านทุน
2. จำแนกหน่วยงานของโรงพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มหน่วยงานสนับสนุน และกลุ่มหน่วยงานบริการ
 - 2.1 หน่วยงานสนับสนุน คือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนหน่วยงานอื่นๆ โดยไม่ได้เก็บเงินจากผู้รับบริการโดยตรง เช่น งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานการเงินและบัญชี งานยานพาหนะ งานจ่ายกลาง งานซักฟอก งานเรียกเก็บ
 - 2.2 หน่วยงานบริการ คือหน่วยงานที่ให้บริการโดยตรงกับผู้รับบริการและการบริการนั้นก่อให้เกิดรายได้ เช่น คลินิกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน ห้อง lab ห้อง x-ray แผนกทันตกรรม ห้องผ่าตัด ห้องทำคลอด
3. จำแนกต้นทุนทางตรง อันได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนการใช้สินทรัพย์ ของหน่วยงานสนับสนุน และหน่วยงานบริการ

^๕คำนวณด้วยอัตราแลกเปลี่ยน USD 1 = THB 31

3.1 ค่าแรง (labor cost) คือค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรทั้งหมด อันประกอบด้วย เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน โบนัส และสวัสดิการอื่นๆ ที่พนักงานได้รับ

3.2 ค่าวัสดุ (material cost) ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ค่าวัสดุต่างๆ ค่าใช้สอย ค่าซ่อมบำรุง ค่าจ้างเหมาบริการ ค่าธรรมเนียม ค่าใช้จ่ายในการประชุม ค่ารับรอง และค่าสาธารณูปโภคต่างๆ

3.3 ต้นทุนการใช้สินทรัพย์ (capital cost) คือ ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่ายสินทรัพย์ประจำปี คำนวณค่าเสื่อมราคาโดยวิธีเส้นตรง ตามอายุการใช้งาน สูตรการคำนวณ คือ ราคาซื้อสินทรัพย์/อายุการใช้งาน และกำหนดให้มูลค่าซากของสินทรัพย์ทุกชิ้นเท่ากับ 1 บาท

4. กระจายต้นทุนทางตรงรวมของหน่วยงาน สนับสนุนไปยังหน่วยงานบริการ โดยอาศัยเกณฑ์การปันสรรค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนผู้ป่วย จำนวนการใช้บริการ มูลค่าการเบิกจ่าย

5. รวมต้นทุนของหน่วยงานบริการหลังจากปันสรรค่าใช้จ่าย จับคู่หน่วยต้นทุนกับรายการเรียกเก็บ โดยมีเกณฑ์คือ รายได้ในแต่ละรายการเรียกเก็บมีอะไร เป็นต้นทุน เช่น รายการเรียกเก็บค่ายาและเวชภัณฑ์ ต้นทุนคือมาจากหน่วยงานเภสัชกรรมที่มีต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าเสื่อมราคาและค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่รับมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ จากนั้นคำนวณ cost to charge ratio โดยคำนวณจากค่าใช้จ่ายรวม/รายได้รวม ในแต่ละรายการเรียกเก็บของโรงพยาบาล

6. ปรับใช้เกณฑ์ cost to charge ratio ในระดับผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อคำนวณต้นทุนรวมของผู้ป่วยรายบุคคลและต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วย แสดงข้อมูลรายโรงพยาบาลและตามสิทธิการรักษา คำนวณด้วยสูตรดังนี้

$$\text{ต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อครั้ง} = \frac{\text{ต้นทุนรวม}}{\text{จำนวนการใช้บริการของผู้ป่วยนอก (ครั้ง)}}$$

$$\text{ต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อคน} = \frac{\text{ต้นทุนรวม}}{\text{จำนวนผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก (คน)}}$$

ส่วนการนับข้อมูลผลผลิต ทำโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา อันประกอบด้วย ค่าสูงสุด (maximum), ค่ากลาง (median), ค่าเฉลี่ย (mean), ค่าต่ำสุด (minimum), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่อนับข้อมูลผลผลิตหรือจำนวนครั้งของการให้บริการจาก รหัส International Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD 10) ทั้งนี้ รหัส ICD 10 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย B20-B24 จากฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา

ผลการศึกษา

จากการศึกษาต้นทุนการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 แห่ง สรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้เข้ารับบริการสูงที่สุดอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ รองมาคือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงอัตราการให้บริการต่อคนต่อปี พบว่าอัตราการให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนสูงที่สุด อยู่ที่ 8.9 ครั้งต่อคน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 45 – 51 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และกลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเอง เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่าผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนการใช้บริการสูงที่สุดในทุกโรงพยาบาล รองมาคือ ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกรายโรงพยาบาล

Hospital	Hospital type	Total utilization (visits)	Total utilization (persons)	Utilization rate (per person-year)	Average age (SD)	Sex (%)	
						Male	Female
A	RH	8,714	1,745	5.0	51 (15.02)	645 (55)	52 (45)
B	GH	2,632	753	3.5	49 (14.16)	173 (55)	141 (45)
C	GH	4,870	1,051	4.6	45 (13.73)	393 (64)	208 (35)
D	CH	1,109	191	5.8	46 (14.17)	293 (70)	124 (30)
E	CH	3,089	363	8.5	50 (14.95)	157 (60)	105 (40)
F	CH	2,748	455	6.0	46 (12.75)	92 (62)	57 (38)
G	CH	2,240	251	8.9	50 (14.20)	107 (55)	87 (45)

RH = regional hospital, GH = general hospital, CH = community hospital

ตารางที่ 2 การใช้บริการจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล แยกโรงพยาบาล

Hospital	Hospital type	Total utilization by scheme (visits)				Total utilization by scheme (persons)			
		UC	CS	SS	FFS	UC	CS	SS	FFS
A	RH	5,084	725	2,738	167	1,004	154	489	98
B	GH	1,822	122	600	88	514	40	161	38
C	GH	3,964	236	655	15	842	45	149	15
D	CH	992	77	37	3	166	13	9	3
E	CH	2,595	89	361	44	287	10	44	22
F	CH	2,681	31	20	16	430	5	13	7
G	CH	2,065	153	22	NA	220	3	28	NA

UC = universal coverage scheme, CS = civil servant medical benefit scheme, SS = social security scheme, FFS = fee-for-service

ข้าราชการ และ กลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเอง ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาล D เป็นโรงพยาบาลเดียวที่มีจำนวนการใช้บริการในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลสัดส่วนต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยรายโรงพยาบาล ต้นทุนประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนการใช้สินทรัพย์ พบว่าต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงที่สุดใน 6 โรงพยาบาลข้างต้น ยกเว้นโรงพยาบาล G ที่มีสัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุสูงที่สุด และต้นทุนการใช้สินทรัพย์มีสัดส่วนน้อยที่สุดในทุก

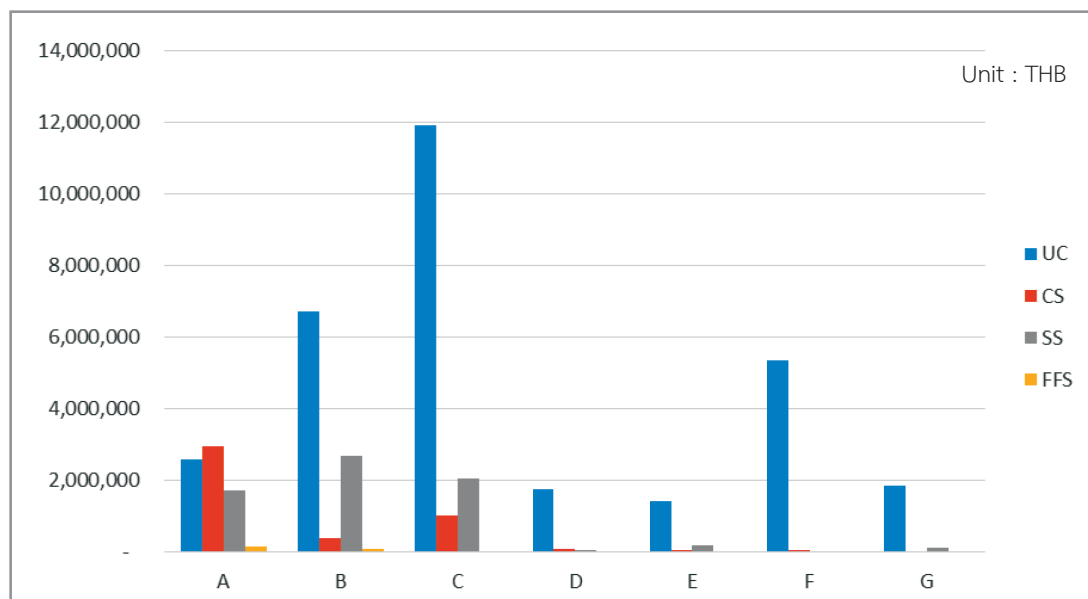
โรงพยาบาล โดยมีสัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ 6

จากภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาในรายโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าต้นทุนรวมของการให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงที่สุดในทุกโรงพยาบาล รองมาคือสิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเอง ยกเว้นโรงพยาบาล A ที่ต้นทุนรวมของการให้บริการสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงที่สุด และโรงพยาบาล D ที่ต้นทุนรวมของการให้บริการผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมาเป็นอันดับที่สอง

ตารางที่ 3 สัดส่วนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าเสื่อมราคาในภาพรวม รายโรงพยาบาล (%)

Hospital	Hospital type	Labor cost	Material cost	Capital cost
A	RH	50	44	6
B	GH	55	37	8
C	GH	53	41	6
D	CH	50	45	6
E	CH	57	38	4
F	CH	57	39	5
G	CH	45	52	4
Maximum		57	52	8
Median		53	41	6
Mean		52	42	6
Minimum		45	37	4
Standard deviation		4	5	1

RH = regional hospital, GH = general hospital, CH = community hospital

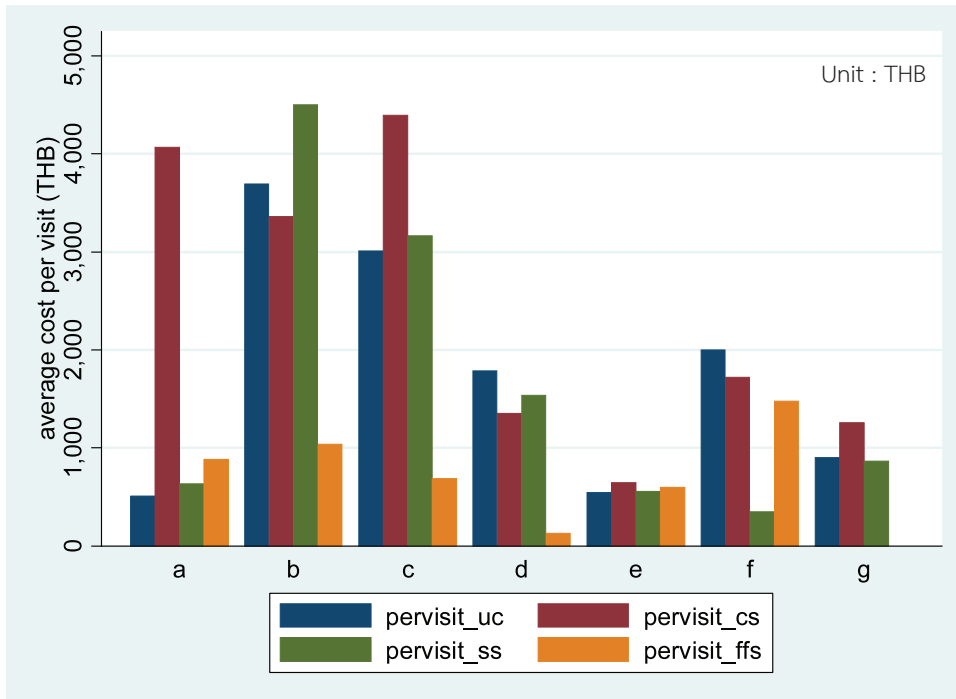


UC= universal coverage scheme, CS= civil servant medical benefit scheme, SS= social security scheme, FFS= fee-for-service

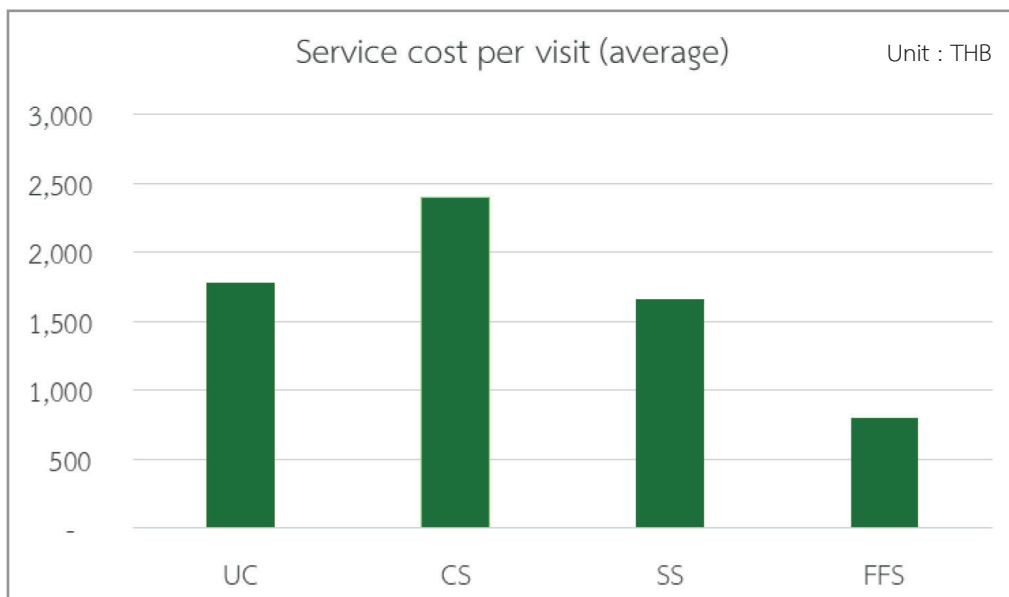
ภาพที่ 1 แสดงข้อมูลต้นทุนรวมของการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

ภาพที่ 2 แสดงต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเมื่อพิจารณาข้อมูลต้นทุนรายโรงพยาบาลแยกตามรายสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมมีมูลค่าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิอื่นๆ ในโรงพยาบาล B ขณะที่ต้นทุน

การดูแลผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิอื่นๆ ในโรงพยาบาล D และ F และต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาสูบข้าราชการสูงที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิอื่นๆ ในโรงพยาบาล A, C, E, และ G ตามลำดับ ทั้งนี้ต้นทุนผู้ป่วยจ่ายเงินเองมี



ภาพที่ 2 ข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยนอกรายโรงพยาบาล

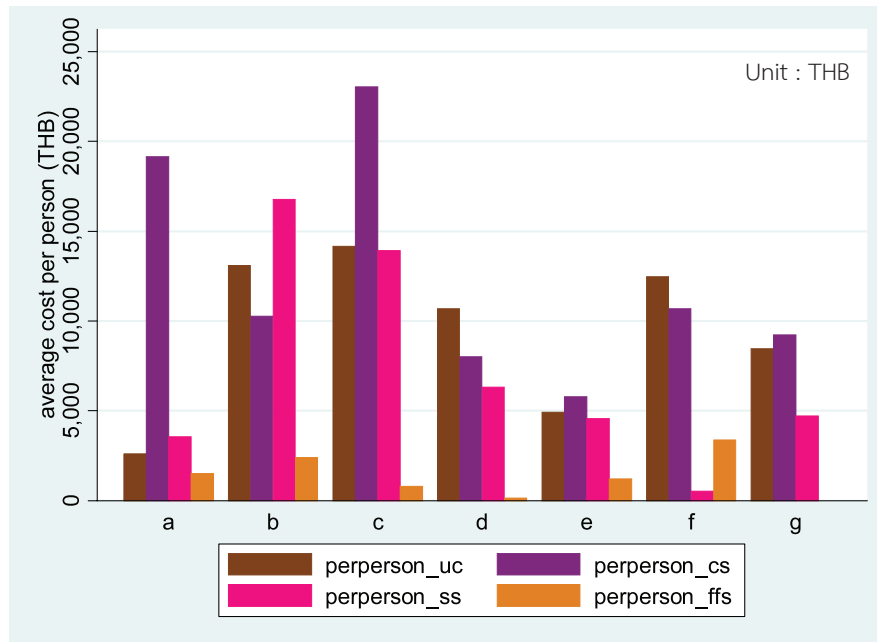


ภาพที่ 3 ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งในภาพรวม จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

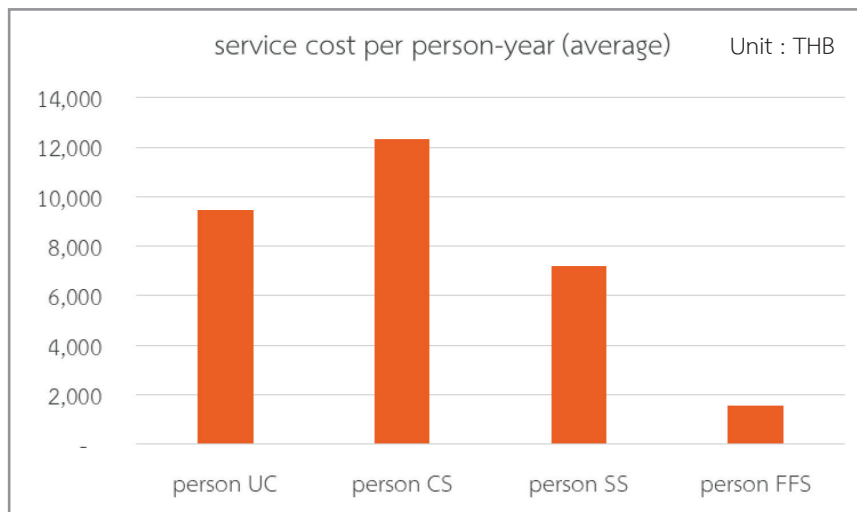
ต้นทุนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิต่างๆ ในโรงพยาบาล B, C และ D ตามลำดับ

ภาพที่ 3 แสดงข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยนอกแยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าต้นทุนเฉลี่ย

ต่อครั้งของสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการสูงที่สุด 2,401 บาท รองมาคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1,778 บาท และสิทธิประกันสังคม 1,658 บาท และจ่ายเงินเองมีต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง 803 บาท



ภาพที่ 4 แสดงข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปีรายโรงพยาบาล



ภาพที่ 5 แสดงข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยในภาพรวม จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยนอกรายโรงพยาบาล แยกตามรายสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีของผู้ป่วยนอกสิทธิผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมมีมูลค่าสูงที่สุด เมื่อเทียบกับสิทธิอื่นๆ ในโรงพยาบาล B ขณะที่ต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีของการดูแลผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงที่สุด เมื่อเทียบกับสิทธิอื่นๆ ในโรงพยาบาล D และ F และต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีของการให้บริการ

ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีมูลค่าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิอื่นๆ ในโรงพยาบาล A และ C ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีต้นทุนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิต่างๆ ในทุกโรงพยาบาล ยกเว้นโรงพยาบาล F (ภาพที่ 4)

จากภาพที่ 5 จะเห็นได้ว่าในภาพรวม ต้นทุนการรักษาพยาบาลต่อคนต่อปีของสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการสูงที่สุด รองมาคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



สิทธิประกันสังคม และผู้ป่วยจ่ายเงินเอง ต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีแยกตามกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีของการรักษาผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงสุด คือ 12,305 บาท รองมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ 9,483 บาท และสิทธิประกันสังคม คือ 7,197 บาท ขณะที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีต้นทุนเฉลี่ยการให้บริการต่อคน 1,570 บาท

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการศึกษาต้นทุนการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายจำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2559 และคำนวณต้นทุนบริการตามคู่มือการศึกษาต้นทุนของกระทรวงสาธารณสุขและปรับใช้อัตราส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้ (cost-to-charge ratio) ในการคำนวณต้นทุนระดับผู้ป่วยรายบุคคล พบว่าต้นทุนค่าบุคลากรเป็นต้นทุนการให้บริการที่สูงที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนบริการที่ผ่านๆมา⁽⁹⁻¹¹⁾ รองมาคือ ค่าวัสดุซึ่งมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 42 และต้นทุนการใช้สินทรัพย์ซึ่งมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 6

เมื่อพิจารณาต้นทุนการให้บริการเฉลี่ยต่อครั้งแยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของการบริการผู้ป่วยโรคเอดส์สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงสุด คือ 2,401 บาท รองมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1,778 บาท และสิทธิประกันสังคมมีต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง 1,658 บาท ขณะที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง 803 บาท

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีแยกตามแหล่งทุน พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อรายต่อปีของการรักษาผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงสุด คือ 12,305 บาท รองมาคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 9,483 บาท และสิทธิประกันสังคม 7,197 บาท ขณะที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีต้นทุนเฉลี่ยการให้บริการต่อคน 1,570

บาท

การที่ต้นทุนมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะสิทธิของข้าราชการที่มักสูงกว่านั้น อาจเกิดจากค่าใช้จ่ายยาที่เป็นยาต้นแบบ (original drugs) ที่มีราคาสูงกว่ายาสามัญ (generic drugs) ที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมมากกว่า นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนต่อคนต่อปีของไทยกับต่างประเทศ พบว่าโดยภาพรวมต้นทุนการบริการในทุกสิทธิการรักษาพยาบาลของประเทศไทยยังต่ำกว่าต้นทุนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแอฟริกา⁽⁴⁾ ขณะที่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีต้นทุนการให้บริการสูงกว่าเมื่อเทียบกับประเทศไนจีเรียซึ่งมีต้นทุนเฉลี่ยของค่ายา ART ต่อคน 231 ดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 7,161 บาท)⁽⁵⁾ ทั้งนี้ ต้นทุนที่แตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากระบบเศรษฐกิจ ความชุกของโรค และระบบสาธารณสุขที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องกลุ่มตัวอย่างซึ่งใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 7 แห่งตามความสมบูรณ์ข้อมูลและมีโรงพยาบาลศูนย์เพียง 1 แห่ง ดังนั้นการนำผลการศึกษาดังกล่าวมาแยกตามประเภทโรงพยาบาลไปใช้อาจต้องแปลผลด้วยความระมัดระวัง เนื่องด้วยจำนวนโรงพยาบาลที่อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีได้ และการศึกษาต่อไปควรเพิ่มจำนวนของโรงพยาบาลในแต่ละประเภทเพื่อให้เห็นถึงต้นทุนการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล นอกเหนือไปจากต้นทุนรายโรงพยาบาลและรายครั้งดังผลในการศึกษารั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ยังคงเป็นปัญหาที่ทำนายในระบบสาธารณสุขของไทยทั้งในประเด็นของการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่โดยเพิ่มระดับความครอบคลุมของการดำเนินงานป้องกันในประชากรหลักที่มีภาวะเสี่ยงสูง

และในการบริหารทรัพยากรที่มีเนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้น การให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงและไม่เสี่ยงแล้วยังเป็นการช่วยลดต้นทุนในการป้องกันและการรักษาพยาบาลอีกด้วย

References

1. World Health Organization. HIV/AIDS [Internet]. [cited 2019 April 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. Thailand National AIDS Committee. Thailand national operational plan, accelerating ending AIDS 2015-2019 [Internet]. [Cited 2019 April 21]. Available from: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/1759>. (in Thai)
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report of Bureau of AIDS, TB and STIs 2015. The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; Report No.: 978-616-11-2868-5. (in Thai)
4. Tagar E, Sundaram M, Condliffe K, Matatiyo B, Chimbwandira F, Chilima B, et al. Multi-country analysis of treatment costs for HIV/AIDS (MATCH): facility-level ART unit cost analysis in Ethiopia, Malawi, Rwanda, South Africa and Zambia. *Gantt S. PLoS ONE* 12 November 2014;9(11):e108304.
5. Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Amanze OO, La Hera-Fuentes G, Silverman-Retana O, Contreras-Loya D, et al. Explaining the heterogeneity in average costs per HIV/AIDS patient in Nigeria: the role of supply-side and service delivery characteristics. *PLoS One* [Internet]. [Cited 2019 January 11];13(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5931468/>.
6. Siregar AYM, Tromp N, Komarudin D, Wisaksana R, van Crevel R, van der Ven A, et al. Costs of HIV/AIDS treatment in Indonesia by time of treatment and stage of disease. *BMC Health Serv Res* [Internet]. [Cited 2019 January 11]; 15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590258/>.
7. Sompu K, Rattanachotphanit T, Waleekhachonloet O. Direct medical cost of HIV/AIDS care at Sikhoraphum Hospital, Surin Province. *IJPS* 2016. 2016(11(Supplement)):287–99. (in Thai)
8. Thianjaruwatthana W, Sakulpanich T, Pongpattrachai D, Chiangchaisakulthai K. Guideline of unit cost for hospitals under Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2001. (in Thai)
9. Chiangchaisakulthai K, Wongsin U, Tisayathikom K, Suppradist W, Samiphuk N. Unit cost of services in primary care cluster. *Journal of Health Systems Research* 2019;13(2):175–87. (in Thai)
10. Wongsin U, Wannasri A. Unit cost of diabetes care: a case study of a general hospital in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services* 2018;43(6):45–9.
11. Chiangchaisakulthai K, Wongsin U. Cost of primary care service network in Health Region 8. *Journal of Health Systems Research* 2018;12(4):681–90. (in Thai)

ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด

อุทุมพร วงษ์ศิลป์*
ภาสกร สวนเรือง†

ผู้รับผิดชอบบทความ: อุทุมพร วงษ์ศิลป์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2559 ทำการศึกษาในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายจำนวน 8 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากปัจจัยความพร้อมของระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง คือ มีระบบข้อมูลบริการ และมีข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เพียงพอต่อการคำนวณต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของการให้บริการผู้ป่วย จากนั้นจึงคำนวณต้นทุนบริการตามคู่มือการศึกษาต้นทุนของกระทรวงสาธารณสุขและปรับใช้อัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ (cost to charge ratio) ในระดับผู้ป่วยรายบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนการให้บริการที่สูงที่สุดคือค่าบุคลากร รองมาคือค่าวัสดุ และต้นทุนการใช้สินทรัพย์ ส่วนในรายละเอียดของต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด พบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีต้นทุนการบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 831 บาทต่อครั้ง ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปมีต้นทุนการบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 483 - 1,030 บาทต่อครั้ง และโรงพยาบาลชุมชนมีต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 189 - 567 บาทต่อครั้ง

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายเพียง 8 แห่ง และมีโรงพยาบาลศูนย์เพียงแห่งเดียวซึ่งต้นทุนที่ได้จากการศึกษานี้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีในแต่ละประเภทโรงพยาบาลได้ ดังนั้น จึงอาจนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายกันเท่านั้น

คำสำคัญ: ต้นทุน, โรคจิตเภท, ต้นทุนผู้ป่วยนอก

Unit Cost of Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders

Utoomporn Wongsin*, Passakorn Suanrueang†

* Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute

† Health Systems Research Institute

Corresponding author: Utoomporn Wongsin, utoomporn@hisro.or.th

Abstract

This study was to estimate cost of services for schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. A retrospective analysis was undertaken. Cost data for the fiscal year 2016 were gathered using a purposive sampling. Eight hospitals were selected covering one regional hospital, three general hospitals

* สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

† สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

and four community hospitals based on availability of hospital information on service and financial data. Cost per visit was calculated using the traditional method and cost to charge ratio according to the costing guideline of the Ministry of Public Health of Thailand.

The result showed that labor cost was the major proportion of the total cost followed by material and capital cost. The average cost for schizophrenia, schizotypal and delusional outpatient was 831 Thai baht (THB) per visit at the regional hospital, THB 483 - 1,030 per visit at the general hospitals and THB 189 - 567 per visit at the community hospitals.

However, it should be noted that the present study was conducted in only eight hospitals of which only one regional hospital. Generalizability of our findings was limited and might be applicable to only hospitals with similar characteristics.

Keywords: unit cost, schizophrenia, outpatient cost

บทคัดย่อและเหตุผล

การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยที่สำคัญปัญหาหนึ่งนั้นคือปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งพบว่าเป็นอันดับสองในผู้ชายรองจากอุบัติเหตุ และอันดับสี่ในผู้หญิงรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และความผิดปกติทางการรับรู้ตามลำดับ⁽¹⁾ โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) เป็นหนึ่งในปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ จัดอยู่ในความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (mental and behavioral disorders) ตามการจำแนกบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 10 ฉบับประเทศไทย หรือ ICD-10-TM (International Classification of Diseases Tenth Revision Thai Modification) โดยมีรหัส ตั้งแต่ F20-F29⁽²⁾ โดยโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่มีความเด่นชัดด้วยความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ที่จะคงอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน และเป็นต้นเหตุที่สำคัญในการส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย⁽³⁾ อีกทั้งยังเป็นหนึ่งใน 25 โรคที่สำคัญที่เป็นเหตุให้ประชากรโลกเข้าสู่ความพิการในปี พ.ศ. 2556⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยนั้น ผู้ป่วยจิตเวชรวมโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลภาครัฐมีจำนวน 1,076,155 รายในปี พ.ศ. 2555 และเพิ่มขึ้นเป็น 1,109,183 ในปี พ.ศ. 2556⁽⁵⁾ ข้อมูลจากงานวิจัย

จากการสำรวจความชุกของโรคจิตเภทในประชากรไทยช่วงอายุ 15 - 59 ปี ในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคจิตเภท คือ 8.8 ต่อ 1,000 ประชากร โดยอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิง คือ 1.1 : 1⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ผลจากการประเมินค่าภาระโรคด้วยโปรแกรม DISMOD พบว่าในปี พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2557 โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) ร้อยละ 1.4, 1.5 และ 1.7 ในผู้ชาย (ไม่พบข้อมูลผู้หญิง) สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability: YLDs) ร้อยละ 3.6, 3.8 และ 5.8 ในผู้ชาย และร้อยละ 2.2, 2.9 และ 3.4 ในผู้หญิงตามลำดับ⁽⁷⁾

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1 - 3 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของชาติทั้งหมดทั่วโลก และในประเทศไทย มีรายงานค่าใช้จ่าย ปี พ.ศ. 2551 ที่ภาครัฐต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตอยู่ที่ประมาณร้อยละ 3⁽⁵⁾ มีรายงานว่าภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทอยู่ที่ประมาณ 31,000 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ประมาณครึ่งหนึ่งจะอยู่ที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยตรง (direct medical cost)⁽⁵⁾ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงทั้งในส่วนที่เบิกได้และเบิกไม่ได้ในการรักษาแต่ละครั้ง เมื่อควบคุมตัวแปร



จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล มีรายงานว่ากลุ่มข้าราชการ มีค่ารักษารวมสูงสุดเฉลี่ย 27,861 บาท (วันนอนระหว่าง 14 - 23 วัน) กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่ารักษารวมเฉลี่ย 15,199 บาท (วันนอน 14 - 37 วัน) ในขณะที่กลุ่มสิทธิประกันสังคมมีค่าใช้จ่ายรวมอยู่ที่ 15,063 บาท (วันนอน 14 - 24 วัน)⁽⁸⁾

สำหรับแนวทางในการดูแลรักษาคนไข้กลุ่มนี้ มีวิธีการที่หลากหลายและมีงานวิจัยต่างๆ ได้แก่ Recognition of schizophrenia (อินเดีย) Antipsychotic pharmacotherapy (จีน, บราซิล) Rapid tranquilization (อินเดีย, บราซิล) Psychosocial family interventions (ฮ่องกง) Psycho-education (จีน, ไนจีเรีย, ไทย, อินเดีย)⁽⁹⁾ Anti-psychotic medication (เยอรมนี)⁽¹⁰⁾

ในด้านงานวิจัยต้นทุนการรักษาผู้ป่วยของกลุ่มนี้นั้น พบว่า ในประเทศสวีเดน มีค่าใช้จ่ายรวมต่อคนในปี พ.ศ. 2551 ประมาณ 42,700 ยูโร⁽¹¹⁾ หรือประมาณ 1,494,500 บาท และในประเทศไนจีเรีย ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่รักษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อคนเท่ากับ 818.48 ดอลลาร์สหรัฐฯ⁽¹²⁾ หรือประมาณ 25,373 บาท ขณะที่ ในประเทศไทยนั้น งานของวาทีณี สุขมากและจารี ทองคำ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในของประเทศไทย พบว่า ต้นทุนทางตรงของการรักษาเฉลี่ย 20,157 บาท ต่อราย ต้นทุนสูงสุดคือค่าห้อง ค่าอาหาร รองมาคือค่าบริการทางการแพทย์

อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งไม่มีการศึกษา ต้นทุนบริการที่มุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด มีเพียงการศึกษาต้นทุนค่าแรงของการให้บริการเภสัชกรรม⁽³⁾ ซึ่งในการรักษาผู้ป่วยนั้นไม่ได้มีเฉพาะกิจกรรมการให้ยาโดยเภสัชกรเท่านั้น แต่ยังมีกระบวนการอื่นๆ ที่ทำโดยแพทย์และบุคลากรของสถานพยาบาลและมีการใช้ทรัพยากรอื่นๆ ด้วย ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงทำการศึกษาด้านต้นทุนรวมของการให้บริการโดยมุ่งเน้น ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบ

โรคจิตเภทและโรคหลงผิด เพื่อค้นหาต้นทุนบริการต่อครั้งของการให้บริการสำหรับเป็นข้อมูลการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2559 และคำนวณต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิดตามคู่มือการศึกษาต้นทุนของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมายในการศึกษาคือโรงพยาบาลจำนวน 8 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เลือกตัวอย่างพื้นที่เป้าหมายโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยพิจารณาจากปัจจัยความพร้อมของระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง คือ มีระบบข้อมูลบริการและมีข้อมูลต้นทุนอันได้แก่ ค่าบุคลากร ค่าวัสดุ ค่าใช้สอย ค่าลงทุน และสถิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพียงพอต่อการคำนวณต้นทุน โดยรายละเอียดของตัวอย่างพื้นที่เป้าหมาย ดังตารางที่ 1

ส่วนขั้นตอนการคำนวณต้นทุน สามารถจำแนกได้ 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. สอบทานข้อมูลบัญชีของสถานพยาบาลและปรับปรุงรายการสำหรับการศึกษาด้านต้นทุนบริการของสถานพยาบาล

2. จำแนกหน่วยต้นทุนของโรงพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยงานสนับสนุนและกลุ่มหน่วยงานบริการ

1) หน่วยงานสนับสนุน คือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนหน่วยงานอื่นๆ โดยไม่ได้เก็บเงินจากผู้รับบริการโดยตรง เช่น งานบริหารทั่วไป งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานการเงินและบัญชี งานยานพาหนะ งานจ่ายกลาง งานเรียกเก็บ

2) หน่วยงานบริการ คือหน่วยงานที่ให้บริการโดยตรงกับผู้รับบริการและการบริการนั้นก่อให้เกิดรายได้ เช่น ห้อง lab ห้อง x-ray แผนกทันตกรรม แผนกผู้ป่วย

นอก หอผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องทำคลอด

3. จำแนกต้นทุนทางตรง ประกอบด้วย ต้นทุนค่าบุคลากร (labor cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) และต้นทุนค่าเสื่อมราคา (capital cost) ของหน่วยงาน สนับสนุนและหน่วยงานบริการ ทั้งนี้

1) ต้นทุนค่าบุคลากร คือ ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร อันประกอบด้วย เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน โบนัส และสวัสดิการอื่นๆ ที่พนักงานได้รับ กรณีบุคลากรทำงานมากกว่าหนึ่งหน่วยต้นทุน ให้ประมาณเวลาการทำงานเพื่อปันสรรค่าบุคลากรลงในแต่ละหน่วยต้นทุน

2) ต้นทุนค่าวัสดุ ได้แก่ ค่าวัสดุสิ้นเปลือง ค่าใช้สอย ค่าซ่อมบำรุง ค่าจ้างเหมาบริการ ค่าธรรมเนียม ค่าใช้จ่ายในการประชุม ค่ารับรอง และค่าสาธารณูปโภคต่างๆ

3) ต้นทุนค่าเสื่อมราคา ได้แก่ ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่ายสินทรัพย์ประจำปี คำนวณค่าเสื่อมราคาโดยวิธีเส้นตรงตามอายุการใช้งาน สูตรการคำนวณ คือ ราคาซื้อสินทรัพย์หารด้วยอายุการใช้งาน และกำหนดให้มูลค่าซากของสินทรัพย์เท่ากับ 1 บาท

4. กระจายต้นทุนทางตรงรวมของหน่วยงาน สนับสนุนไปยังหน่วยงานบริการ โดยอาศัยเกณฑ์การปันสรรค่าใช้จ่าย ตัวอย่างของเกณฑ์การปันส่วนที่ใช้ ได้แก่ จำนวนบุคลากรในแต่ละหน่วยต้นทุน พื้นที่ใช้สอยของแต่ละหน่วยงาน มูลค่าการเบิกของ น้ำหนักผ้า จำนวนการให้บริการ ระยะทางของรถ เป็นต้น

5. รวมต้นทุนรวมของหน่วยงานบริการหลังจากปันสรรค่าใช้จ่าย

6. วิเคราะห์ต้นทุนผู้ป่วยรายบุคคลตามรายการกิจกรรมการเรียกเก็บ โดยปรับใช้อัตราต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (cost to charge ratio หรือ CCR) วิธีการคือ กำหนดให้หมวดรายการเรียกเก็บของโรงพยาบาลเป็นกิจกรรมหลัก และคำนวณต้นทุนรวมของหน่วยต้นทุนหลักที่เกี่ยวข้องกับหมวดรายการเรียกเก็บดังกล่าว เพื่อให้ได้อัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บในแต่ละหมวด เช่น รายได้ค่าบริการทันตกรรมมีต้นทุนหลักคืองานทันตกรรม

7. คำนวณต้นทุนรวมของผู้ป่วยรายบุคคล โดยใช้ อัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บของแต่ละหมวดคูณ รายได้ที่เรียกเก็บของแต่ละหมวดรายการ และคำนวณ ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วย โดยใช้ต้นทุนรวมหารด้วย จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง)

การนับข้อมูลผลผลิต ทำโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนาอันได้แก่ ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่อนับข้อมูลผลผลิตหรือจำนวนครั้งของการให้บริการจากรหัส ICD 10 ทั้งนี้ รหัส ICD 10 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ประกอบด้วย F20 – F29

ผลการศึกษา

จากการศึกษาต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกผู้ป่วย จิตเวช 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด สามารถสรุปผลการศึกษ ได้ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดข้อมูลบริการ รายโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนผู้รับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอกสูงที่สุดทั้งจำนวนครั้งและราย คือ 4,275 ครั้ง และ 1,165 ราย รองมา คือ โรงพยาบาลทั่วไป ลำดับที่ 3 ในตาราง โดยมีจำนวนผู้ใช้บริการ 2,609 ครั้ง และโรงพยาบาลชุมชนลำดับที่ 6 ในตารางมีจำนวนการใช้อัตราน้อยที่สุด อายุโดยเฉลี่ยของผู้เข้ารับบริการอยู่ใน ช่วง 45 - 51 ปี และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้มารับบริการ เป็นเพศชาย ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงอัตราการใช้บริการต่อ รายต่อปีรายโรงพยาบาล พบว่า อัตราการใช้บริการอยู่ใน ระหว่าง 4 - 6 ครั้ง โดยการใช้บริการต่อรายต่อปีที่มากที่สุดเป็นการใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปลำดับที่ 2 และ ลำดับที่ 4 ในตาราง

ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนต้นทุนค่าบุคลากร ค่าวัสดุ

ตารางที่ 1 ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกผู้ป่วยจิตเวช 3 กลุ่มโรค จิตเภท พหุติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิดรายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประเภท	จำนวนการใช้บริการ (ครั้ง/คน)	จำนวนผู้ใช้บริการ (คน)	อายุเฉลี่ย (SD)	เพศ (%)	
					ชาย	หญิง
1	โรงพยาบาลศูนย์	3.7	1,165	51(15.02)	645(55)	520(45)
2	โรงพยาบาลทั่วไป	6.3	314	49(14.16)	173(55)	141(45)
3	โรงพยาบาลทั่วไป	5.4	601	45(13.73)	393(64)	208(35)
4	โรงพยาบาลทั่วไป	6.3	417	46(14.17)	293(70)	124(30)
5	โรงพยาบาลชุมชน	4.2	262	50(14.95)	157(60)	105(40)
6	โรงพยาบาลชุมชน	4.6	149	46(12.75)	92(62)	57(38)
7	โรงพยาบาลชุมชน	4.2	194	50(14.20)	107(55)	87(45)
8	โรงพยาบาลชุมชน	5.4	419	47(13.83)	284(68)	135(32)

ตารางที่ 2 ข้อมูลสัดส่วนค่าใช้จ่ายรายโรงพยาบาลในภาพรวม

โรงพยาบาล	ประเภทโรงพยาบาล	ต้นทุนค่าแรง (Labor cost, %)	ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost, %)	ต้นทุนค่าเสื่อมราคา (Capital cost, %)
1	RH	50	44	6
2	GH	48	47	5
3	GH	55	37	8
4	GH	53	41	6
	ค่าเฉลี่ย	52	42	6
	ค่า SD	4	5	2
5	CH	50	45	6
6	CH	57	38	4
7	CH	57	39	5
8	CH	45	52	4
	ค่าเฉลี่ย	52	44	5
	ค่า SD	6	6	1

RH = โรงพยาบาลศูนย์ GH = โรงพยาบาลทั่วไป CH = โรงพยาบาลชุมชน

และต้นทุนการใช้สินทรัพย์ แยกรายประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีค่าเฉลี่ยบุคลากรเท่ากัน คือร้อยละ 52 ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์มีต้นทุนค่าบุคลากร เท่ากับร้อยละ 50 จากต้นทุนรวม

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลต้นทุนรวมรายโรงพยาบาล และต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคจิตเภท พหุติกรรม

แบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด พบว่า โรงพยาบาลในลำดับที่ 3 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปมีต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 1,030 บาทต่อครั้ง รองมาคือโรงพยาบาลศูนย์ มีต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง 831 บาท ในขณะที่โรงพยาบาลลำดับที่ 8 (โรงพยาบาลชุมชน) มีต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 377 บาทต่อครั้ง

ตารางที่ 3 ข้อมูลต้นทุนรวม ต้นทุนต่อครั้งรายโรงพยาบาล

หน่วย : บาท

โรงพยาบาล	ประเภท โรงพยาบาล	ต้นทุนบริการ โรงพยาบาลรวม	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด	จำนวนผู้ป่วย นอก (ครั้ง)	ต้นทุน เฉลี่ยต่อครั้ง
1	RH	1,508,259,059	3,554,257	4,275	831
2	GH	1,243,267,679	951,287	1,969	483
3	GH	468,582,025	3,327,770	3,231	1,030
4	GH	438,834,585	1,949,513	2,626	742
5	CH	128,956,427	453,750	1,113	408
6	CH	127,425,956	129,434	686	189
7	CH	135,458,726	456,779	806	567
8	CH	178,516,927	854,547	2,269	377

RH = โรงพยาบาลศูนย์ GH = โรงพยาบาลทั่วไป CH = โรงพยาบาลชุมชน

เมื่อพิจารณาข้อมูลต้นทุนบริการเฉลี่ยต่อครั้งแยกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ มีต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง 831 บาท โรงพยาบาลทั่วไป 483 - 1,030 บาท และโรงพยาบาลชุมชน 189 - 567 บาท

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาด้านต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายจำนวน 8 แห่ง ผลการศึกษาพบว่าต้นทุนส่วนใหญ่เป็นค่าบุคลากร สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁽¹⁵⁾ รองมาคือค่าวัสดุ และต้นทุนการใช้สินทรัพย์ ส่วนในรายละเอียดของต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้พบว่า มีต้นทุนการบริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 189 - 1,030 บาทต่อครั้ง ขึ้นกับว่าเป็นโรงพยาบาลระดับใดและให้ผู้ป่วยกลับมารับบริการกี่ครั้งต่อปี ซึ่งต้นทุนนี้ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับงานวิจัยต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน โดยในงานวิจัยดังกล่าวแสดงต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรง-

พยาบาลศูนย์เฉลี่ย 1,606 บาทต่อครั้ง และต้นทุนการให้บริการเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชน 574 บาทต่อครั้ง⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ไม่สามารถเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาได้โดยตรง เนื่องจากไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้แบบผู้ป่วยนอก มีเพียงงานการศึกษาด้านต้นทุนที่รวมค่าแรงค่าบริการทางเภสัชกรรมอยู่ที่ประมาณ 505.73 บาทต่อคนต่อครั้ง และการดูแลตามปกติจะอยู่ที่ 438.25 บาทต่อคนต่อครั้งในการศึกษาความคุ้มค่าของยาแบบทดลองที่โรงพยาบาลจิตเวช⁽³⁾ และหากเปรียบเทียบต้นทุนกับโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ อันได้แก่โรคเบาหวาน พบว่า ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลทั่วไป 971 บาทต่อครั้ง⁽¹⁷⁾ โดยในการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นข้อมูลการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลประเภทโรงพยาบาลทั่วไป มีต้นทุนรวมคิดเป็น 971 บาทต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าต้นทุนการบริการผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยต้นทุนการดูแลผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ในประเทศไต้หวัน พบว่า ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอก

ต่อครั้งคือ 57 ดอลลาร์สหรัฐฯ หรือประมาณ 1,767 บาท⁽¹⁸⁾ ขณะที่ต้นทุนการรักษากรณีผู้ป่วยในต่อครั้งเท่ากับ 1,123 ดอลลาร์สหรัฐฯ หรือประมาณ 34,813 บาท หากมองในมุมมองทางด้านต้นทุนทางเศรษฐกิจ พบว่าต้นทุนรวมของการให้บริการผู้ป่วยต่อรายคือปีละ 16,575 ดอลลาร์สหรัฐฯ ซึ่งถือว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวสูงมากหากเทียบกับการศึกษาในครั้งนี้อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างในด้านของลักษณะการให้บริการ จำนวนครั้งการให้บริการและปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนโรงพยาบาลและประเภทของโรงพยาบาลซึ่งถูกคัดเลือกมาทำการศึกษาดังวิธีเฉพาะเจาะจงตามความสมบูรณ์ของข้อมูลบริการและข้อมูลค่าใช้จ่าย ดังนั้น การนำผลการศึกษานี้ไปใช้อ้างอิงจะต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากอาจยังไม่สามารถเป็นตัวแทนตามประเภทโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ วิธีที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนที่เริ่มต้นด้วยการศึกษาต้นทุนบริการรวมของโรงพยาบาล จากนั้นจึงคำนวณอัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ (cost to charge ratio: CCR) และปรับใช้อัตราส่วนนี้ในการคำนวณต้นทุนการให้บริการต่อครั้ง ซึ่งวิธีดังกล่าวอาจมีข้อจำกัด อาจจะไม่เหมาะกับสถานพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลรายการที่เรียกเก็บ (charge) ได้อย่างครบถ้วน จึงจะสามารถแสดงต้นทุนบริการได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิดเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทยเป็นจำนวนมาก การรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์และคำแนะนำอย่างถูกต้องจากแพทย์ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะสามารถช่วยควบคุมอาการและลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศด้วย ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกินครึ่งเป็นค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยตรง ต้นทุนบริการผู้ป่วยประเภทยานี้แม้ว่าจะต่ำกว่าโรคเรื้อรังประเภทอื่น เช่น เบาหวานและความดัน แต่ค่าใช้จ่ายในภาพรวมของการให้บริการดูแล

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี การศึกษาต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้สถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรงพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ต้นทุนเพียงบริการผู้ป่วยนอก อาจจะไม่สามารถสะท้อนภาพต้นทุนอย่างรอบด้านได้ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาด้านต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยในรวมด้วย และเพิ่มเติมต้นทุนต่อปีต่อคน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการจัดสรรงบประมาณหรือการประเมินประสิทธิภาพของบริการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกแห่งที่สละเวลาให้ทีมงานเข้าหาหรือและอำนวยความสะดวกเรื่องข้อมูล กระทั่งทำให้สามารถดำเนินงานวิจัยได้สำเร็จลุล่วงไปได้

References

1. Burden of Disease Thailand. Burden of disease Thailand. Report of the burden of disease and injuries of Thai population 2011. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2014.
2. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. ICD-10-TM for PCU (International Classification for Primary Care Unit). Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2012.
3. Kanjanasilp J, Ploylearmsang C. A short term outcomes of pharmaceutical care in Thai patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. Songklanakarin Journal of Science and Technology 2016;38(2):189-97.
4. Chong HY, Teoh SL, Wu DB-C, Kotirum S, Chiou C-F, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review [Internet]. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2016 [cited 2019 Feb 1]. Available from: <https://www.dovepress.com/global-economic-burden-of-schizophrenia-a-systematic-review-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>.
5. Poonnotok P, Thampanichawat W, Patoomwan A, Sangon S. Struggling to restore normalcy: Thai parents' experiences in being caregivers of children with early schizophrenia. Pacific

- Rim International Journal of Nursing Research 2016;20(1):71–84.
6. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr* 2010 Aug 17;8:24. doi: 10.1186/1478-7954-8-24.
 7. Burden of Disease Thailand Working Group. Disability – adjusted life years (DALYs) 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2017.
 8. Sukmak V, Thongkam J. Effects of different payment schemes on actual inpatient expenditures with schizophrenia. *Journal of Health Systems Research* 2014;8(1):37–48.
 9. Jair de Jesus Mari, Razzouk D, Thara R, Eaton J, Thornicroft G. Packages of care for schizophrenia in low- and middle-income countries. *PLoS Medicine* 2009;6(10):1–8.
 10. Zeidler J, Mahlich J.C, Greiner W, Heres S. Cost-effectiveness of paliperidone palmitate for the treatment of schizophrenia in Germany. *Value in Health* 2013;16:A323–A636.
 11. Ekman M, Granstrom O, Omerov S, Jacob J, Landen M. The societal cost of schizophrenia in Sweden. *J Ment Health Policy Econ* 2013 Mar;16(1):13–25.
 12. Oloniniyi IO, Akinsulore A, Aloba OO, Mapayi BM, Oginni OA, Makanjuola R. Economic cost of schizophrenia in a Nigerian teaching hospital. *J Neurosci Rural Pract* 2019;10(1):39–47.
 13. Sukmak V, Thongkam J. Costs of inpatient care for schizophrenia at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2013;58(4):421–32.
 14. Thianjaruwatthana W, Sakulpanich T, Pongpattrachai D, Chiangchaisakulthai K. Guideline of unit cost for hospitals under Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2001.
 15. Julla N. The analysis of nursing unit cost and psychiatric nursing activities cost, Psychiatric ward, Ramathibodi Hospital (master's thesis). [Internet]. [cited 2019 Mar 18]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. Available from: <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/49872/1/5477319836.pdf>. (in Thai)
 16. Upakdee N. The study of cost of outpatient services and cost per outpatient group. Nonthaburi: Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute; 2556. (in Thai)
 17. Wongsin U, Wannasri A. Unit cost of diabetes care: a case study of a general hospital in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services* 2018;43(6):45–9. (in Thai)
 18. Lang H-C, Su T-P. The cost of schizophrenia treatment in Taiwan. *Psychiatr Serv* 2004 Aug;55(8):928–30.

สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาล ภาครัฐ กรณีศึกษา 8 โรงพยาบาล

ภาสกร สอนเรือง*

อุทุมพร วงษ์ศิลป์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ภาสกร สอนเรือง

บทคัดย่อ

การศึกษาสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง ผู้ซึ่งปฏิบัติงานหลายหน่วยงานในสถานพยาบาลภายในประเทศไทย พบว่า หลักฐานที่มีการเผยแพร่เชิงประจักษ์ในเรื่องดังกล่าวนี้ยังมีน้อย ทั้งๆ ที่ข้อมูลสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางรายบุคคลนั้นมีความสำคัญ เพราะนอกจากจะเป็นข้อมูลสนับสนุนการบริหารจัดการบุคลากรของสถานพยาบาลแล้ว ยังเป็นข้อมูลเกณฑ์การกระจายต้นทุนในการศึกษาต้นทุนสถานพยาบาล เพื่อใช้กระจายต้นทุนส่วนที่เป็นค่าแรงและต้นทุนอื่นที่มีค่าแรงเป็นปัจจัยผลักดัน โดยเกณฑ์การกระจายต้นทุนค่าแรงดังกล่าวจะช่วยสะท้อนต้นทุนที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงด้วย

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง โดยใช้ข้อมูลจากตารางการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ และแบบสัมภาษณ์แพทย์และผู้ดูแลตารางการปฏิบัติงานของแพทย์จากสถานพยาบาลภาครัฐจำนวน 8 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2 แห่ง (ขนาด 600 และ 1,000 เตียง) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า แพทย์แต่ละสาขามีสัดส่วนการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน มากเป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 33 - 36 รองลงมาคือห้องตรวจผู้ป่วยนอกและคลินิกต่างๆ อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 27 - 32 ด้านงานสอนแพทย์แต่ละสาขามีสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานไม่เกินร้อยละ 4.7 ยกเว้น กุมารแพทย์ร้อยละ 7.0 ด้านงานบริหารส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนการปฏิบัติงานประมาณไม่เกินร้อยละ 4.0 สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง เป็นดังนี้ โสต ศอ นาสิกแพทย์ outpatient department : operating room : inpatient department : งานสอน : งานบริหาร = 27.6 : 24.8 : 41.7 : 2.6 : 3.3 จักษุแพทย์ OPD : OR : IPD : งานสอน : งานบริหาร = 30.8 : 19.2 : 42.0 : 4.6 : 3.4 อายุรแพทย์ OPD : IPD : intensive care unit : งานสอน : งานบริหาร = 28.3 : 55.8 : 11.0 : 3.2 : 1.7 กุมารแพทย์ OPD : IPD : ICU : neonatal ICU : งานสอน : งานบริหาร = 32.6 : 33.8 : 10.4 : 14.3 : 7.0 : 1.9 สูติรีแพทย์ OPD : OR : labor room : IPD : งานสอน : งานบริหาร = 30.4 : 15.3 : 17.4 : 33.1 : 2.7 : 1.1 ศัลยแพทย์ OPD : OR : IPD : ICU : งานสอน : งานบริหาร = 29.1 : 16.6 : 42.1 : 7.3 : 3.7 : 1.2 ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ OPD : OR : IPD : ICU : งานสอน : งานบริหาร = 17.6 : 19.2 : 52.9 : 6.9 : 2.4 : 1.0 วิสัญญีแพทย์ OPD : OR : ICU : งานวิสัญญี : งานสอน : งานบริหาร = 2.2 : 45.2 : 13.5 : 34.7 : 1.5 : 2.9

ข้อมูลที่ได้นี้ สามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์การกระจายต้นทุนค่าแรงในสถานพยาบาล และในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล รวมทั้งรูปแบบการศึกษานี้ ยังสามารถนำไปปรับใช้ในการศึกษาบุคลากรอื่นๆ ที่ทำงานหลายหน่วยงาน นอกเหนือจากวิชาชีพแพทย์ รวมทั้งยังสามารถใช้เป็นข้อมูลในการประมาณการความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพได้อีกด้วย

คำสำคัญ: สัดส่วนเวลา, แพทย์เฉพาะทาง, การกระจายงาน, เกณฑ์การกระจายต้นทุน

* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

† สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คือ การจัดสรรค่าใช้จ่ายประเภทต่างๆ ไปตามพันธกิจและ กิจกรรม ในกรณีของเงินเดือน ค่าจ้างและค่าตอบแทน การจัดสรรดังกล่าวขึ้นอยู่กับพันธกิจที่บุคลากรนั้นปฏิบัติงาน ทั้งนี้มีบุคลากรกลุ่มหนึ่งซึ่งปฏิบัติงานมากกว่าหนึ่ง พันธกิจ คือ บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ซึ่งปฏิบัติงานทั้งการบริการ การสอน การวิจัย หรืองานบริหาร เป็นต้น ค่าตอบแทนของ บุคลากรดังกล่าว จึงต้องมีการจัดสรรขั้นที่ 2 คือ การจัดสรร ตามกิจกรรม⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องมีข้อมูลร้อยละ ของการปฏิบัติงานในแต่ละพันธกิจ และตามกิจกรรมเพื่อ ใช้สำหรับการจัดสรรค่าแรงส่วนนี้ให้สอดคล้องมากยิ่งขึ้น หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ในกรณีที่บุคลากรปฏิบัติงาน ในหน่วยต้นทุนมากกว่า 1 หน่วยต้นทุน ให้จัดสรร ข้อมูลต้นทุนให้กับแต่ละหน่วยต้นทุนตามสัดส่วนเวลาที่ บุคลากรนั้นใช้ในการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยต้นทุนด้วย⁽²⁾ จากงานวิจัยในต่างประเทศ การศึกษาร้อยละของการทำงานหรือสัดส่วนเวลาปฏิบัติงานของแพทย์ พบว่า มี หลายรูปแบบ เช่น ศึกษาการเคลื่อนไหวและเวลาการทำงานตามกิจกรรมของบุคลากรตามสัปดาห์ โดยใช้การ สังเกต (observational time and motion study)⁽³⁻⁴⁾ ตามข้อมูลของงานวิจัย วิธีการนี้ใช้ในการเก็บข้อมูลการ ปฏิบัติงานของแพทย์ซึ่งใช้ไปกับ 1. indirect care เช่น reading chart, updating patient lists รวมทั้ง finding medication administration record 2. direct care 3. professional communication เป็นต้น แนวทางนี้จะ ได้ข้อมูลเวลาที่ละเอียดในแต่ละกิจกรรม ตัวอย่างเช่น การใช้ข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติงาน⁽⁵⁾ เช่น การ เก็บข้อมูลบันทึกเวลาในการปฏิบัติงานในระบบ emergency medical service (EMS) ตั้งแต่รับผู้ป่วยจากจุด เกิดเหตุจนถึงส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มีศักยภาพ หรืออีกตัวอย่างเช่น การบริหารจัดการเวลา ตามกิจกรรม (self-administered time-motion study of the activities)⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่ามีการวิจัยศึกษาเวลาในการ

ปฏิบัติงานของ home care team ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล รวมทั้งนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปหาผู้ป่วย เวลาการเยี่ยม บ้าน เวลาในการประชุมทีมและการให้คำปรึกษา เป็นต้น หรืออีกตัวอย่างเช่น การสอบถามข้อมูลการปฏิบัติงานของ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁾ ซึ่งมีงานวิจัยชิ้นหนึ่งศึกษาเกี่ยวกับ เวลาใน intensive care unit workflow โดยข้อมูลที่ได้จะเป็น ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม เช่น professional communication, reviewing patient data and documentation, direct patient care and education หรืออีกตัวอย่างเช่น การศึกษาข้อมูลจากรายงานการปฏิบัติงาน (self-reported diary)⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลสัดส่วน เวลาในการทำงานของแพทย์ใน 4 กิจกรรม ได้แก่ direct clinical face time, electronic health record (EHR) and desk work, administrative tasks, and other tasks โดยเป็นการรายงานด้วยตนเองภายหลังจากชั่วโมง การทำงานนั้นๆ เป็นต้น

เพื่อให้การใช้ข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นเกณฑ์ในการ กระจายต้นทุนด้วย โดยการกระจายค่าแรงให้กับแต่ละ กิจกรรม ด้วยการใช้ข้อมูลสัดส่วนเวลาการทำงานกิจกรรม ต่างๆ ของบุคลากรแต่ละคน คำนวณสัดส่วนเวลาการทำงานดังกล่าวจากข้อมูลตารางการปฏิบัติงานจริง จำแนก รายกิจกรรม รวมถึงการสัมภาษณ์ลักษณะงานของแต่ละ กิจกรรมและเวลาที่ใช้ของบุคลากรแต่ละท่านในกิจกรรม ดังกล่าว⁽⁹⁾ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้วิธีการเก็บข้อมูลจาก ตารางการปฏิบัติงานของแพทย์ ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ แล้ว และการสัมภาษณ์แพทย์ รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง กับการจัดตารางการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางสาขา ต่างๆ เพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ไม่ได้มีอยู่ในข้อมูลข้างต้น หรือเพื่อตรวจทานความเข้าใจในข้อมูลทุติยภูมิดังกล่าว ซึ่ง จะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความแม่นยำมากขึ้นกว่าการประมาณ การ เพราะคำนวณจากเวลาจริงในการทำงาน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง 8 สาขา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเกณฑ์การกระจายต้นทุนค่าแรงของสถานพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. แนวทางหรือรูปแบบการเก็บข้อมูลเวลาปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางเป็นอย่างไร
2. เวลาในการปฏิบัติงานตามหน่วยงานต่างๆ ของแพทย์เฉพาะทาง ทั้ง 8 สาขา มีสัดส่วนอย่างไร
3. ข้อมูลสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์สำหรับการนำไปใช้เพื่อการวิเคราะห์ต้นทุนเป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีศึกษา

1. แหล่งข้อมูล

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ

ส่วนที่ 1 ตารางการปฏิบัติงานในเวลาราชการของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ จำนวน 8 สาขา ประกอบด้วย อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ (ศัลยกรรมกระดูกและข้อ) ศัลยแพทย์ สูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ จักษุแพทย์ วัสดุแพทย์ และโสต ศอ นาสิกแพทย์ โดยเก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลภาครัฐ จำนวน 8 แห่ง คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2 แห่ง (ขนาดประมาณ 600 เตียง และประมาณ 1,000 เตียง อย่างละแห่ง)

ส่วนที่ 2 การใช้แบบสัมภาษณ์การจัดสรรเวลาในการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ กับตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นแพทย์และผู้ดูแลตารางการปฏิบัติงานของแพทย์จากสถานพยาบาลภาครัฐ จำนวน 8 แห่ง ดังกล่าวข้างต้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการจำแนกข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ

แหล่งข้อมูล อาศัยการเก็บข้อมูลจากสองแหล่ง

ข้างต้นประกอบกัน ตัวอย่างเช่น 1. งานด้านการเรียนการสอน เก็บข้อมูลจากตารางสอนซึ่งจะให้ข้อมูลในรูปแบบตารางเวลาการสอนเป็นชั่วโมง รายเดือนหรือรายปี ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้จัดตารางสอนหรือแพทย์บางท่านที่เกี่ยวข้องกับการจัดตารางสอนเพื่อทำความเข้าใจในรายละเอียดของเวลาในตารางสอน 2. งานด้านการวิจัย ศึกษาข้อมูลจากภาระงานที่ได้รับว่าแต่ละท่านทำงานวิจัยอย่างไร โดยดูจากเอกสารการมอบหมายงานและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลตารางงานของแพทย์แต่ละท่าน 3. งานบริหาร สอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และศึกษาจากเอกสารการมอบหมายงานบริการ โดยในนั้นจะระบุเวลาที่ทำงานบริหารกี่ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นต้น

2. การจัดการข้อมูล

บันทึกข้อมูลจากตารางการปฏิบัติงานในเวลาราชการของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ลงในแบบบันทึกข้อมูลซึ่งมีรายชื่อแพทย์ทุกคน จำแนกตามสาขาและสถานพยาบาล นับจำนวนเวลาการปฏิบัติงานตามหน่วยต่างๆ เป็นชั่วโมงต่อเดือน และบันทึกข้อมูลเป็นรายบุคคล รวมถึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและงานบริหาร ซึ่งมักไม่ปรากฏเป็นเอกสารการจัดตารางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน จึงต้องนำมาคำนวณเป็นเวลาการปฏิบัติงาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ข้อมูลทั้งสองส่วน โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา แล้วคำนวณเป็นเวลาการปฏิบัติงานรายบุคคลก่อน แล้วจึงนำมารวมกับข้อมูลจากตารางการปฏิบัติงานในเวลาราชการของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ รายบุคคล

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากตารางการปฏิบัติงาน ในเวลาราชการของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ 8 สาขา รวมทั้งการสัมภาษณ์การจัดสรรเวลาในการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ จากแพทย์ และผู้ดูแลตารางการปฏิบัติงานของแพทย์จากสำนักงานองค์กรแพทย์ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จำแนกออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

สัดส่วนจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มการศึกษา

การศึกษานี้ เก็บข้อมูลจากแพทย์เฉพาะทาง 8 สาขา จาก 8 โรงพยาบาล พบว่าได้จากโสต ศอ นาสิกแพทย์ ร้อยละ 27.7 จักษุแพทย์ร้อยละ 30.8 วิสัญญีแพทย์ ร้อยละ 26.1 ข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่จะมาจากโรงพยาบาล C ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงที่ให้บริการจริงมากที่สุด อยู่ที่ 1,060 เตียง หรือร้อยละ 21.7 รวมทั้งมีจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกมากที่สุดในกลุ่มที่ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.9 หรือกว่า 1.2 ล้านราย ในปีงบประมาณ 2560

ส่วนข้อมูลการปฏิบัติงานที่ได้จากกุมารแพทย์มี ร้อยละ 43.4 ศัลยแพทย์ร้อยละ 34.1 และอายุรแพทย์

ร้อยละ 23.0 เป็นข้อมูลที่ได้มาจากโรงพยาบาล F มากที่สุด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 700 เตียง (เตียงให้บริการจริง) มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกต่อปีคิดเป็น ร้อยละ 15.3 และ 15.0 จากกลุ่มที่ศึกษา

ข้อมูลการปฏิบัติงานของศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ มีร้อยละ 49.5 (ตารางที่ 2) เป็นข้อมูลส่วนใหญ่จากโรงพยาบาล D ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 608 เตียง มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9.5 และ 13.1 (ตารางที่ 1)

ในขณะที่ข้อมูลการปฏิบัติงานของสูติรีแพทย์ นั้น ข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด 2 อันดับแรกมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ 36 คน (ร้อยละ 29.8) และ 35 คน (ร้อยละ 28.9) (ตารางที่ 2) โดยเป็นข้อมูลจากโรงพยาบาล F และโรงพยาบาล C ตามลำดับ

2. แนวทางหรือรูปแบบการเก็บข้อมูลเวลาปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง

การเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเวลาการปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกและคลินิกต่างๆ (outpatient department: OPD)

ตารางที่ 1 ร้อยละและจำนวนเตียงจริง ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560					
	จำนวนเตียงจริง (เตียง)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยใน (ราย)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก (ราย)	ร้อยละ
A	555	11.3	46,521	15.4	611,172	11.5
B	278	5.7	15,085	5.0	323,828	6.1
C	1,060	21.7	44,472	14.7	1,214,936	22.9
D	608	12.4	28,793	9.5	694,873	13.1
E	710	14.5	55,270	18.3	544,557	10.3
F	700	14.3	46,100	15.3	795,555	15.0
G	659	13.5	46,626	15.5	778,861	14.7
H	320	6.6	18,713	6.3	347,471	6.4
รวม	4,890	100.0	301,580	100.0	5,311,253	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของแพทย์เฉพาะทาง จำแนกตามรายโรงพยาบาล

แพทย์เฉพาะทาง		โรงพยาบาล								รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	
โสต คอ นาสิกแพทย์	จำนวน (คน)	5	2	13	6	4	6	7	4	47
	ร้อยละ	10.6	4.3	27.7	12.8	8.5	12.8	14.9	8.4	100.0
กุมารแพทย์	จำนวน (คน)	11	4	0	12	9	46	20	4	106
	ร้อยละ	10.4	3.8	0.0	11.3	8.5	43.4	18.9	3.7	100.0
จักษุแพทย์	จำนวน (คน)	4	3	16	7	7	6	5	4	52
	ร้อยละ	7.7	5.8	30.8	13.5	13.5	11.5	9.6	7.6	100.0
วิสัญญีแพทย์	จำนวน (คน)	6	1	12	8	7	0	10	2	46
	ร้อยละ	13.0	2.2	26.1	17.4	15.2	0.0	21.7	4.4	100.0
ศัลยแพทย์	จำนวน (คน)	21	4	40	5	12	60	32	2	176
	ร้อยละ	11.9	2.3	22.7	2.8	6.8	34.1	18.2	1.2	100.0
ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	จำนวน (คน)	10	3	14	92	7	42	14	4	186
	ร้อยละ	5.4	1.6	7.5	49.5	3.8	22.6	7.5	2.1	100.0
สูตินรีแพทย์	จำนวน (คน)	9	4	35	12	11	36	9	5	121
	ร้อยละ	7.4	3.3	28.9	9.9	9.1	29.8	7.4	4.2	100.0
อายุรแพทย์	จำนวน (คน)	32	9	53	57	16	64	36	11	278
	ร้อยละ	11.5	3.2	19.1	20.5	5.8	23.0	12.9	4.0	100.0
รวม	จำนวน (คน)	98	30	183	199	73	260	133	36	1,012
	ร้อยละ	9.7	3.0	18.1	19.7	7.2	25.7	13.1	3.5	100.0

ห้องผ่าตัด (operating room: OR) ห้องคลอด (labor room: LR) ห้องไอซียู (intensive care unit: ICU) หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต (neonatal intensive care unit: NICU) งานวิสัญญี (การระงับความเจ็บปวด และการให้ยาชาเฉพาะที่ เป็นต้น) และงานการสอน เป็นต้น เป็นข้อมูลที่ได้จากตารางการปฏิบัติงานของแพทย์เป็นหลัก ทั้งนี้มีตัวอย่างการคำนวณเวลาการปฏิบัติงาน รายละเอียดดังตารางที่ 3 - 5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน (inpatient department: IPD) และงานบริหาร โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เป็นหลัก ข้อมูลที่ได้เมื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแล้วจึงนำมาใช้ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากตารางการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ

ส่วนที่ 1 การเก็บข้อมูลจากตารางการปฏิบัติงานของแพทย์

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลตารางการปฏิบัติงานของแพทย์แต่ละสถานพยาบาลนั้น พบว่า มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของแต่ละสถานพยาบาล โดยแนวทางในการเก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูลเวลาในการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางนั้น จำแนกได้ดังนี้

กรณีที่ 1 มีตารางการปฏิบัติงานชัดเจน การเก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลจากตารางการปฏิบัติงานต่อเดือน นับจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานแต่ละหน่วยที่ปฏิบัติงาน และบันทึกแยกเป็นรายบุคคล จำแนกตามกลุ่มงาน โดยนับชั่วโมงการปฏิบัติงานตามที่ระบุในตารางที่ 3

กรณีที่ 2 มีแพทย์ 1 ท่านเป็นหัวหน้างาน แพทย์



ตารางที่ 3 ตัวอย่างข้อมูลและการคำนวณชั่วโมงการปฏิบัติงานของแพทย์ กรณีที่มีตารางการปฏิบัติงานชัดเจน

วัน	กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)	กุมารเวชศาสตร์ (ประสาทวิทยา)	การนับเวลาชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อเดือน
จันทร์	นพ. 1	พญ. 5	ยกตัวอย่าง นพ. 1 ออกตรวจผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด) 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 4 ชั่วโมง
	พญ. 2	นพ. 6	
อังคาร	นพ. 3		เดือนละ 4 สัปดาห์ ดังนั้นเวลาการออกตรวจ OPD ของแพทย์ดังกล่าว คือ $3 \times 4 \times 4 = 48$ ชั่วโมงต่อเดือน
	นพ. 4		
พุธ	นพ. 1	พญ. 5	
	พญ. 2	นพ. 6	
พฤหัสบดี	นพ. 3		
	นพ. 4		
ศุกร์	นพ. 1	พญ. 5	
	พญ. 2	นพ. 6	

หมายเหตุ : การออกตรวจของแพทย์ประจำวัน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คลินิกปกติ เวลาทำการ บริการวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. ยกเว้น วันหยุดราชการ

ตารางที่ 4 ตัวอย่างข้อมูลและการคำนวณชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อเดือนของแพทย์ กรณีที่มีหัวหน้างาน

	เวรต่อวัน x วันต่อสัปดาห์	เวรต่อสัปดาห์	เวรของแพทย์ 3 ท่าน - เวรของแพทย์หัวหน้างาน
จำนวนชั่วโมงการ ปฏิบัติงานต่อสัปดาห์	$= 3 \times 5$	15	$= 15 - 1$
	เวรของแพทย์ 3 ท่าน ต่อสัปดาห์ (จำนวนเวร x จำนวนสัปดาห์ต่อเดือน x จำนวนชั่วโมงต่อเวร)	จำนวนชั่วโมงต่อเวร / (แพทย์ทั้งหมด - แพทย์ หัวหน้างาน)	ชั่วโมงต่อคนต่อเดือน
จำนวนชั่วโมง การปฏิบัติงานต่อเดือน	$= 14 \times 4 \times 7$	$= 392 / (6-1)$	$= 78.4$

ดังนั้น สามารถคำนวณชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อเดือน ได้ดังนี้

ตำแหน่ง	วิสัญญี แพทย์	OR (ชั่วโมง/สัปดาห์)	OPD (ชั่วโมง/สัปดาห์)	บริหาร (ชั่วโมง/สัปดาห์)	งานสอน (ชั่วโมง/สัปดาห์)	จำนวนชั่วโมง การปฏิบัติงานต่อเดือน
หัวหน้างาน	A	$8 \times 4 \times 1 = 32$	$3 \times 4 = 12$	$15 \times 4 = 60$	-	104
	B	78.4	12	-	4.5	94.9
	C	78.4	12	-	4.5	94.9
	D	78.4	12	-	4.5	94.9
	E	78.4	12	-	4.5	94.9
	F	78.4	12	-	4.5	94.9

ตารางที่ 5 ตัวอย่างข้อมูลและการคำนวณชั่วโมงการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง กรณีที่มีการแบ่งสายการปฏิบัติงาน

สาย	สาย A สีเหลือง	สาย B สีชมพู	สาย C สีน้ำตาล
แพทย์	นพ. ก นพ. ข นพ. ค นพ. ง พญ. จ	นพ. ฉ นพ. ช นพ. ซ พญ. ฌ พญ. ญ นพ. ฎ	นพ. ศ พญ. ษ พญ. ส นพ. ห
จันทร์	OPD ตรวจนรีเวช (5 ห้องตรวจ)	ห้องคลอด ทำหมัน (2 ห้อง)	ตรวจครรภ์ (5 ห้องตรวจ)
อังคาร	ชุดมดลูก (2 ห้อง)	OPD ตรวจนรีเวช (5 ห้องตรวจ)	ห้องคลอด ทำหมัน (2 ห้อง)
พุธ	ผ่าตัด (3 ห้อง)	ชุดมดลูก (2 ห้อง)	OPD ตรวจนรีเวช (5 ห้องตรวจ)
พฤหัสบดี	ตรวจครรภ์ (5 ห้องตรวจ)	ผ่าตัด (3 ห้อง)	ชุดมดลูก (2 ห้อง)
ศุกร์	ห้องคลอด ทำหมัน (2 ห้อง)	ตรวจครรภ์ (5 ห้องตรวจ)	ผ่าตัด (3 ห้อง)

ดังนั้น สามารถคำนวณชั่วโมงการปฏิบัติงานของแพทย์รายบุคคลได้ดังนี้

	สาย A สีเหลือง (5 คน)	สาย B สีชมพู (6 คน)	สาย C สีน้ำตาล (4 คน)
	= (จำนวนห้องตรวจ x ชั่วโมง x สัปดาห์) / จำนวนแพทย์ในสาย		
OPD ตรวจนรีเวช (5 ห้องตรวจ)	= (5 x 3 x 4) / 5 = 12.0	= (5 x 3 x 4) / 6 = 10.0	= (5 x 3 x 4) / 4 = 15.0
ชุดมดลูก (2 ห้อง)	= (2 x 3 x 4) / 5 = 4.8	= (2 x 3 x 4) / 6 = 4.0	= (2 x 3 x 4) / 4 = 6.0
ผ่าตัด (3 ห้อง)	= (3 x 3 x 4) / 5 = 7.2	= (3 x 3 x 4) / 6 = 6.0	= (3 x 3 x 4) / 4 = 9.0
ตรวจครรภ์ (5 ห้องตรวจ)	= (5 x 3 x 4) / 5 = 12.0	= (5 x 3 x 4) / 6 = 10.0	= (5 x 3 x 4) / 4 = 15.0
ห้องคลอด ทำหมัน (2 ห้อง)	= (2 x 3 x 4) / 5 = 4.8	= (2 x 3 x 4) / 6 = 4.0	= (2 x 3 x 4) / 4 = 6.0
ดังนั้น เวลาการออกตรวจของแพทย์ 1 คน ต่อเดือน เท่ากับ (หน่วย: ชั่วโมงต่อเดือน)	40.8	34.0	51.0

หมายเหตุ : 1. ตารางการออกตรวจแพทย์ประจำวัน ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์ คลินิกปกติ เวลาทำการ บริการวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. ยกเว้น วันหยุดราชการ

2. หมายความว่า แพทย์แต่ละคนในสาย A จะมีชั่วโมงการปฏิบัติงาน OPD ตรวจนรีเวช ประมาณคนละ 12 ชั่วโมงต่อเดือน สาย B 10 ชั่วโมงต่อเดือน และสาย C 15 ชั่วโมงต่อเดือน เป็นต้น หรือจำนวนชั่วโมงการออกตรวจของแพทย์ 1 คนต่อเดือน ของสาย C, A และ B เท่ากับประมาณ 51.0, 40.8 และ 34.0 ตามลำดับ

ทุกคนเวียนกันตรวจ ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีวิสัญญีแพทย์จำนวน 6 คน มี 1 คน เป็นหัวหน้างาน (ทำงานบริหารด้วย) และแพทย์ทุกท่านมีเวรที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัด 3 เวรต่อสัปดาห์ OPD เท่ากันทุกคน งานสอนเท่ากัน (เว้นหัวหน้างาน) แนวทางการคำนวณเวลาการปฏิบัติงาน (ตารางที่ 4)

กรณีที่ 3 การแบ่งสายการปฏิบัติงาน โดยแพทย์แต่ละคนจะได้รับการจัดสรรเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละสายเท่าๆ กัน (ตารางที่ 5)

ส่วนที่ 2 การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ในส่วนของการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ รวมทั้งผู้ดูแลตารางการปฏิบัติงาน



ของแพทย์จากสำนักงานองค์กรแพทย์ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเพื่อสอบถามรายละเอียดเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ โดยข้อมูลที่ได้เก็บจากการสัมภาษณ์เป็นหลักคือ ข้อมูลการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และงานบริหาร โดยผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว ดังนี้

การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน

มีลักษณะที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการบริหารของแต่ละสถานพยาบาล การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหรือ round ward เพื่อตรวจและสอบถามติดตามอาการของผู้ป่วย และให้แนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน นอกจาก round ward เพื่อสั่งการรักษาแล้ว ยังมีรอบพิเศษโดยพนักศึกษาศาสตร์หรือแพทย์ที่ฝึกหัดงานมาเยี่ยมตามเตียงผู้ป่วยเพื่อการสอนอีกด้วย (teaching on a ward round)

แบบที่ 1 แพทย์แต่ละคนจะทำเป็นประจำทุกวัน โดย round ward ของแพทย์แบบทั้งหมดใน ward หรือ เฉพาะแพทย์เจ้าของไข้ มี 2 รูปแบบ ดังนี้ รูปแบบที่ 1 round ward 1 ครั้ง หรือ 2 ครั้งต่อวัน มัก round ward ในตอนเช้า ครั้งเดียวประมาณ 3 ชั่วโมง หรือช่วงบ่าย (หลังจากการออกตรวจผู้ป่วยนอกเรียบร้อยแล้ว) 3 ชั่วโมง รูปแบบที่ 2 ใช้เวลา round ward ประมาณ 2 ชั่วโมง ในช่วงเช้า และอาจจะมี round ward อีก 1 ครั้ง ในช่วงบ่าย ประมาณ 1 ชั่วโมง โดยรวมแล้วใช้เวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ประมาณ 3 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ดังนั้น การคำนวณเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จะเท่ากับ $3 \times 5 \times 4 = 60$ ชั่วโมงต่อเดือน

แบบที่ 2 service ward round แบ่งการปฏิบัติงานเป็นสายดูแลผู้ป่วยในสายของตน โดยเริ่มต้นเวลาประมาณ 6.00 น. และต้องดูแลผู้ป่วยให้เสร็จสิ้นประมาณ 9.00 น. ดังนั้น โดยรวมแล้วใช้เวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ประมาณ 3 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ การคำนวณเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จะเท่ากับ $3 \times 5 \times 4 = 60$ ชั่วโมงต่อเดือน

การทำงานบริหาร

แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1. งานบริหารของภาควิชา แผนก หรือกลุ่มงาน เช่น หัวหน้าภาควิชา กุมารเวชศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา เป็นต้น 2. งานบริหารที่เป็นส่วนของโรงพยาบาล เช่น ผู้อำนวยการด้านนโยบายและแผนและพัสดุ หัวหน้าฝ่ายแผนงาน และประเมินผล หรือผู้อำนวยการด้านแพทยศาสตร์ศึกษา

ข้อมูลเวลาการปฏิบัติงานบริหารจะขึ้นอยู่กับลักษณะงานบริหาร แพทย์บางคนจะใช้เวลาทำงานบริหาร เช่น หลังจากรับแจ้งสิ้นภารกิจจากงานบริการ (ตรวจผู้ป่วยนอก การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยใน การผ่าตัด เป็นต้น) โดยจะใช้เวลาแตกต่างกันออกไป ตัวอย่างเช่น ประมาณ 1 ชั่วโมง ต่อวัน ทุกสัปดาห์ ดังนั้น เวลาการทำงานบริหารจะเท่ากับ $1 \times 5 \times 4 = 20$ ชั่วโมงต่อเดือน หรือบางท่าน จะใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ในช่วงครึ่งเช้าหรือครึ่งบ่าย 1 วันต่อสัปดาห์ ดังนั้นเวลาการทำงานบริหารจะเท่ากับ $3 \times 1 \times 4 = 12$ ชั่วโมงต่อเดือน เป็นต้น

3. ข้อมูลร้อยละเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์จำแนกตามสาขา

ในการศึกษานี้สามารถจำแนกหน่วยปฏิบัติงานหลักๆ ของแพทย์สาขาต่างๆ ออกเป็นประมาณ 5 - 6 หน่วย โดยแพทย์ที่ปฏิบัติงาน 5 หน่วย ได้แก่ โสต ศอ นาสิกแพทย์และจักษุแพทย์ (OPD, OR, IPD, งานสอน และงานบริหาร) และอายุรแพทย์ (OPD, IPD, ICU, งานสอน และงานบริหาร) แพทย์ที่ปฏิบัติงาน 6 หน่วย ได้แก่ กุมารแพทย์ (OPD, IPD, ICU, NICU, งานสอน และงานบริหาร) สูติรีแพทย์ (OPD, OR, LR, IPD งานสอน และงานบริหาร) ศัลยแพทย์และศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ (OPD, OR, IPD, ICU, งานสอน และงานบริหาร) วิสัญญีแพทย์ (OPD, OR, ICU, งานวิสัญญีงานสอน และงานบริหาร)

โดยส่วนใหญ่แพทย์แต่ละสาขาจะมีสัดส่วนการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน (IPD) มากเป็นอันดับหนึ่ง จะอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 33 - 36 รองลงมาคือห้องตรวจผู้ป่วย

นอกและคลินิกต่างๆ อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 27 - 32 ยกเว้นศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์และวิสัญญีแพทย์ ส่วนงานสอน แพทย์แต่ละสาขามีสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานไม่เกินร้อยละ 4.7 ยกเว้นกุมารแพทย์ (ร้อยละ 7.0) และร้อยละของงานสอนที่น้อยที่สุด คือประมาณร้อยละ 1.5 ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ และสำหรับงานบริหารนั้น ส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนการปฏิบัติงานประมาณไม่เกินร้อยละ 4.0 (ตารางที่ 6)

4. การนำผลการศึกษาไปใช้

4.1 สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ เพื่อการวิเคราะห์ต้นทุน

ตัวอย่างการคำนวณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีสูตินรีแพทย์ จำนวน 3 คน มีค่าแรงรวมต่อเดือน คนละ 150,000 บาท จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก แผนกสูติ-

นรีเวชศาสตร์ ต่อเดือน จำนวน 10,000 คน และผลจากการศึกษาสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของสูตินรีแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอก เท่ากับ 30.4 ดังนั้น หากต้องการหาค่าแรงสูตินรีแพทย์สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกแผนกงานสูติ-นรีเวชศาสตร์ ของผู้ป่วย 1 คนต่อเดือน คำนวณได้ดังตารางที่ 7

ดังนั้น โรงพยาบาลนี้มีต้นทุนค่าแรงสูตินรีแพทย์ สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก 10,000 คน แผนกงานสูติ-นรีเวชศาสตร์ 1 คนต่อเดือน ประมาณ 13.70 บาท

4.2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

กำลังคนด้านสุขภาพ (human resources for health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยผลการศึกษาช่วยให้สถานพยาบาลทราบถึงภาระงานที่แท้จริงของบุคลากรและ

ตารางที่ 6 ร้อยละเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติงานตามหน่วยต่างๆ จำแนกตามสาขา

แพทย์เฉพาะทาง	OPD	OR	LR	IPD	ICU	NICU	งานวิสัญญี	งานสอน	งานบริหาร	รวม
โสต ศอ นาสิกแพทย์	27.6	24.8	-	41.7	-	-	-	2.6	3.3	100.0
จักษุแพทย์	30.8	19.2	-	42.0	-	-	-	4.6	3.4	100.0
อายุรแพทย์	28.3	-	-	55.8	11.0	-	-	3.2	1.7	100.0
กุมารแพทย์	32.6	-	-	33.8	10.4	14.3	-	7.0	1.9	100.0
สูตินรีแพทย์	30.4	15.3	17.4	33.1	-	-	-	2.7	1.1	100.0
ศัลยแพทย์	29.1	16.6	-	42.1	7.3	-	-	3.7	1.2	100.0
ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	17.6	19.2	-	52.9	6.9	-	-	2.4	1.0	100.0
วิสัญญีแพทย์	2.2	45.2	-	-	13.5	-	34.7	1.5	2.9	100.0

ตารางที่ 7 ตัวอย่างการคำนวณค่าแรงสูตินรีแพทย์สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกแผนกงาน-สูติ-นรีเวชศาสตร์ ของผู้ป่วย 1 คนต่อเดือน

- สัดส่วนการปฏิบัติงานของสูตินรีแพทย์	30.4	30.4	ร้อยละ
- ค่าแรงสูตินรีแพทย์ 1 เดือน 3 คน x 150,000 บาท	1 x 3 x 150,000	450,000	บาท
- ต้นทุนค่าแรงสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด	[450,000 x 30.4] / 100	136,800	บาท
- จำนวนผู้รับบริการนอกแผนกสูติ-นรีเวชศาสตร์ต่อเดือน	10,000	10,000	คน
- ต้นทุนค่าแรงสูตินรีแพทย์ การให้บริการผู้ป่วยนอก 1 คน ต่อเดือน	[136,800/10,000]	13.70	บาท

ตารางที่ 8 ตัวอย่างการคำนวณภาระงานที่แท้จริงของบุคลากรจากสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของกุมารแพทย์

	OPD	IPD	ICU	NICU	งานสอน	งานบริหาร	รวม
สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ (ร้อยละ)	32.6	33.8	10.4	14.3	7.0	1.9	100.0
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ (ชั่วโมง)	13.0	13.5	4.2	5.7	2.8	0.8	40.0

สามารถนำไปใช้ในการบริหาร/จัดสรรกรอบกำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงานทั้งในกรณีที่ภาระงานล้นเกินกำลังคนที่มี หรือ อัตรากำลังคนมากกว่าเนื้องานที่มี

ตัวอย่างการคำนวณภาระงานที่แท้จริงของบุคลากรจากสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ หากชั่วโมงการทำงานของแพทย์ภาครัฐในเวลาราชการไม่ควรเกิน 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบงานบริการสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตแพทย์ เรื่อง แนวทางการกำหนดภาระงานของแพทย์ หรือ มาตรฐานภาระงานของแพทย์) ในกรณีนี้ ยกตัวอย่างกุมารแพทย์ (ตารางที่ 8)

จากข้อมูลนี้สามารถคำนวณชั่วโมงการทำงานของกุมารแพทย์ต่อสัปดาห์ ตามหน่วยปฏิบัติงานหลักๆ ของกุมารแพทย์ คือ การให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ประมาณ 13 ชั่วโมง การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน (IPD) ประมาณ 13.5 ชั่วโมง ห้องไอซียู (intensive care unit: ICU) ประมาณ 4.2 ชั่วโมง และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต (neonatal intensive care unit: NICU) ประมาณ 5.7 ชั่วโมง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม กรอบเวลาการทำงานตามแนวทางการกำหนดภาระงานของแพทย์ (แพทย์ภาครัฐในเวลาราชการไม่ควรเกิน 40 ชั่วโมง/สัปดาห์) อาจจะไม่สอดคล้องกับสถานะการปฏิบัติงานจริง แตกต่างกันไปตามแต่ละสถานพยาบาลซึ่งขึ้นอยู่กับภารกิจและจำนวนของบุคลากรของแต่ละสถานพยาบาลนั้นๆ

วิจารณ์และข้อยุติ

แนวทางหรือรูปแบบการเก็บข้อมูลเวลาปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางในครั้งนี้ใช้การเก็บข้อมูลจาก 2

แหล่ง คือจากตารางการปฏิบัติงานของแพทย์ และจากการสัมภาษณ์แพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ รวมทั้งผู้ดูแลตารางการปฏิบัติงานของแพทย์จากสำนักงานองค์กรแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการศึกษา activity timing ซึ่งพบในการศึกษาหลายชิ้น เช่น การศึกษาเวลาการทำงานของ junior doctor⁽⁴⁾ การศึกษาเวลาการปฏิบัติงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน⁽⁵⁾ การศึกษาเวลาในกิจกรรมบริการของทีมดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน⁽⁶⁾ หรือเวลาการทำงานในห้องดูแลผู้ป่วยหนัก (ICU workflow)⁽⁷⁾ รูปแบบดังกล่าวจะช่วยให้มีข้อมูลภาระงานรายบุคคลงานวิจัยชิ้นหนึ่งที่น่าสนใจ คือ การศึกษาสัดส่วนการทำงานของแพทย์ประจำบ้านซึ่งเก็บข้อมูลด้วย electronic health records⁽¹⁰⁾ ช่วยให้ทราบว่าแพทย์ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นสัดส่วนอย่างไร โดยงานวิจัยชิ้นนั้นเปิดเผยว่า แพทย์ประจำบ้านใช้เวลากับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงร้อยละ 41.1 การดูแลผู้ป่วยทางอ้อมร้อยละ 35.3 การเรียนการสอนร้อยละ 14.0 กิจกรรมส่วนตัวร้อยละ 6.9 และเวลาในการเดินทางร้อยละ 3.1 และสำหรับกิจกรรมหลักในระหว่างวันที่ทำการผ่าตัด คือ การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct patient care) และในช่วงวันที่ปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษต่างๆ คือ การดูแลผู้ป่วยทางอ้อม (indirect patient care) หากในประเทศไทยมีการจัดเก็บข้อมูลสัดส่วนการทำงานของแพทย์เฉพาะทางในรูปแบบ electronic health records ก็น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่ดี ที่จะมีข้อมูลสำหรับการนำไปใช้วิเคราะห์งานด้านนี้ได้

โดยส่วนใหญ่ แพทย์แต่ละสาขาจะมีสัดส่วนการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน (IPD) มากเป็นอันดับหนึ่ง จะอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 33 - 36 นอกเหนือจากการให้

บริการดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้ว พบว่าเวลาส่วนหนึ่งถูกใช้ไปกับการอ่านแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย (patient charts) และการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย⁽¹¹⁾ โดยในการ rounds แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 90 นาที⁽¹²⁾

สำหรับชั่วโมงการปฏิบัติงานของแพทย์ต่อสัปดาห์นั้น หากมีการศึกษาลึกลงไป โดยเฉพาะแพทย์จบใหม่จะพบว่าต้องแบกรับภาระงานหนัก มีรายงานว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะส่วนใหญ่ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80 - 90) ทำงานมากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (การทำงานในเวลาราชการ 40 ชั่วโมง และนอกเวลาราชการ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ไม่นับวันเสาร์ อาทิตย์)⁽¹³⁾ ดังนั้น จึงควรศึกษาว่าจะวางแผนการกระจายกำลังคนอย่างไรให้เหมาะสม การผลิตกำลังคนจะอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีตัวอย่างบางพื้นที่ แม้กำลังคนเพียงพอ แต่เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์กลับไม่พร้อม หรือบางแห่งมีแพทย์ผ่าตัดแต่ไม่มีเตียงผ่าตัด ในต่างประเทศมีมาตรฐานเวลาที่แพทย์จะต้องทำงานไม่เกิน 8 - 12 ชั่วโมง แต่ประเทศไทยยังไม่มีมาตรฐานในการดูแลบุคลากรทางการแพทย์ที่ชัดเจน มีเพียงแนวทางการกำหนดภาระงานของแพทย์ สำหรับใช้เป็นแนวทางให้ผู้บริหารสถานพยาบาลจัดการอัตรากำลังและระบบการทำงานของแพทย์ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการให้สอดคล้องเหมาะสม แต่ไม่ใช่เป็นกฎระเบียบหรือข้อบังคับเนื่องจากยังมีความแตกต่างของโรงพยาบาล ทั้งขนาดของโรงพยาบาล พื้นที่ และบุคลากร รวมทั้งการบริหารที่แตกต่างกันมาก

สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ ทำให้ทราบถึงภาระงานที่แพทย์ต้องรับผิดชอบดูแลในแต่ละกิจกรรมสามารถใช้ในการบริหารจัดการกำลังคนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ในการคำนวณต้นทุนค่าแรงของแพทย์แต่ละสาขา หากสถานพยาบาลแต่ละแห่งมีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคล ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวนี้สามารถปรับใช้ได้กับบุคลากรอื่นๆ (นอกเหนือจากวิชาชีพแพทย์) ที่ทำงานหลายหน่วยงาน รวมทั้ง

สามารถใช้เป็นข้อมูลคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยใช้ service utilization ตาม health demand ต่อไปได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ในการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์จำแนกออกเป็นหมวดใหญ่ๆ เช่น การปฏิบัติงานในห้องตรวจผู้ป่วยนอกและในคลินิกต่างๆ จะนับเวลาการทำงานรวมกัน โดยไม่ได้แยกวิเคราะห์ตามประเภทของคลินิกให้ละเอียดลงไป เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหน่วยการปฏิบัติงานอย่างละเอียด รวมทั้งแต่ละสถานพยาบาลก็จะมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเท่านั้น จึงไม่มีผลการวิเคราะห์ในระดับที่ใช้สำหรับการคำนวณต้นทุนที่ลงรายละเอียดไปถึงคลินิกต่างๆ หรือแยกหน่วยต้นทุนระหว่าง OPD งานผู้ป่วยนอก และหน่วยต้นทุน OPD คลินิกพิเศษ

2. ข้อมูลที่ได้จากสถานพยาบาลภาครัฐ จำนวน 8 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และเป็นข้อมูลเวลาการปฏิบัติงาน เฉพาะในเวลาราชการ ไม่นับเวลาการอยู่เวรนอกเวลาราชการ จึงอาจจะยังไม่มากพอที่จะใช้เป็นตัวแทนในระดับประเทศได้ รวมทั้งเป็นการเสนอข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์ในหน่วยปฏิบัติหลักๆ โดยยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำเสนอในรายละเอียดแต่ละหน่วยย่อยได้ ซึ่งเป็นที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาเพิ่มเติมในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ยังพบว่ามีน้อยสำหรับประเทศไทย สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานหลายหน่วยงานในสถานพยาบาลเป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถใช้เป็นเกณฑ์การกระจายต้นทุนค่าแรงของสถานพยาบาล ดังนั้น การศึกษาสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานรายบุคคลอย่างละเอียดจะช่วยให้สามารถ



กระจายต้นทุนได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น โดยอาจใช้งานวิจัยนี้เป็นแนวทางในการศึกษาสำหรับสถานพยาบาลหรือผู้ที่สนใจได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังจำกัดอยู่เพียงแพทย์เฉพาะทาง 8 สาขา ข้อมูลอาจจะไม่ละเอียดมากพอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้น ที่เริ่มในแพทย์เฉพาะทางเพียง 8 สาขา ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาในสาขาอื่นๆ เพิ่มขึ้นอีกในครั้งต่อไป ทั้งนี้อาจจะศึกษาในแต่ละสาขาในสถานพยาบาลในระดับเดียวกัน เพื่อให้เห็นภาพของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ

2. ควรศึกษาสัดส่วนเวลาการปฏิบัติในแพทย์เฉพาะทางที่มีสาขาต่อยอด เนื่องจากหน่วยปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางจะมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับแต่ละสาขา การศึกษาในแต่ละสาขาเฉพาะทางนั้นๆ อาจจะช่วยให้เห็นภาพของแต่ละสาขา และเป็นข้อมูลสำคัญในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3. ควรศึกษาสัดส่วนจำนวนแพทย์ต่อห้องผ่าตัด เพื่อศึกษาภาระงานและอัตรากำลังของแพทย์ต่อความต้องการใช้ห้องผ่าตัดกับทรัพยากรที่มี ซึ่งบางแห่งมีแพทย์แต่ห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ หรือในทางกลับกันมีห้องผ่าตัดเกินกว่าจำนวนของแพทย์ที่มี เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย นักวิจัยประจำสำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ ผู้ให้ความรู้ คำแนะนำต่างๆ รวมถึงแนวทางในการเก็บข้อมูลและแนวทางในการคำนวณสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ รวมทั้งมอบโอกาสให้ผู้วิจัยได้พัฒนาตัวเองในการวิจัยอยู่เสมอ ขอขอบคุณคุณพัชนี ธรรมวันนา ที่ให้ความรู้และประสบการณ์ที่ดีต่างๆ เกี่ยวกับงานวิจัยอย่างมาก รวมทั้งคอยแนะนำและสนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา

ขอขอบคุณแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ที่สละเวลา และยินดีให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้อย่างครอบคลุม รวมทั้งขอขอบคุณผู้ดูแลตารางการปฏิบัติงานของแพทย์จากสำนักงานองค์กรแพทย์ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะด้านข้อมูล จนกระทั่งส่งผลให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Pongpatrachai D, Sakulpanich T, Thumvanna P, Wongsin U. A study to compare the cost of medical treatment according to the diagnosis-related group (DRG) of hospital with medical teaching and hospitals without medical teaching. Nonthaburi: Health Insurance System Research Office; 2012. (in Thai)
2. Chiangchaisakulthai K, Prakongsai P. Individual patient-level costing study: micro-costing method with cost matrix in Thailand. *Journal of Health Science* 2015;24(5):1001-10. (in Thai)
3. Leafloor CW, Liu EY, Code CC, Lochnan HA, Keely E, Rothwell DM, et al. Time is of the essence: an observational time-motion study of internal medicine residents while they are on duty. *Can Med Educ J* 2017 Jun;8(3):e49-e70.
4. Richardson LC, Lehnbohm EC, Baysari MT, Walter SR, Day RO, Westbrook JI. A time and motion study of junior doctor work patterns on the weekend: a potential contributor to the weekend effect? *Intern Med J* 2016 Jul;46(7):819-25.
5. Cone DC, Davidson SJ, Nguyen Q. A time-motion study of the emergency medical services turnaround interval. *Ann Emerg Med* 1998 Feb;31(2):241-6.
6. Zimmer JG, Groth-Juncker A. A time-motion study of patient care activities of a geriatric home care team. *Home Health Care Serv Q* 1983;4(1):67-78.
7. Hefter Y, Madahar P, Eisen LA, Gong MN. A time-motion study of ICU workflow and the impact of strain. *Crit Care Med* 2016 Aug;44(8):1482-9.
8. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med* 2016 Dec;165(11):753-60. doi: 10.7326/M16-0961.
9. Chiangchaisakulthai K, Wongsin U, Tisayathikom K, Suppradist W, Samiphuk N. Unit cost of services in primary care cluster. *Journal of Health Systems Research* 2019;13(2):175-87. (in Thai)

10. Victores AJ, Coggins K, Takashima M. Electronic health records and resident workflow: a time-motion study of otolaryngology residents. *The Laryngoscope* 2015 Mar;125(3):594–8. doi: 10.1002/lary.24848.
11. Tsai C-Y, Pancoast P, Duguid M, Tsai C. Hospital rounding--EHR's impact. *Int J Health Care Qual Assur* 2014;27(7):605–15.
12. Elliot DL, Hickam DH. Attending rounds on in-patient units: differences between medical and non-medical services. *Med Educ* 1993 Nov;27(6):503–8.
13. Buppasiri P, Kuhirunyaratn P, Kaewpila P, Veteewutachan N, Sattayasai J. Duty hour of interns in university hospital and hospital in Ministry of Public Health. *Srinagarind Medical Journal* 2012;21(1):8-13. (in Thai).

บทเรียนจากการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573

ฐิติกร โตโพธิ์ไทย*[‡]

ธีรพงษ์ คำพุด*[§]

จิราภรณ์ กมลรังสรรค์[†]

ปรารถนา พรหมสาขา ณ สกลนคร[†]

อุดม อัสวตมางกุล*

ผู้รับผิดชอบบทความ: ฐิติกร โตโพธิ์ไทย

บทคัดย่อ

แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573 เป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกที่ทำให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนไทย แผนนี้ได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในปี พ.ศ. 2558 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลัก กระบวนการพัฒนาแผนใช้ระยะเวลา 3 ปี ก่อนได้รับการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 บทความนี้ได้ศึกษากระบวนการพัฒนานโยบาย ตั้งแต่การกำหนดเป็นวาระนโยบายและการกำหนดนโยบาย จนถึงการรับรองนโยบาย รวมทั้งเนื้อหาสาระด้านวิชาการของแผนและบริบทต่างๆ

บทเรียนเชิงนโยบายที่สำคัญจากการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ได้แก่ หนึ่ง การเรียนรู้หลักการเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และกลไกการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติของนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับนานาชาติ เพื่อนำไปสู่กรอบนโยบายระดับประเทศที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ สอง การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในกระบวนการพัฒนานโยบาย เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและการยอมรับนโยบาย แม้จะใช้ระยะเวลานานขึ้น และสุดท้าย คือ การเห็นความสำคัญของศักยภาพของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง รวมถึงทักษะการทำงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับบุคลากรในการพัฒนานโยบาย ที่ควรต้องมีการลงทุนในการวางแผนและพัฒนาบุคลากรอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, แผน, แผนยุทธศาสตร์, บทเรียน

Lessons Learnt from Developing the 2018 - 2030 National Physical Activity Plan in Thailand

Thitikorn Topothai*[‡], Theerapong Khamput*[§], Jiraporn Kamonrungsan[†],
Prattana Promsaka Na Sakolnakorn[†], Udom Asawutmangkul*

* Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health,

[‡] International Health Policy Program, Ministry of Public Health,

[§] Division of Planning and Strategy, Department of Health, Ministry of Public Health, [†] Thai Health Promotion Foundation

Corresponding author: Thitikorn Topothai, champthitikorn@gmail.com

* กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

[‡] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

[§] กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

[†] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

Thailand National Physical Activity Plan 2018 - 2030, the first national strategy addressing insufficient physical activity of Thai people, was developed through a cross-sectoral cooperation processes in 2015, led by the Department of Health, Ministry of Public Health. The development process took three years before being approved by the Cabinet in August 2018. This article reviewed policy process since agenda setting and policy formulation to policy adoption as well as policy content and context.

Key policy lessons were drawn from the development of the national plan. First was the identification of principles, strategic objectives and implementing mechanisms of existing international policies ensuring a comprehensive and effective national policy framework. Secondly, the engagement of all relevant stakeholders in the policy process increased the ownership and the feasibility of policy adoption despite a longer process. Lastly, capacity of central government agency and policy and strategic skills of staffs were crucial throughout all policy processes. There should be more investment in human resource management and development.

Keywords: physical activity, plan, strategy, lesson learnt

บทนำ

ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายตลอดทั้งวัน ทั้งการทำงาน การเดินทาง และนันทนาการ อันรวมถึงการออกกำลังกายและการเล่นกีฬา⁽¹⁾ โดยข้อแนะนำในการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ คือ ผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ควร มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที หรือควรมีกิจกรรมทางกายระดับหนัก เช่น การวิ่ง การชกต่อย การยกของหนัก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที เด็ก อายุ 6 - 17 ปี ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางและหนัก เช่น การวิ่งเล่น อย่างน้อยวันละ 60 นาที⁽¹⁾

กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (insufficient physical activity) เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่สี่ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) อันได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้^(2,3) จากรายงานสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในระดับโลก พบว่า การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตปีละ 3.2 ล้านคนทั่วโลก⁽³⁾

ร้อยละ 27 ของผู้ใหญ่ และร้อยละ 81 ของวัยรุ่น (อายุ 11 - 17 ปี) มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ⁽⁴⁾ ส่วนการสำรวจในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 29 ของผู้ใหญ่ และร้อยละ 73 ของเด็กและวัยรุ่น (อายุ 6 - 17 ปี) มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ⁽⁵⁾

ในระดับโลก ได้มีความพยายามในการลดปัญหาการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ผ่านการพัฒนาและรับรองแผนยุทธศาสตร์โลกด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 57 ปี พ.ศ. 2547 โดยที่ประชุมมีมติให้ประเทศสมาชิกพัฒนาแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายในประเทศตน และการพัฒนาและรับรองแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561 - 2573⁽⁶⁾ ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 71 ปี พ.ศ. 2561 โดยที่ประชุมมีมติให้ประเทศสมาชิกขับเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศตนอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม โดยตั้งเป้าหมายในการลดจำนวนผู้ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอลงร้อยละ 15 ภายในปี พ.ศ. 2573⁽⁷⁾

ประเทศไทยมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับโลกในฐานะประเทศสมาชิกโดยรับรองแผนยุทธศาสตร์โลกด้านการส่งเสริมกิจกรรมทาง

กายในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 57 ปี พ.ศ. 2547 และมีส่วนสำคัญในการผลักดันการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวทีโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยเริ่มจากการเป็นเจ้าภาพในการประชุมคู่ขนานเรื่องการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 69 ปี พ.ศ. 2559 (ภาพที่ 1) การผลักดันมติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ครั้งที่ 69 ปี พ.ศ. 2559 การเสนอวาระการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 140 ปี พ.ศ. 2560 และการเสนอร่างมติรับรองแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 71 ปี พ.ศ. 2561⁽⁷⁾

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ควรจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ทั้งการทำงาน การเดินทาง นันทนาการ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งวัฒนธรรม ประเพณี สภาพร่างกายของประชาชน ดังนั้น การส่งเสริมกิจกรรมทางกายจึงต้องเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ทั้งโครงสร้าง

กายภาพในสถานที่ต่างๆ และกิจกรรมที่มีความหลากหลาย และเหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนแต่ละกลุ่ม ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคสุขภาพ แรงงาน ศึกษาธิการ คมนาคม ชุมชน การออกแบบผังเมือง และ กีฬาและนันทนาการ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามาประเทศไทย ยังเน้นการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเป็นหลัก ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ หรือแผน นันทนาการแห่งชาติ ทั้งที่เป็นเพียงมติเดียวของกิจกรรมทางกาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในปี พ.ศ. 2558 โดยผ่านกระบวนการทบทวน เอกสารวิชาการและการสร้างการมีส่วนร่วม จนได้เป็นแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573 และได้รับการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นกรอบในการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561⁽⁸⁾ บทความนี้ทำการศึกษารายละเอียดเนื้อหาสาระด้านวิชาการของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ เพื่อทำความเข้าใจกรอบยุทธศาสตร์ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศ ว่ามีเนื้อหาสาระ

save the date!

Towards Achieving the Physical Activity Target 2025 (10x25): Are We Walking the Talk?

10x25

Technical Side Event at WHA69
Wednesday 25 May 2016,
12.30-14.00 hrs
Room 7, Building A

For more information, please contact:
Ministry of Public Health of Thailand
orana@ihpp.thaigov.net
thitikorn.t@anama1.mail.go.th

Towards Achieving the Physical Activity Target 2025 (10x25): Are We Walking the Talk?

Technical Side Event at WHA69
Wednesday 25 May 2016,
12.30-14.00 hrs
Room 7, Building A

Speakers countries/organization:
Canada, Finland, Iran, South Africa, Thailand, USA, ISPAH, WHO

World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
Global Physical Activity Observatory. "Fact number 5 on continuous surveillance studies". Accessed on 16 May 2016. <http://www.globalphysicalactivityobservatory.com/facts/>

ภาพที่ 1 การประชุมคู่ขนานเรื่องการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 69 ปี พ.ศ. 2559 โดยกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย เป็นเจ้าภาพหลัก

ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นใดบ้าง มีกระบวนการในการพัฒนา
แผนฯ อย่างไร และได้รับบทเรียนอะไรบ้าง

เนื้อหา

สาระวิชาการของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573⁽⁸⁾

วิสัยทัศน์ของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ คือ
“ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงด้วยกิจกรรมทางกาย
ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม” มีการกำหนด 13 ตัวชี้
วัด ภายใต้ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมทาง

กายในประชาชนทุกกลุ่มวัย การส่งเสริมสภาพแวดล้อม
ให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และการพัฒนาระบบ
สนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (ภาพที่ 2) ทั้งนี้
เนื้อหาของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ มีทั้งหมด
5 บท ดังนี้

บทที่ 1 บทนำ ให้ความหมายของกิจกรรมทางกาย
ที่กว้างขวางกว่าการออกกำลังกายที่คนไทยคุ้นเคย ซึ่ง
ประโยชน์ของกิจกรรมทางกายว่าเป็นการลงทุนอันทรงพลัง
ในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสังคม รวมทั้งชี้
ให้เห็นถึงความจำเป็นในการมีแผนการส่งเสริมกิจกรรมทาง
กายของประเทศไทย

Vision

To promote Thai people to have active lifestyles by physical activity with conducive environments and supporting systems

Strategic objectives

1. Thai people have sufficient physical activity (Active People)
2. The environments are conducive for active lifestyles (Active Places)
3. Physical activity supporting systems are developed (Active Supporting Systems)

Goals to be achieved by 2030

1. Thai people have sufficient physical activity
 - 1.1 95% of young children (aged 0–5 years) have normal gross motor development
 - 1.2 40% of children and adolescents (aged 6–17 years) have sufficient physical activity
 - 1.3 80% of adults and elderly (aged 18 years and above) have sufficient physical activity
 - 1.4 Sedentary behavior of people aged 6 years and above does not exceed 13 hours per day
2. The environments are conducive for active lifestyles
 - 2.1 All schools (early child centers, kindergartens, primary schools, secondary schools, universities) promote physical activity
 - 2.2 All workplaces promote physical activity
 - 2.3 All health facilities promote physical activity
 - 2.4 All communities promote physical activity
3. Physical activity supporting systems are developed
 - 3.1 Physical activity research and development system is developed
 - 3.2 Physical activity monitoring and evaluation system is developed
 - 3.3 Physical activity capacity building (to relevant agencies) system is developed
 - 3.4 Physical activity communication and campaign system is developed
 - 3.5 Physical activity policy formulating system is developed

ภาพที่ 2 Thailand 2018–2030 National Physical Activity Plan (วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.
2561–2573)⁽⁸⁾

บทที่ 2 สถานการณ์ แนวโน้ม และทิศทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แสดงสถานการณ์ แนวโน้ม และทิศทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลก โดยสรุปตัวอย่างแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายขององค์กรระดับโลก 2 หน่วยงาน ได้แก่ องค์การอนามัยโลก และองค์กรขับเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลก (International Society for Physical Activity and Health: ISPAH) รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับนานาชาติ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา แคนาดา คอสตาริกา ซิลิ เม็กซิโก อาร์เจนตินา เวเนซุเอลา นอร์เวย์ สเปน ไอร์แลนด์ สกอตแลนด์ มาเลเซีย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ และออสเตรเลีย ที่ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยเน้นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประชาชนแต่ละกลุ่มวัย การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และการสร้างระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ในบทนี้ ยังกล่าวถึงสถานการณ์ แนวโน้มและทิศทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย โดยสรุปการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2559 ว่า ประชาชนไทยประมาณ 1 ใน 3 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และเมื่อแยกตามกลุ่มอายุ ก็พบว่า กลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่นมีกิจกรรมทางกายต่ำจนน่ากังวล คือ 4 ใน 5 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ยังได้ทบทวนนโยบาย บทบาท/ภารกิจและการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค (SWOT analysis และ TOWS matrix) ของการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทยที่ผ่านมา โดยมีข้อเสนอแนะว่า ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายนั้น ควรเน้นกลยุทธ์เชิงรุกเป็นหลัก ด้วยการพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้ การสื่อสารให้ความรู้ และการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เช่น การสนับสนุนการพัฒนาองค์กรและชุมชนต้นแบบ การ

สร้างและพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

บทที่ 3 วิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย วิสัยทัศน์ของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย คือ “ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงด้วยกิจกรรมทางกาย ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม” โดยมีเป้าประสงค์ 2 ข้อ ได้แก่ 1. ประชาชนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ และ 2. ประเทศไทยมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และตัวชี้วัด 2 ข้อ ได้แก่ 1. ประชาชนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 75 และ 2. ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยมีการจัดกิจกรรมและสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับการผังเมืองและระบบขนส่งสาธารณะ เพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาสการมีกิจกรรมทางกายอย่างเท่าเทียม เช่น สนามเด็กเล่น ทางเท้า พื้นที่ชุมชน

บทที่ 4 ยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีการแสดงวิสัยทัศน์การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เป้าประสงค์ และตัวชี้วัด/เป้าหมาย กลยุทธ์ และหน่วยงานรับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์ โดยมี 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนในทุกกลุ่มวัย มี 1 เป้าประสงค์ 4 ตัวชี้วัด และ 4 กลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย มี 2 เป้าประสงค์ 4 ตัวชี้วัด และ 3 กลยุทธ์ และยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มี 5 เป้าประสงค์ 5 ตัวชี้วัด และ 12 กลยุทธ์

บทที่ 5 การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ การติดตามและการประเมินผล แสดงกลไกการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยหน่วยงานทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง และจัดตั้งคณะกรรมการการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เป็นกลไกระดับประเทศทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ทิศทาง และสนับสนุน/ส่งเสริมการดำเนินงาน ตลอดจนกำกับดูแล ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผน (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 กลไกการแปลงแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ไปสู่การปฏิบัติ⁽⁸⁾

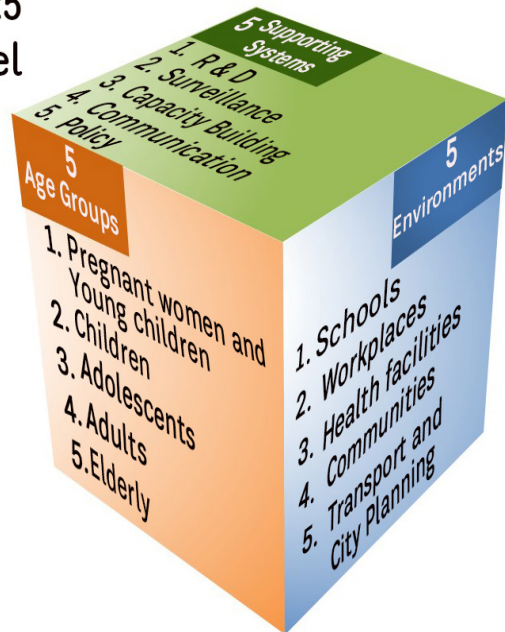
กระบวนการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573⁽⁸⁾

การพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2558 กรมอนามัย โดยกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และเครือข่ายโรคไม่ติดต่อประเทศไทย (Thai NCD Network) พัฒนาร่างแผนยุทธศาสตร์โดยทบทวนสถานการณ์ เหตุผลความจำเป็น และข้อมูลพื้นฐานด้านกิจกรรมทางกายของประเทศไทย และจัดประชุมระดมความคิดเห็นต่อร่างแผนฯ ในระหว่างภาคีเครือข่ายในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 150 คน จากภาครัฐ ภาคเอกชน

และภาคประชาสังคม ที่ทำงานด้านสุขภาพ การศึกษา แรงงาน คมนาคม และผังเมือง จนได้วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายของแผนร่วมกัน ภายใต้แนวคิด 5x5x5 คือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้ประชาชน 5 กลุ่มวัย (เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ) 5 สถานที่ (สถานศึกษา สถานที่ทำงาน สถานบริการสาธารณสุข คมนาคม และผังเมือง และชุมชน) และ 5 ระบบสนับสนุน (วิจัยและสร้างองค์ความรู้ ฝังระวาง พัฒนาศักยภาพบุคลากร สื่อสารรณรงค์ และพัฒนานโยบาย) (ภาพที่ 4)

ในปี พ.ศ. 2559 มีการพัฒนาแผนอย่างต่อเนื่องผ่านโครงการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายแห่งชาติ โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการทบทวน

5x5x5 Model



ภาพที่ 4 แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 5x5x5⁽⁸⁾

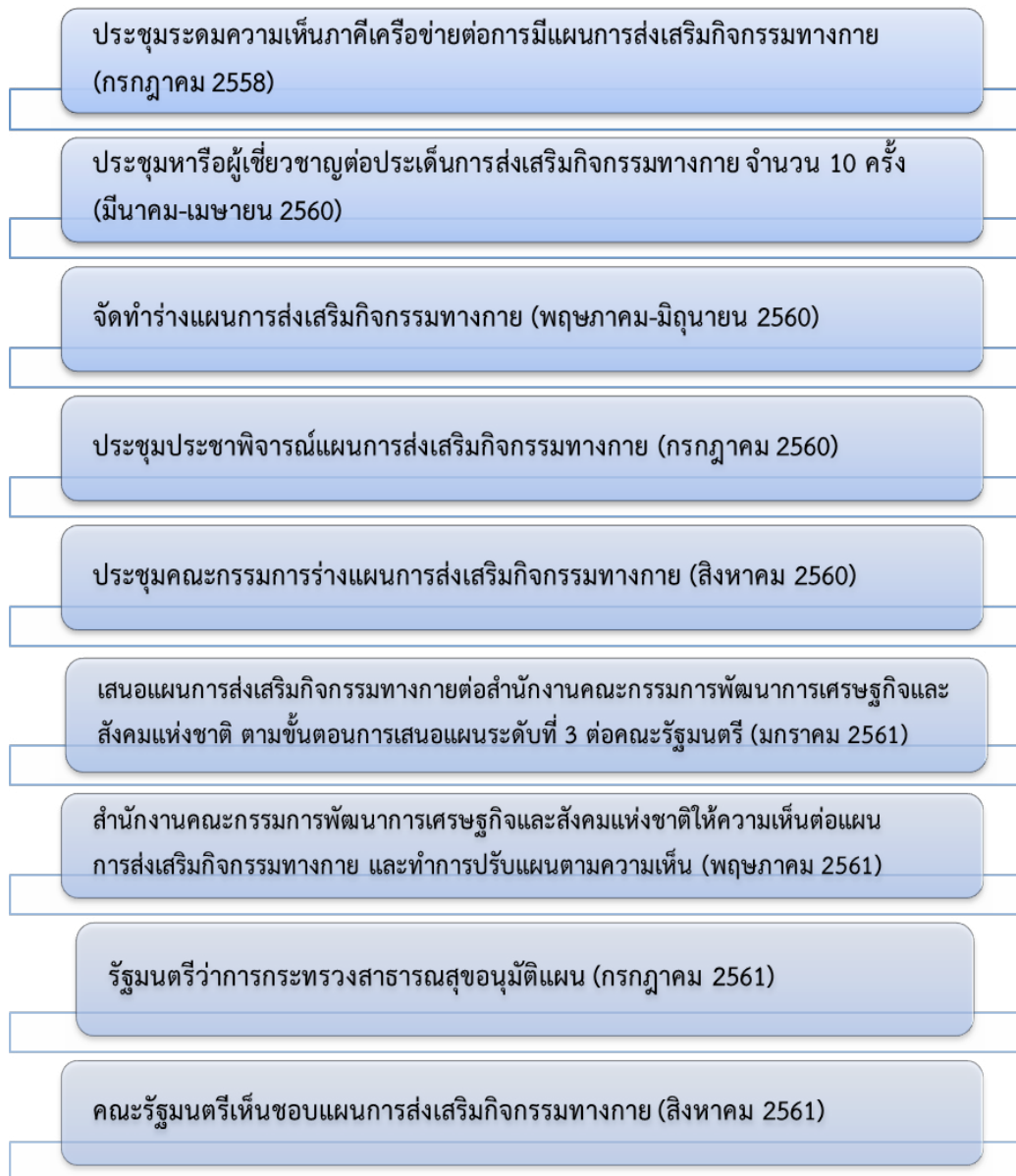
วรรณกรรมและแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลกและนานาชาติ การทบทวนการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศ การจัดประชุมหรือผู้เชี่ยวชาญต่อประเด็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเด็นต่างๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงคมนาคม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัย ศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย รวมจำนวน 10 ครั้ง ในเดือนมีนาคม-เมษายน และทำการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT analysis และ TOWS matrix) ของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อนำไปพิจารณาจัดทำยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของแผนต่อไป

ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 มีการประชุมประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อร่างแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งมี

ผู้เข้าร่วมฯ จำนวน 220 คน จากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่ทำงานด้านสุขภาพ การศึกษา แรงงาน ชุมชน คมนาคม ผังเมือง ทั้งจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 โดยมีสาระสำคัญที่ได้จากประชาพิจารณ์ คือ การปรับนิยามกิจกรรมทางกายให้เข้าใจง่ายขึ้น การเพิ่มเติมข้อมูลสถานการณ์กิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยและในสภาพแวดล้อมแต่ละพื้นที่ การปรับวิสัยทัศน์เป้าประสงค์ และตัวชี้วัดให้มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทไทยมากขึ้น

ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาร่างแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาร่างแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ จากนั้นจึงนำเสนอร่างแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเพื่อพิจารณาตามขั้นตอนของการเสนอแผนระดับที่ 3 ต่อคณะรัฐมนตรีในเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 หลังจากนั้น คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 โดยให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการต่อไป นอกจากนี้ ยังมีการแถลงข่าวเปิดตัวแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการสื่อสารต่อสาธารณะ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ก่อนนำแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2563 ไปสู่การปฏิบัติต่อไป (ภาพที่ 5)

ในภาพรวม การนำเสนอแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ต่อคณะรัฐมนตรี เป็นการยกระดับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายไปสู่การทำงานระดับชาติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ในการนำแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ไปปฏิบัติ กระบวนการพัฒนาและนำเสนอแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ใช้เวลาเกือบ 3 ปี



ภาพที่ 5 กระบวนการร่างแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573⁽⁸⁾

เนื่องจากมีหลายขั้นตอน ตั้งแต่การพัฒนาด้านวิชาการเพื่อร่างแผน การสร้างการมีส่วนร่วม รวมถึงการเสนอผู้บริหารแต่ละระดับในกอง กรม และกระทรวง โดยขั้นตอนสุดท้ายต้องนำเสนอรัฐมนตรีเจ้ากระทรวงพิจารณาเพื่อนำเสนอสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ไปยังรองนายกรัฐมนตรีที่ดูแลกระทรวงนั้นและนายกรัฐมนตรี เพื่อนำเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะรัฐมนตรี

วิจารณ์

จากการศึกษาการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีประเด็นการเรียนรู้สามประเด็นหลัก ประเด็นที่หนึ่ง คือ เนื้อหาสาระของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการนำไปสู่การปฏิบัติ ประเด็นที่สอง คือ กระบวนการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และประเด็นที่สาม คือ ความสำคัญของศักยภาพของหน่วย

งานรัฐส่วนกลางและทักษะการทำงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของบุคลากร

ประเด็นที่หนึ่ง สารวิชาการของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

1. การกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายและยุทธศาสตร์ของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ มีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561 - 2573⁽⁶⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีหลักการคิดไปในทิศทางเดียวกัน คือ วิสัยทัศน์ต้องการเห็นประชาชนมีชีวิตที่กระฉับกระเฉงมากขึ้นเช่นเดียวกัน แต่แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ มีเป้าหมายลดกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอของประชากรมากกว่าแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561 - 2573 (ลดกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 22 กับ 15 ตามลำดับ) และแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ มีเป้าหมายกลุ่มอายุครอบคลุมมากกว่าคือตั้งแต่วัยเด็กปฐมวัยและวัยเด็กเป็นต้นไป ในขณะที่แผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561 - 2573 มีเป้าหมายตั้งแต่วัยรุ่น (อายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป) นอกจากนี้ แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ ยังเน้นเป้าหมายสภาพแวดล้อมที่เป็นสถานศึกษา สถานที่ทำงาน สถานบริการสาธารณสุข และชุมชนด้วย

แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ มี 3 ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561 - 2573 มี 4 ยุทธศาสตร์ แต่ยุทธศาสตร์ทั้งสองแผนสามารถจัดกลุ่มเข้าด้วยกันได้ เช่น ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่กระฉับกระเฉง (create active environments) และยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างประชาชนที่กระฉับกระเฉง (create active people) ของแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561 - 2573 ที่มุ่งส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ทั้งสถานศึกษา สถานที่ทำงาน สถานบริการสาธารณสุข และชุมชน เช่น

เดียวกัน นอกจากนี้ ทั้งสองแผน ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในด้านนโยบาย การขับเคลื่อน การวิจัยและพัฒนา ระบบข้อมูล การสื่อสาร การพัฒนาบุคลากร เช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ และยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างระบบสนับสนุนการใช้ชีวิตที่กระฉับกระเฉง (create active systems) ของแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561 - 2573 (ตารางที่ 1)

2. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากหลากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคการศึกษา การทำงาน การคมนาคม การบริหารจัดการเมือง การกีฬา การออกกำลังกาย นันทนาการ การท่องเที่ยว และชุมชน กลไกระดับชาติที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการและขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ คือคณะกรรมการ 2 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และคณะกรรมการบริหารแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ ซึ่งมีองค์ประกอบเป็นผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เป็นกลไกที่มีความจำเป็น ที่จะทำให้เกิดนโยบายระดับประเทศด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เกิดการสั่งการ ประสานงานและกำกับติดตาม ในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและพื้นที่ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับประชาชนอย่างทั่วถึง โดยที่ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย (ภาพที่ 3)

คณะกรรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เป็นกลไกที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินการตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽⁸⁾ ประกอบด้วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอธิบดีจากกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีอธิบดีกรมอนามัยเป็นเลขานุการ ส่วนคณะกรรมการบริหารแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เป็นกลไกที่ทำหน้าที่บริหารงานและกำกับติดตามการดำเนินงานตาม

ตารางที่ 1 ความสอดคล้องของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 กับแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561-2573

หัวข้อ	แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ⁽⁸⁾	แผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561-2573 ⁽⁶⁾	ความสอดคล้อง
วิสัยทัศน์	ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงด้วยกิจกรรมทางกาย ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	ประชาชนกระฉับกระเฉงมากขึ้น เพื่อโลกที่สุขภาพดีขึ้น	ต้องการเห็นประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงมากขึ้นเช่นเดียวกัน
เป้าประสงค์	1. ประชาชนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 75 2. ทุกองค์ประกอบโครงสร้างส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย	ลดกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ลงร้อยละ 15	แผนประเทศตั้งเป้าหมายลดกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอของประชากรมากกว่าแผนโลก พ.ศ. 2561-2573 (ร้อยละ 22 กับ 15) และแผนประเทศตั้งเป้าหมายกลุ่มอายุครอบคลุมมากกว่าคือตั้งแต่ทารก ในขณะที่แผนโลกตั้งเป้าในเด็กอายุ 11 ปีขึ้นไป นอกจากนี้แผนประเทศยังตั้งเป้าสภาพแวดล้อมที่ชุมชนด้วย
ยุทธศาสตร์	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชาชนทุกกลุ่มวัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาการรู้วิจัยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและเหมาะสม สำหรับประชาชนแต่ละกลุ่ม ● กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานของพื้นที่ให้มีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายต่อประชาชน ● กลยุทธ์ที่ 3 สื่อสารให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกายผ่านช่องทางต่างๆ ● กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนากฎหมายและมาตรฐาน กิจกรรมทางกายของประชาชน 	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างสังคมกระฉับกระเฉง (create active society)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลยุทธ์ที่ 1 รมรณรงค์ประชาสัมพันธ์การมีกิจกรรมทางกายในสังคมในวงกว้าง ● กลยุทธ์ที่ 2 สร้างความรู้รับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมทางกายทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคม ● กลยุทธ์ที่ 3 จัดกิจกรรมมวลชนด้านกิจกรรมทางกาย ● กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 	สร้างการรับรู้ต่อประชาชนและสังคมในเรื่องกิจกรรมทางกาย สร้างโอกาสให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายมากขึ้นผ่านกลยุทธ์ต่างๆ เช่นเดียวกัน
	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาการรู้การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานศึกษา สถานที่ทำงาน สถานบริการสาธารณสุข และชุมชน ● กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์กรและชุมชน และสื่อสารความรู้การ 	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่กระฉับกระเฉง (create active environments)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลยุทธ์ที่ 1 บูรณาการนโยบายคมนาคมและผังเมือง ● กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาโครงข่ายทางเดินและทางจักรยาน ● กลยุทธ์ที่ 3 สร้างความเข้มแข็งด้านความ 	ส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ทั้งสถานศึกษา สถานที่ทำงาน สถานบริการสาธารณสุข และชุมชน เช่นเดียวกัน



ตารางที่ 1 (ต่อ) ความสอดคล้องของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 กับแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โลก พ.ศ. 2561-2573

หัวข้อ	แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ⁽⁸⁾	แผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561-2573 ⁽⁶⁾	ความสอดคล้อง
	<p>ส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนากฎหมายและมาตรฐาน องค์กรและชุมชนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 	<p>ปลอดภัยทางถนน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลยุทธ์ที่ 4 เพิ่มการเข้าถึงสถานที่สาธารณะ โลงแจ้ง ● กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนานโยบายอาคารที่กระฉับกระเฉง <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างประชาชนที่กระฉับกระเฉง (create active people)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มการเรียนพลศึกษาและการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียน ● กลยุทธ์ที่ 2 บูรณาการกิจกรรมทางกายในระบบบริการสาธารณสุขและสังคม ● กลยุทธ์ที่ 3 จัดโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระหว่างภาคส่วนต่างๆ ● กลยุทธ์ที่ 4 เพิ่มการเข้าถึงกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลาย ● กลยุทธ์ที่ 5 จัดความสำคัญให้โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประชากรที่มีกิจกรรมทางกายน้อย ● กลยุทธ์ที่ 6 ดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชุมชน 	
	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และวิจัยกิจกรรมทางกาย ● กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบสนับสนุนการเฝ้าระวังการมีกิจกรรมทางกาย ● กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกาย ● กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบสนับสนุนการสื่อสารรณรงค์กิจกรรมทางกาย ● กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนานโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างระบบสนับสนุนการใช้ชีวิตที่กระฉับกระเฉง (create active systems)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลยุทธ์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งในนโยบายภาวะผู้นำ และการอภิบาลระบบส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ● กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบข้อมูลกิจกรรมทางกาย ● กลยุทธ์ที่ 3 สร้างองค์ความรู้วิจัยและพัฒนา ● กลยุทธ์ที่ 4 ขยายการขับเคลื่อนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ● กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนานวัตกรรมและกลไกการเงินเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 	<p>พัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเด็นนโยบาย การขับเคลื่อน วิจัยและพัฒนา ระบบข้อมูล การสื่อสาร พัฒนาบุคลากร เช่นเดียวกัน</p>

แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ประกอบด้วย อธิปไตยกรมอนามัย ผู้อำนวยการจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยรองอธิบดีกรมอนามัย เป็นเลขานุการ และผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพเป็นผู้ช่วยเลขานุการ⁽⁸⁾

โดยคาดหวังว่ากลไกระดับชาติที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการและขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ทั้ง 2 คณะนี้ ซึ่งมีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จะช่วยทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานส่วนกลาง และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในพื้นที่ได้ นอกจากนี้ การวางตำแหน่งและบทบาทให้กระทรวงสาธารณสุข อันมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เช่น กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน ประสานงาน ดำเนินการ ชี้แจงสาระสำคัญ สนับสนุนองค์ความรู้ สร้างความเข้าใจ และให้คำแนะนำแก่หน่วยงานต่างๆ ในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และในระดับพื้นที่ เพื่อให้บูรณาการเรื่องการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโครงการตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ น่าจะสามารถทำให้เกิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึงและเป็นจริงในทางปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นก้าวต่อไปที่ท้าทายของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ

ประเด็นที่สอง กระบวนการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ (ภาพที่ 5)

1. หลักการจัดทำแผนโดย Hertnen และ Gunning-Schepers⁽⁹⁾ ได้ระบุไว้ว่าจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เริ่มจากการสร้างเป้าหมายร่วมกัน และการชี้ให้เห็นประโยชน์ร่วมกันของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย^(9,10) เช่น การส่งเสริมการเดินทางด้วยการเดิน ปั่นจักรยาน หรือขนส่งมวลชน นอกจากให้ประโยชน์ด้านสุขภาพแล้ว ยังให้ประโยชน์ในด้านลดการจราจรที่ติดขัด การลดมลพิษทางอากาศ การลดระยะเวลาที่สูญเสีย

เสียจากการเดินทาง นอกจากนี้ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในการท่องเที่ยวเชิงผจญภัย หรือการท่องเที่ยวเชิงกีฬา ยังเป็นการจูงใจนักท่องเที่ยวกลุ่มใหม่ และสร้างรายได้เข้าประเทศอีกด้วย หรือการส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยออกจากบ้านมาทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างวัย ที่อาจลดปัญหาต่างๆ ในสังคมได้⁽¹¹⁻¹³⁾ การสร้างความตระหนักต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เริ่มต้นจากการกระตุ้นให้ทราบถึงปัญหาและชักชวนให้เตรียมหามาตรการรองรับไว้ล่วงหน้า ร่วมกันกำหนดทิศทางให้ตรงกันระหว่างองค์กรภาคีและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในกระบวนการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง แผนที่ได้มาจึงมาจากความร่วมมือและผ่านการพิจารณาจากมุมมองของทุกภาคส่วน และจากความรู้สึกเป็นเจ้าของแผนร่วมกัน อันจะส่งผลต่อการนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

นอกจากนี้ การเรียนรู้ระหว่างกระบวนการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ที่มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ จนเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระยะต่อมา

2. กระบวนการนำเสนอแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ การเดินเรื่องด้วยหนังสือจากกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพไปถึงคณะรัฐมนตรี ต้องผ่านการพิจารณาของผู้บริหารหลายระดับ (ตัวอย่างเช่น กลุ่มงานในกองกิจกรรมทางกาย → หัวหน้ากลุ่มงานกองกิจกรรมทางกาย → ผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกาย → สำนักเลขานุการกรมอนามัย → อธิบดีกรมอนามัย → ปลัดกระทรวงสาธารณสุข → สำนักรัฐมนตรี → เลขานุการรัฐมนตรี → รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข → สำนักงานคณะกรรมการการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ → สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี → รองนายกรัฐมนตรี → คณะรัฐมนตรี) ในแต่ละขั้นตอนมีการพิจารณาและแก้ไขหนังสือ ทำให้ทั้งกระบวนการต้องใช้เวลานาน



ร่างหนังสือจากกลุ่มงานในกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๕๕๕๑

ที่ สร ๐๔๗๑.๐๗/๑๖๒๓ วันที่ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง อนุมัติแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓)

เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ตามหนังสือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ...

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุข เห็นควรอนุมัติแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย...

หนังสือที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนาม



ห้องเลขานุการ ร.ว.ส.
เลขที่ ๓๕๐๐
วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓
เวลา ๑๑.๑๕ น.

บันทึกข้อความ

สำนักงานรัฐมนตรี
กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ ๒๕๖๓.๕๕๕๕
วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓
เวลา ๑๑.๓๕ น.

ส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๕๕๕๑

ที่ สร ๐๔๗๑.๐๗/๑๖๒๓ วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง อนุมัติแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓)

เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ตามหนังสือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ...

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุข เห็นควรอนุมัติแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย...

ภาพที่ 6 ตัวอย่างหนังสือราชการจากกลุ่มงานในกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพไปถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(ภาพที่ 6) ทั้งนี้ วิธีที่จะช่วยลดภาระงานและระยะเวลา คือ การสร้างปฏิสัมพันธ์กับเลขานุการของผู้บริหารแต่ละระดับ...

ทั้งนี้ ระหว่างการรอการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ทีมพัฒนาแผนได้ดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องคู่ขนานไปด้วย...

ใช้ระยะเวลาถึง 8 เดือน

ประเด็นที่สาม ความสำคัญของศักยภาพของหน่วยงานรัฐส่วนกลางและทักษะการทำงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของบุคลากร

กระบวนการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ต้องอาศัยศักยภาพของหน่วยงานรัฐส่วนกลางในเชิงทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณและบุคลากร...

บวก นับว่าเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่มีเป้าหมายเดียวกัน และเกิดความเป็นเจ้าของ ส่วนในด้านลบ เป็นการเพิ่มระยะเวลาและขั้นตอนการพัฒนานโยบาย ทำให้ล่าช้ามากขึ้น

ในด้านบุคลากรที่เป็นแกนหลัก โดยเฉพาะบุคลากรกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย ทักษะการทำงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์มีความจำเป็นในการดำเนินการพัฒนาแผนระดับชาติ ที่ต้องการทักษะทั้งด้านวิชาการในการทบทวนสถานการณ์จากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์และเขียนแผนให้มีความสอดคล้องและตอบโจทย์สถานการณ์ การประสานการทำงานและสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การสร้างเครือข่ายเพื่อประสานข้อมูล การขับเคลื่อนและการติดตาม การประสานผู้บริหารในการผลักดันนโยบายและสนับสนุนการพัฒนาแผนให้สำเร็จ ดังนั้น การสรรหาบุคลากรที่เหมาะสม การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และการธำรงบุคลากรไว้ในระบบด้วยการส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน จึงเป็นสิ่งสำคัญ

สรุป

การพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573 ได้ให้บทเรียนที่มีประโยชน์อย่างน้อยสามบทเรียน คือ บทเรียนที่หนึ่ง การเรียนรู้หลักการ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และกลไกการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติของนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับนานาชาติ บทเรียนที่สอง การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในกระบวนการพัฒนานโยบาย เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของ และการยอมรับนโยบาย แม้จะต้องใช้เวลานานขึ้น และบทเรียนที่สาม การเห็นความสำคัญของศักยภาพของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง รวมถึงทักษะการทำงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับบุคลากรในการพัฒนานโยบาย ที่ควรต้องมีการลงทุนในการวางแผนและพัฒนาบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินโครงการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในครั้งนี้ และขอขอบคุณ ศ.คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ ผศ.ดร.ทันตแพทย์สุปรีดา อุดุลยานนท์ รศ.ดร.วิลาสินี อุดุลยานนท์ นายแพทย์ไพโรจน์ เสาน่วม คุณนิรมล ราศรี คุณอรณา จันทศิริ แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย และ คุณวิภาดา เอี่ยมแย้ม สำหรับการสนับสนุนการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อย่างดีมาโดยตลอด และขอขอบคุณ ดร.ภญ.อรทัย วลีวงศ์ สำหรับแนวคิดในการอภิปรายและปรับแก้ไขเนื้อหาบทความ และ Ms.Aniqa Islam Marshall สำหรับการตรวจสอบภาษาอังกฤษให้ถูกต้อง ทั้งนี้ ผลการศึกษาเกิดจากการวิเคราะห์และความเห็นอย่างอิสระของทีมผู้วิจัย โดยไม่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

References

1. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012;380(9838):219-29.
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. World Health Organization. Global Health Observatory data: prevalence of insufficient physical activity Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2019 Oct 7]. Available from: https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity_text/en/.
5. Institute for Population and Social Research. National Physical Activity Survey 2011-2016. In: Institute for Population and Social Research, editor. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2016.
6. World Health Organization. Global action plan on physical



- activity 2018-2030 Geneva: World Health Organization; 2018.
7. World Health Organization. Seventy-First World Health Assembly. World Health Assembly resolution on WHO global action plan on physical activity 2018-2030. Geneva: World Health Organization; 2018.
 8. Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand physical activity strategy 2018-2030 Bangkok: NC Concept; 2018.
 9. van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part I: lessons learned. Health Policy 2000;53(1):1-11.
 10. Hamalainen RM, Aro AR, Lau CJ, Rus D, Cori L, Syed AM, et al. Cross-sector cooperation in health-enhancing physical activity policymaking: more potential than achievements? Health Res Policy Syst 2016;14(1):33.
 11. Faskunger J. Promoting active living in healthy cities of Europe. J Urban Health. 2013;90 Suppl 1:142-53.
 12. Saenglimsuwan K. Sustainable cultural heritage tourism. Executive Journal. 2012;32(4):139-46.
 13. Lindsay G, Macmillan A, Woodward A. Moving urban trips from cars to bicycles: impact on health and emissions. Aust N Z J Public Health 2011;35(1):54-60.